

КАЗАНСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Институт физической культуры и спорта

АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ДЕТЕЙ

С ОТКЛОНЕНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Учебное пособие

С оригинал-макета подписано в печать 2.09.2015.

Форм. бум. 60 84 1/16. Печ. л. 9,75.

Тираж 100 экз. Заказ № 2/9

Издательство «Отечество».

420126, г.Казань, ул.Чистопольская, дом № 27а

Казань 2015

УДК 796:616.053.2(075.8)

ББК 75.0:51.28я73

А 28

Печатается по решению учебно-методической комиссии Ученого совета Института физической культуры и спорта Казанского (Приволжского) федерального университета

Авторы-составители: Зиятдинова А. И., д.б.н., магистры: Жиряева Р.Р., Даминова А.И., Хузиахметова И. И., Ульянова А. В.

Научный редактор: Вахитов И.Х., доктор биологических наук, профессор Казанского федерального университета

Рецензенты:

Бикмухаметов Р.К., доктор педагогических наук, профессор Поволжской государственной академии физической культуры, спорта и туризма

Гайнуллин А.А., кандидат биологических наук, доцент Казанского федерального университета

Адаптивная физическая культура детей с отклонениями в состоянии здоровья: учеб. пособие/ авт. состав.: Зиятдинова А. И., Жиряева Р.Р., Даминова А. И., Хузиахметова И.И., Ульянова А.В. -Казань: Казан.ун-т, 2015.- 156с.

Учебное пособие составлено для студентов, обучающихся по направлению подготовки «Педагогическое образование», «Физическая культура». Пособие включает в себя теоретические вопросы лекционного материала по дисциплине «Адаптивная физическая культура», подробно рассмотрена методика занятий физическими упражнениями детей коррекционной школы VI и VIII видов. Пособие рекомендовано для студентов дневной и заочной форм обучения вузов, осуществляющих подготовку бакалавров в области физической культуры и спорта, адаптивной физической культуры, а так же преподавателям физической культуры и тренерам ДЮСШ и ДЮСАШ.

© Институт физической культуры и спорта, 2015

| | |
|---|----|
| 4.4 Методика адаптивной физической культуры детей с умственной отсталостью..... | 68 |
| 4.5 Методы психического регулирования детей коррекционной школы VIII вида..... | 70 |
| 4.6 Виды коррекции основных нарушений у детей с умственной отсталостью..... | 71 |

| | |
|--|----|
| Глава 5. Адаптивная физическая культура детей школьного возраста с детским церебральным параличом..... | 76 |
| 5.1 Формы детского церебрального паралича..... | 76 |
| 5.2 Этиология детского церебрального паралича..... | 77 |
| 5.3 Двигательная реабилитация детей с ДЦП..... | 79 |

| | |
|---|----|
| Глава 6. Профилактика травматизма при занятиях адаптивной физической культурой..... | 84 |
|---|----|

| | |
|---|----|
| Глава 7. Гигиенические требования к домам-интернатам..... | 87 |
|---|----|

| | |
|---|-----|
| Глава 8. Тренажеры для детей с отклонениями в состоянии здоровья..... | 106 |
|---|-----|

| | |
|-----------------|-----|
| ПРИЛОЖЕНИЕ..... | 115 |
|-----------------|-----|

| | |
|------------------------|-----|
| СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ..... | 149 |
|------------------------|-----|

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|---|----|
| ВВЕДЕНИЕ | 3 |
| Глава 1. Основы адаптивной физической культуры..... | 5 |
| 1.1 Задачи и функции адаптивной физической культуры..... | 5 |
| 1.2. Средства адаптивной физической культуры..... | 9 |
| 1.3 Определение термина «инвалидность»..... | 12 |
| | |
| Глава 2. Теоретические аспекты социальной адаптации инвалидов..... | 16 |
| 2.1 Развитие адаптивной физической культуры в России..... | 16 |
| 2.2 Нормативно-правовая база защиты прав лиц, имеющих инвалидность..... | 22 |
| 2.3. Государственная политика в отношении инвалидов..... | 25 |
| 2.4 Социальная адаптация лиц с ограниченными возможностями..... | 29 |
| | |
| Глава 3. Виды адаптивной физической культуры..... | 34 |
| 3.1 Адаптивный спорт..... | 34 |
| 3.2 Креативные виды адаптивной физической культуры..... | 37 |
| 3.3 Экстремальные виды адаптивной физической культуры..... | 44 |
| 3.4 Организация адаптивной двигательной рекреации и физической реабилитации..... | 51 |
| | |
| Глава 4. Организация адаптивного физического воспитания лиц с отклонениями в состоянии здоровья..... | 55 |
| 4.1 Специальные (коррекционные образовательные учреждения I-VIII ВИДОВ)..... | 55 |
| 4.2 Особенности детей с умственной отсталостью..... | 58 |
| 4.3 Физическое развитие и двигательные способности детей коррекционной школы VIII вида..... | 65 |

ВВЕДЕНИЕ

Адаптивная физическая культура - это учебная и научная дисциплина, которая использует специфические принципы, методы, приемы и средства физического воспитания с целью формирования двигательных умений и навыков, жизненно и профессионально необходимых для лиц с ограниченными функциональными возможностями и инвалидов. Она способствует развитию и совершенствованию физических, психических, волевых качеств и способностей. Адаптивная физическая культура представляет совокупность спортивно-оздоровительной деятельности, направленной на реабилитацию и адаптацию к нормальной социальной среде людей с ограниченными возможностями. В системе мер общественной защиты людей с ограниченными возможностями, то есть инвалидов с каждым годом большее значение приобретают ее активные формы. Наиболее эффективными являются меры по восстановлению трудоспособности и здоровья человека, реабилитация, и социальная адаптация при помощи физической культуры и спорта.

Слово «адаптивная» подчеркивает предназначение средств физической культуры для лиц с физическими и психическими отклонениями. Это предполагает активизацию позитивных морфофункциональных сдвигов в организме при помощи физической культуры во всех её проявлениях и формирования тем самым необходимых двигательных координаций, физических качеств и способностей, которые направлены на жизнеобеспечение, развитие и совершенствование организма.

Адаптивная физическая культура – это не только комплекс физических упражнений, но и преодоление психологических барьеров, препятствующих ощущению полноценности жизни, и сознанию необходимости частного вклада в социальное развитие общества.

В Российской Федерации свыше 8 млн. человек официально признаны инвалидами, в перспективе же ожидается дальнейший рост числа данной категории населения, в том числе и в долевом

выражении. Среди важнейших проблем инвалидов их не включенность в общественное производство, так как лишь часть регионов страны активно открывает специализированные рабочие места. Данный момент негативно влияет на материальное положение и психологическое состояние людей с ограниченными возможностями. Поэтому специалисты различных профессий разрабатывают технологии социального, социально-медицинского, социально-психологического сопровождения инвалидов.

В статье №15 Федерального закона «О социальной защите инвалидов» говорится об обеспечении беспрепятственного их доступа к объектам социальной инфраструктуры, включая спортивные сооружения. Государство поддерживает получение инвалидами образования и гарантирует создание им необходимых условий для его получения (статья № 19 ФЗ).

Адаптивная физическая культура требует от самого больного или инвалида значительно большей активности, самостоятельности, самореализации в отличие от медицинской реабилитации, которая в большей степени направлена на восстановление нарушенных функций организма. Таким образом, все большую важность приобретает проблема социальной адаптации лиц с отклонениями в состоянии здоровья, то есть проблема приспособленности инвалидов к полноценной жизни в обществе.

Для детей с отклонениями в состоянии здоровья и инвалидов очень важно освободиться от психологических комплексов неполноценности, почувствовать свою значимость как человека, проявить свои способности в различных видах доступной деятельности.

По мере взросления детей все большее значение приобретает самостоятельная двигательная активность, которая во многом обуславливается эффективностью теоретических, инструкторско-методических и практических уроков по адаптивному физическому воспитанию в школе. В связи с тем, что основным объектом в адаптивной физической культуре являются дети с отклонениями в

52. Хралыпина Л.П. Основы реабилитации инвалидов. – М., 1996. – 146 с.

53. Чудная Р. В. АФК.-Киев, 2000.-358с.

54. Шапкова А. В. Частные методики адаптивной физической культуры.- М.: Советский спорт, 2004. С .155-160.

55. Шапкова Л. В. Средства АФК, Москва., 2001.

56. Шипицына Л. М. «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушениями интеллекта.- Спб.: Дидактика Плюс, 2002. С. 368-388.

57. Щедрина А.Г. Здоровье и массовая физическая культура. Методологические аспекты //Теория и практика физической культуры, 1999. - №4.

58. Энциклопедия экстремального спорта. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. - 256 с.

59. Энциклопедия физической подготовки. Методические основы развития физических качеств / Под общей ред. А.В. Карасева. - М.: Лептос, 2004. - 368 с.

40. Рубцова Н. О. Организация и методика физического воспитания инвалидов с нарушением интеллекта. - М.: Просвещение, 1990. С.203-256.
41. Рубцова Н. О., Ильин В. И. Методика адаптивного физического воспитания детей с нарушениями интеллектуального развития. - М.: Советский спорт, 2004. С.155-160.
42. Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации / Под ред. А.И. Осадчих. Т. 1. – М., 1999. – 235 с.
43. СанПиН 2.4.1201-03 Гигиенические требования к устройству, содержанию, оборудованию и режиму работы специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации.
44. Сборник материалов к лекциям по физической культуре и спорту инвалидов (Ред. и сост. В.С. Дмитриев, А.В. Сахно). Т I и II. - М.: МОГИФК, ВНИИФК, 1993. Т I. - 272 с. Т. II. - 292 с
45. Социальные и биологические основы физической культуры: Учебное пособие / Отв. ред. Д. Н. Давиденко Издательство: САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА, 2001, 208 с.
46. Социальная работа: теория и практика: Учеб. пособие / Отв. ред. д.и.н., проф. Е.И. Холостова, д.и.н., проф. А.С. Сорвина. – М.: ИНФРА-М, 2002. – 427 с.
47. Технологии социальной работы / Под ред. Е.И. Холостовой. – М.: ИНФРА-М, 2006. – 400 с.
48. Трудотерапия как метод реабилитации инвалидов. – М., 1998. – 115 с.
49. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. №181-ФЗ. – 248 с.
50. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация. Учеб. пособие. 2-е изд. – М.: Дашков и Ко, 2003. – 340 с.
51. Холодов Ж.К., Кузнецов В.С. Теория и методика физического воспитания и спорта. - М.: Академия, 2001. С.209.

состоянии здоровья, необходимо корректировать задачи, принципы, средства, методы учебно-воспитательного процесса в специальных образовательных организациях.

Глава 1. Основы адаптивной физической культуры

1.1 Задачи и функции адаптивной физической культуры

Термин «Адаптивная физическая культура» (АФК) появился в России в 1995 году, в этом году в Санкт-Петербургском государственном университете физической культуры им. П. Ф. Лесгафта была создана первая в России кафедра «Теории и методики адаптивной физической культуры». Основным направлением АФК является формирование двигательной активности в качестве биологического и социального факторов воздействия на организм человека.

Основные задачи адаптивной физической культуры – это формирование у человека с физическими или психическими проблемами:

- объективного отношения к своим силам в сравнении с силами среднестатистического здорового человека;
- способности к преодолению физических и психологических барьеров, препятствующих полноценной жизни;
- компенсаторных навыков, т.е. возможности использовать функции разных систем и органов вместо отсутствующих или нарушенных;
- потребности быть здоровым и ведению здорового образа жизни (насколько это возможно);
- осознания необходимости своего личного вклада в жизнь общества, желания самосовершенствоваться;

- формирование положительного и активного отношения к адаптивной физической культуре.

Задачи АФК направлены на выполнение основной цели – на формирование двигательной активности в качестве биологического и социального факторов воздействия на организм человека, которая должна удовлетворять потребности инвалида в его подготовке к жизни, бытовой и трудовой деятельности.

Функции адаптивной физической культуры можно разделить на две большие группы: педагогические и социальные. При этом все функции реализуются через двигательную деятельность. Педагогические осуществляются в процессе занятий физическими упражнениями. Социальные - рассматриваются, как результат совместной деятельности с социальными учреждениями, проведение специального образования, медико-психологической помощи.

1. Педагогические функции: учебно-познавательная, развивающая; воспитательная, ценностноориентационная; коррекционная, компенсаторная; профессионально-подготовительная, функция самовоспитания; лечебно-восстановительная, рекреативно-оздоровительная; соревновательная; творческая; профилактическая, самореабилитационная

1. Учебно-познавательная. Разнообразные двигательные действия человек осваивает в течение всей жизни. В физическом воспитании этот процесс достигается рациональным построением обучения соответственно закономерностям формирования знаний, двигательных умений и навыков. Осуществляется последовательный переход от знаний и представлений о двигательном действии к умению его выполнять, а затем от умения к навыку.

2. Развивающая функция. Развитие аномального ребенка сопровождается нарушением моторных функций, которые, как правило, приводят к нарушению координационных движений. От

26. Кузнецов, В.С. Физическое упражнения и подвижные игры. Метод. пособие / В.С.Кузнецов, Г.А.Колодницкий. - М.: НЦ ЭНАС, 2006. - 151 с.
27. Литош Н.Л. АФК.: Психологопедагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии.-М., 2002.-140с.
28. Лубышева Л.И. Концепция формирования физической культуры человека. - М.: ГЦОЛИФК, 2003. - 120 с
29. Лях В. И. Координационные способности школьников. - М.: Просвещение, 2000.- С. 5-13.
30. Матвеев Л.П. Введение в теорию физической культуры: Учебн. пос. для ин-тов физ. культ. - М.: ФиС, 2003. - 128 с
31. Макаренко Н.И. Теория социальной работы: Учебное пособие. / Н.И. Макаренко. – Томск: изд. ТПУ, 2009. – 124 с.
32. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. – СПб.: Речь, 2008. – 220 с.
33. Мещеряков, Б.Г., Зинченко, В.П. Большой психологический словарь. – СПб.:ПраймЕвроснак, 2006. – 672 с.
34. Мошняга В.П. Социальное развитие и социальная работа: международный опыт. – М.: Социум, 2000. – 266 с.
35. Невлева И.М., Соловьева Л.В. Теория социальной работы: Учебное пособие. – Белгород: Кооперативное образование, 2005. – 431 с.
36. Николаев Ю.М. Теория физической культуры: функциональный, ценностный, деятельностный, результативный аспекты. СПб., 2000. -156 с.
37. Осипова А.А. Общая психокоррекция. – М., 2002. морфофункционального статуса детей и подростков.-Витебск, 2002.-90с.
38. Правовая защита семей, воспитывающих детей-инвалидов / Сб. норм. актов / Сост. О.В. Павленко, Д.А. Туболев, Л.К. Грачев. – М., 2006. – 212 с.
39. Пузанов Б. П., Гокин Б. Б.Обучение детей с нарушением интеллектуального развития (олигофренопедагогика). - М.: Академия, 2000 С.11-27.

12. Гаврилов Д. Н., Камков А. Г. Инновационные технологии диагностики психофизического состояния школьников.- СПб НИИФК., 2005. С.11-13.
13. Горская И. Ю., Синельникова Т.В. Координационные способности школьников с нарушениями интеллекта: Учебное пособие.-Омск, СибГАФК, 1999.С. 95-98.
14. Дмитриев А. А. Организация двигательной активности умственно отсталых детей. М., Просвещение, 1988.С. 339-402.
15. ГОСТ Р 53874-2010 Национальный стандарт Российской Федерации реабилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных услуг, введенный 10.01.2011. Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/gost-r-53874-2010>
16. Гужаловский А. А. Основы теории и методики ФК:М.: Физкультура и спорт, 1986.-354с.
17. Гурфинкель В. С. Проблема физиологии движений. - Л., 1980.
18. Евсеев С. П., Шапкова Л. В. АФК, М., 2000.-240с.
19. Евсеев С.П., Шапкова Л.В., Адаптивная физическая культура: Учебное пособие. — М.: Советский спорт, 2000
20. Евсеев С.П. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре.- М.: Советский спорт, 2004.С.76-87.
21. Евстафьев Б.В. Анализ основных понятий в теории физической культуры /Материалы к лекциям. - Л.: ВИФК, 2005, с. 133 - №5.
22. Железняк Ю. Д., Портнова Ю. М. Спортивные игры. Москва « Академия», 2001.
23. Забражная С.Д. Психолог-педагогическая диагностика умственного развития детей. - М.: Просвещение, 1995.С. 206-213.
24. Залялова Т. С. Программы специальных общеобразовательных школ для умственно отсталых детей (вспомогательная школа). – М.: Просвещение, 1990. С.15-17.
25. Краснов В. М., Григорьева М. Н., Краснов М. В., Пискунова А. И., Кустова В. Г. Оценка физического развития детей.- Чебоксары, ЧГУ, 2002. 43 с.

своих сверстников они отстают на 1-3 года. Освоение новых движений тесно связано с необходимостью развития физических качеств. Реализация развивающей функции предполагает определение приоритетных направлений в развитии физических качеств. Для инвалида развитие координационных способностей имеет первостепенное значение.

3. Воспитательная функция. Физическое воспитание полностью зависит от педагогической деятельности на занятиях физической культуры. Метапредметные и личностные отношения являются степенью адаптации ребенка к успешности воспитания и двигательной активности учащихся.

4. Коррекционная функция обеспечивает полноценное физическое развитие, коррекцию нарушений в движении средствами адаптивного физического воспитания на основе дифференцированного и индивидуального подхода к ребёнку в соответствии с его личностной характеристикой, состоянием сохранных функций. Предпосылками к этому являются: - общность методологических концепций, базирующихся на знаниях психического и биологического функционирования организма с патологическими нарушениями;- один и тот же объект педагогической деятельности - аномальные дети с конкретными нарушениями в условиях двигательной, сенсорной, интеллектуальной депривации;- общая цель педагогической деятельности - формирование психологии равной личности, самостоятельности, возможности выбора, развитие потенциальных способностей, социализация и интеграция в обществе; - различия заключаются в путях достижения цели; если в дефектологии используются психологические средства и методы (психодиагностика, психокоррекция), то в адаптивном физическом воспитании – средства и методы активизации движений (обучение, развитие, коррекция), которые являются естественной потребностью и условием жизнедеятельности аномального ребёнка.

5. Профессионально-подготовительная функция. Актуальность этой функции обусловлена тем, что после окончания учебного

заведения перед инвалидом встает проблема занятости, конкурентоспособности на рынке труда, материальной независимости, самореализации, психической готовности к интеграции в общество. Эта функция предполагает решение следующих задач: 1. коррекция основного дефекта за счёт использования сохранных возможностей. 2. совершенствование и тренировку отстающих в развитии профессионально значимых функций. 3. развитие профессиональных интересов и склонностей в соответствии с возможностями организма, создание устойчивых социальных и профессиональных установок.

6.Профилактическая функция заключается в доступных видах двигательной активности и внедрение их в повседневное пользование.

7.Функция самореабилитации. Каждое заболевание или травма характеризуется не только клиническими проявлениями, но и связанными с ними переживаниями. Переживания больного должны быть в поле зрения врача и специалиста ЛФК. Успех лечения во многом определяется степенью заинтересованности самого больного, его активностью.

2. Социальные функции. Основные содержания некоторых функций.

1. Гуманистическая функция предполагает ориентацию на личностное развитие и формирование: осознанного отношения и потребности к любым формам двигательной активности; знаний, двигательных умений, физических качеств и способностей для создания предпосылок к полноценной самостоятельной жизни, учебной, профессиональной и другим видам деятельности; освоение интеллектуальных, валеологических, нравственных, этических, эстетических ценностей физической культуры.

2. Социализирующая функция многогранное явление, для лиц с отклонениями в состоянии здоровья, особенно инвалидов, выступает как фундаментальная основа подготовки к самостоятельной жизни и необходимое условие жизнеобеспечения, духовного и физического развития.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бальсевич В. Г. Онтокинезиология человека.- М.: Теория и практика физической культуры, 2000. С.126-130.
2. Белоножкина О. В., Егунова Г. В. и др. Спортивно – оздоровительные мероприятия в школе. Волгоград «Учитель», 2007.
3. Василенко С. Г., Беренштейн Г. Ф. - Методология и методы исследования морфофункционального статуса детей и подростков.- Витебск, 2002.-90с.
4. Василенко С. Г. Методические указания по закаливанию детей и подростков. - Витебск, 2002. - 20с.
5. Велитченко В. К. Физкультура для ослабленных детей. - М., 2000.-168с
6. Веневцев С. И., Дмитриев А. А. Оздоровление и коррекция психофизического развития детей с нарушением интеллекта средствами адаптивной физической культуры.- М.: Советский спорт, 2004г. С. 132-136.
7. Ветрова И.Ю. Проблемы социальной адаптации инвалидов. Режим доступа: <http://www.yspu.yar.ru>
8. Видякин М. В. Спортивные праздники и мероприятия в школе. Волгоград «Учитель», 2007.
9. Власов А.А. Чрезвычайные происшествия и несчастные случаи в спорте (причинно-следственные связи, классификация, ответственность): Учебное пособие. – М.: Советский спорт, 2001. – 80 с.)
10. Воронкова В. В. Программы специальных (коррекционных образовательных учреждений) VIII вида. – М.: Просвещение, 2003. С.4-7.
11. Волкова Т. И., Пьянзин А. И. Методическая рекомендации по написанию и оформлению курсовых и дипломных работ на факультете физической культуры.- Чебоксары, 2000. С.9-12.

| | | | | |
|---|---------------------|------------------------|---|------------------------|
| колясок | | | | |
| Комната для хранения чистого белья | (12) на отделение | | | |
| Помещение для гимнастических и музыкальных занятий и лечебной физкультуры | 60-70 с кладовой 12 | 60-70 с кладовой 12 | - | - |
| | | (4) на жилое отделение | - | (4) на жилое отделение |
| Кабинет личной гигиены для девочек | | | | |
| Комната для встреч с родителями | (24) на отделение | | | |
| Комната персонала, при которой туалетная с душевой | (12) на отделение | | | |

148

3. *Интегративная функция* включает активное участие в основных направлениях жизни и деятельности, самореализацию и раскрытие личностных способностей различных категорий инвалидов. 4. *Коммуникативная функция*, как общение отражает потребность человека в эмоциональном контакте, в проявлении своих чувств и ответном понимании, получении информации, ощущении включенности в какую-либо деятельность как социальный процесс имеет особое значение для инвалидов, поскольку входит в содержание человеческого взаимопонимания.

Сложность общения детей-инвалидов заключается в том, что многие из них имеют отклонения в развитии речи, ограниченность мышления, затруднения в чтении и письме, речевой функции.

5. *Зрелищная и эстетическая функции* рассматривается как особый вид реализации потребности в специфической деятельности, связанной с эстетическим, эмоциональным удовольствием, сопереживанием. С раннего возраста ребенок должен видеть, понимать, чувствовать красоту.

1.2. Средства адаптивной физической культуры

К средствам адаптивной физической культуры так же, как и средствам физической культуры относятся физические упражнения, естественно-средовые (природные) и гигиенические факторы. Физическое упражнение основное специфическое средство, с помощью которого достигается направленное воздействие на занимающегося, решаются коррекционно-развивающие, компенсаторные, лечебные, профилактические, образовательные, оздоровительные, воспитательные задачи. Совершенствование движений, достигается многократным повторением упражнения. При этом двигательная деятельность сопровождается целым комплексом изменений биологических структур и функций.

Упражнения укрепляют и развивают опорно-двигательный аппарат, стимулируют рост костей, укрепляют суставы и связки, повышают силу, тонус и эластичность мышц, -улучшают крово - и лимфообращение, обмен веществ, -благоприятно влияют на ЦНС, повышают работоспособность коры головного мозга и устойчивость к сильным раздражениям, -улучшают аналитико-синтетическую деятельность ЦНС и взаимодействие двух сигнальных систем, -улучшают функции сенсорных систем.

Физические упражнения осознанные целенаправленные действия, связаны с рядом психических процессов (внимание, памятью, речью, и др.), с представлением о движениях, с мыслительной работой, эмоциями и переживаниями, развивают интересы, убеждения, мотивы, потребности, формируют волю, характер, поведение являются одним из средств духовного развития человека, влияя на организм и личность.

Эффективность физических упражнений определяется:

1. особенностью самих упражнений, их сложностью, новизной, эмоциональностью, величиной нагрузки;
2. индивидуальными особенностями занимающихся: возрастом, полом, состоянием здоровья, двигательных возможностей, ограниченных дефектом, сопутствующим заболеванием, состоянием сохраненных функций (двигательных, сенсорных, интеллектуальных), двигательным опытом, способностью к обучению и контактам, личной заинтересованностью;
3. внешними условиями - психологическим климатом на занятии, гигиенической обеспеченностью мест занятий техническим оснащением, оборудованием и инвентарем, создающими личный комфорт занимающихся.

Единой классификации физических упражнений нет, так как одно и то же упражнение обладает разными признаками и может войти в разные классификационные группы. Различают классификацию: по целевой направленности: общеразвивающие, спортивные,

Окончание таблицы В.2

| Помещение | Расчетная площадь на 1 место, (или площадь помещения,) | | Жилые ячейки для подростков и старшекласников | | | | |
|--|---|------------------|---|------------------------|------------------|---|-----------------------|
| | Жилые ячейки для младших групп | | Жилые ячейки для подростков и старшекласников | | | | |
| | Тип 1а | Тип 1в | Тип 1б | Тип 1в | | | |
| | Нарушение слуха и речи | Нарушение зрения | Нарушение опорно-двигательного аппарата | Нарушение слуха и речи | Нарушение зрения | Нарушение опорно-двигательного аппарата | Лежачие обездвиженные |
| Б. Общие помещения на отделение (4-5 жилых ячеек) | | | | | | | |
| Кабинет заведующего | (12) на отделение | | | | | | |
| Пост дежурного персонала | (6) на отделение | | | | | | |
| Комната дежурной медсестры | (12-15) на отделение | | | | | | |
| Кабинет логопеда | (12) на отделение | | | | | | |
| Кабинет ортопеда | (12) на отделение | | | | | | |
| Место хранения кресел- | (3) на жилую ячейку | | | | | | |

| Буфетная | (Не менее 4) на жилую ячейку | (6-9) на 1-2 жилые ячейки | (6-9) на 1-2 жилые ячейки | (Не менее 4) на жилую ячейку | (6-9) на 1-2 жилые ячейки |
|--|------------------------------|---------------------------|---------------------------|------------------------------|---------------------------|
| Кладовая хозяйственной | (2) на жилую ячейку | -4 | -4 | (2) на жилую ячейку | -4 |
| Комната хранения уборочного инвентаря | (4) на жилое отделение | | | (4) на жилое отделение | |
| Учебная комната для приготовления уроков | - | - | - | (12-18) на 1-2 жилые ячейки | - |
| Комната воспитателя | (12) на жилое отделение | | | (12) на жилое отделение | |
| Летняя веранда | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Класс | - | - | - | 3 | - |

146

рекреационные, лечебные, профилактические, коррекционные, профессионально – подготовительные; по преимущественному воздействию на развитие тех или иных физических качеств: силовых, скоростных, выносливости, гибкости; по преимущественному воздействию на определенные мышечные группы; по координационной направленности: ориентировка в пространстве, равновесие, точность, дифференцировку усилий, расслабление, ритмичность движений; по биомеханической структуре движений; по интенсивности выполнения заданий; по видам спорта для разных нозологических групп инвалидов; по лечебному воздействию; по исходному положению тела; по степени самостоятельности выполнения упражнений; по интеграции междисциплинарных связей: художественно-музыкальные, хореографические танцевальные упражнения, формокоррекционной ритмопластики (работа с глиной), рисование, сказко- драмо- игротерапии, тематических игровых композициях, активизирующих мышление, речь, внимание, память, элементарные математические способности.

Внешние факторы представлены естественными силами природы, это- средовые факторы, вода, воздушные и солнечные процедуры в целях укрепления здоровья, закаливания организма. Естественные силы природы усиливают положительный эффект физических упражнений. Оказывают тренирующее и закаливающее действие, повышают сопротивляемость организма к неблагоприятным воздействиям внешней среды, снижая частоту простудных заболеваний.

Гигиенические факторы правила и нормы общественной и личной гигиены, быта, труда, отдыха, питания, окружающей среды, одежды, обуви, спортивного инвентаря и оборудования.

Для инвалидов такие виды деятельности как: купание, плавание, ходьба босиком по траве, песку, гальке, туризм, рыбалка, прогулки на лыжах, на велосипеде, на лодке, подвижные и спортивные игры на открытых площадках и другие виды рекреативной деятельности

не только эмоциональны по содержанию, но и оказывают тренирующее и закаляющее действие. Они повышают сопротивляемость организма к неблагоприятным воздействиям внешней среды, снижают частоту простудных заболеваний.

Для детей-инвалидов плавание с первых недель и месяцев жизни оказывает благотворное влияние на развитие организма. Массирующие действие воды, разгрузка позвоночника, свобода движений в безопорной среде укрепляют мышцы, связки, суставы, усиливают обменные процессы, периферическое кровообращение, глубину дыхания, улучшают сон, аппетит, настроение ребенка.

Для разных нозологических групп в качестве дополнительных средств медицинской и психологической реабилитации, которые не относятся к средствам адаптивной физической культуры, их сочетание усиливают эффект комплексного воздействия на организм человека.

1.3 Определение термина «инвалидность»

Термин «инвалид» восходит к латинскому valid («действенный, полноценный, могущий») и в буквальном переводе может означать «непригодный», «неполноценный». Дать исчерпывающее определение всех признаков инвалидности достаточно трудно, так как содержание противоположных термину «инвалидность» понятий само по себе является достаточно расплывчатым. Согласно Всемирной организации здравоохранения, понятие «инвалидность» определяют следующие признаки:

- любая потеря или нарушение психологической, физиологической или анатомической структуры или функции;
- ограниченность или отсутствие (из-за указанных выше дефектов) способности выполнять функции так, как считается нормальным для среднего человека;
- затруднения, вытекающие из указанных выше недостатков, которые полностью или частично мешают человеку выполнять

Приложение 11
Приложение В (рекомендуемое)
Состав и площади помещений домов-интернатов для детей-инвалидов
Таблица В.2 - Жилое отделение для детей с сохранным интеллектом и с физическими недостатками, жилые ячейки типа 1а, 1б, 1в

| Помещение | Расчетная площадь на 1 место, (или площадь помещения,) | | | | | | | |
|------------------------------------|---|-------------------|--|---|-------------------------|-------------------|--|--------------------------|
| | Жилые ячейки для младших групп | | | Жилые ячейки для подростков и старшекласников | | | | |
| | Тип 1а | | Тип 1в | Тип 1б | | Тип 1в | | |
| | Нарушен ие слуха и речи | Нарушен ие зрения | Нарушение опорно-двигательн ого аппарата | Лежачие обездвижен ные | Нарушен ие слуха и речи | Нарушен ие зрения | Нарушение опорно-двигательн ого аппарата | Лежачие обездвижен ные |
| Раздевальн ая | 1 | 1 | 1 | - | 1 | 0,1 | 1 | - |
| Групповая | 4 | 4 | 4 | - | 4 | 4 | 4 | - |
| Спальная | 4 | 4 | 4 | 6-8 | 4 | 4 | 4 | 6-8 |
| Санузел, уборная, умывальная , душ | 0,8 | 0,8 | 0,8 | - | 0,8 | 0,8 | 0,8 | - |
| Ванная со шкафом для сушен | - | - | - | (20) на 1-2 жилые ячейки | - | - | - | (20) на 1-2 жилые ячейки |

А. Помещения жилых ячеек

Окончание таблицы 1

| Помещение | Площадь помещений, , при вместимости домов-интернатов, мест | | | Примечания |
|---|---|-----|-----|----------------|
| | 100 | 120 | 200 | |
| Комната инструктора-методиста | 12 | 12 | 12 | |
| Лечебно-оздоровительный бассейн с ванной 5Ч10 м | 8x10 | | | На 10-12 детей |
| Комната методиста с санитарным узлом | 8+4 | | | 10+4 |
| Раздевальная с душевой и санитарным узлом | 24 | | | 36 |
| Помещения уборочного инвентаря | 6 | 6 | 6 | |
| Узел управления | 6 | 6 | 6 | |
| Лаборатория анализа воды | 8 | 8 | 8 | |
| Комната медсестры | 10 | 10 | 12 | |
| Кладовая спортивного инвентаря | 6 | 8 | 8 | |

144

какую-то роль (учитывая влияние возраста, пола и культурной принадлежности).

Согласно Декларации о правах инвалидов, инвалидом является человек, который не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной или социальной жизни в силу недостатка, врожденного или нет, его (ее) физических или умственных возможностей.

Согласно Федеральному закону от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», инвалид –«лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты». Ограничение жизнедеятельности получает выражение в полной или частичной утрате человеком способностей к осуществлению самообслуживания, передвижения, ориентации, общения, контроля за своим поведением, а также к трудовой деятельности .

Социальная защищенность инвалидов обеспечивается государством, призванным создать необходимые для них условия, способствующие индивидуальному развитию, реализации творческих и производственных возможностей и способностей с учетом их потребностей, что регламентируется в соответствующих государственных программах по предоставлению социальной помощи в предусмотренных законодательством видах с целью устранения препятствия на пути реализации инвалидами их прав на охрану здоровья, труд, образование и профессиональную подготовку, жилищных и др. социально-экономических прав.

Однако сегодня инвалиды – это наиболее социально незащищенная категория населения. Обеспечение инвалидам равных с другими гражданами Российской Федерации возможностей в реализации прав и свобод, устранение ограничений в жизнедеятельности, создание благоприятных условий для полноценного образа жизни, активного участия в экономической,

социальной и политической жизни общества, выполнения гражданских обязанностей – наиболее актуальные задачи социальной политики в отношении инвалидов.

Процесс социальной адаптации является предметом исследования специалистов многих отраслей научного знания. Психологи, философы, социологи, педагоги, социальные психологи и т.д. вскрывают различные аспекты этого процесса, исследуют его механизмы, этапы и факторы.

Основные проблемы социальной адаптации инвалидов анализировались в работах А.И. Ковалевой, В.А. Лукова, Т.В. Склярской, Е.Р. Смирновой и др. Функции социальных учреждений в решении данного вопроса рассмотрены в исследованиях Н.К. Гусевой, В.И. Курбатова, Ю.А. Блинкова, В.С. Ткаченко, Н.П. Клушиной, Т. Жулковска. Тенденции взаимодействия и социального партнерства в формировании единого адаптационного пространства изучали И.Н. Бондаренко, Л.В. Топчий, А.В. Мартыненко, В.М. Черепов, А.В. Решетников, В.М. Фирсов, А.И. Осадчих. Многие актуальные вопросы социальной адаптации инвалидов разрабатывались С.Н. Поповым, Н.М. Валеевым, Л.С. Захаровой, А.А. Бирюковым, В.П. Беловым, И.Н. Ефимовым.

В настоящий момент инвалиды составляют приблизительно 10% населения мира. В основе возникновения инвалидности лежат различные причины. В зависимости от причин возникновения условно выделяют несколько основных групп:

- наследственно обусловленные формы;
- связанные с внутриутробным поражением плода, повреждением плода во время родов и в самые ранние сроки жизни ребенка;
- приобретенные в процессе развития индивидов в результате заболевания, травмы или иных событий, которые повлекли за собой стойкие расстройства здоровья.

Среди инвалидов выделяют следующие категории:

1. по возрасту: дети-инвалиды; инвалиды-взрослые;

| | | | | | |
|--|-------|----|---------|------------------------------------|--|
| Комната художника | 12 | 12 | 12 | Используется также для занятий ЛФК | По два душевых рожка и одному унитазу на каждую раздевальную |
| Кружковые помещения: танцевальный класс с помещением для переодевания и санитарным узлом | 54+18 | | 72+18+3 | | |
| Кладовая лепки | 24+8 | | 36+8+10 | | |
| Кладовая инвентаря и готовых изделий | 12 | | 18 | | |
| Физкультурно-спортивный зал: | | | | | |
| 12x16 м | 132 | | 288 | | |
| 12x24 м | | | | | |
| Хранение спортивного инвентаря | 12 | | 16 | | |
| Раздевальные для девочек и мальчиков с душевыми и санитарными узлами: | | | | | |
| для умственно отсталых детей | 18x2 | | 36x2 | | |
| для детей с недостатками физического развития | 21x2 | | 42x2 | | |

Таблица 1 - Помещения культурно-массового назначения

| Помещение | Площадь помещений, , при вместимости домов-интернагов, мест | | | Примечания |
|---|---|-----|-----|--|
| | 100 | 120 | 200 | |
| Зрительный зал | 1,5 | 1,8 | 1,8 | 1 на 1 место в зрительном зале |
| Эстрада при зале | 54 | | | |
| Кинопроекторная с перемоточной и радиоузлом | 27 | | | |
| Фойе | 1 на 1 место в зрительном зале | | | Используется как выставочный зал, зал для танцев и игр в настольный теннис |
| | 36 | 36 | 54 | |
| Библиотека (читальный зал + книгохранилище) | 15+15 | | | |
| Санитарный узел с умывальником в пшлوزه | 3+3 | 6+6 | | |
| Радиоузел | 12 | | | |
| Фильмовидеотека | 18 | | | |
| Помещение пожарного поста | 10 | | | |
| Студия кабельного телевидения | 18 | | 24 | |
| Кладовая мебели и реквизита | 18 | | 24 | |
| Кладовая аппаратуры | 8 | | 12 | |

142

2. *по степени трудоспособности:* инвалиды I группы (нетрудоспособные), инвалиды II группы (временно нетрудоспособные или трудоспособные в ограниченных сферах), инвалиды III группы (трудоспособные в щадящих условиях труда);
3. *по характеру заболевания:* мобильные инвалиды, маломобильные инвалиды, неподвижные группы инвалидов.

Проблема адаптации инвалидов к жизнедеятельности общества определена правовыми, экономическими, производственными, коммуникативными, психологическими особенностями взаимодействия инвалидов с окружающей действительностью. Их доход значительно ниже среднего, а потребности в медицинском и социальном обслуживании намного выше. Они в меньшей степени имеют возможность получить образование, заниматься трудовой деятельностью. Большинство из них не имеет семей, не желает участвовать в жизни общества. «Самые серьезные аспекты проблемы инвалидности связаны с возникновением многочисленных социальных барьеров, не позволяющих инвалидам и лицам с хроническими заболеваниями, а также многодетным семьям, пожилым людям, детям-сиротам, детям с нарушениями социального поведения активно включиться в жизнь общества». Данная проблема есть следствие социальной политики, ориентированной лишь на «здоровое» населения, поэтому структура производства и быта, культуры и досуга, социальных услуг мало приспособлена к нуждам больных людей. Среди «особых» потребностей инвалидов типичными являются следующие:

- восстановление (компенсация) нарушенных способностей к различным видам деятельности;
- передвижение;
- общение;
- свободный доступ к объектам социально-бытовой, культурной и других сфер;
- возможность получения знаний;
- трудоустройство;
- комфортные бытовые условия;
- социально-психологическая адаптация;
- материальная поддержка.

Взаимоотношения инвалидов и остальных граждан – мощнейший фактор процесса адаптации. Можно констатировать, что в настоящее время процесс социальной адаптации инвалидов имеет серьезные затруднения, которые определяются: - низкой удовлетворенностью жизнью; - отрицательной динамикой самооценки; - существенными проблемами в области взаимоотношений с окружающими; -тревожностью и неуверенностью в будущем, пессимизмом.

Глава 2. Теоретические аспекты социальной адаптации лиц с отклонениями в состоянии здоровья

2.1 Развитие адаптивной физической культуры в России

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) инвалиды составляют около 10 % населения земного шара. Несмотря на значительные успехи медицины, число людей с физическими отклонениями постепенно растет, в частности среди подростков и детей. В последнее время в результате постепенной гуманизации общества были приняты «Всеобщая декларация прав человека», Всемирная программа действий в отношении инвалидов и Стандартные Правила ООН по реализации равных возможностей инвалидов, во многих странах приняты законодательные акты. В таких странах, как Великобритания, Германия и других развитых странах имеются различные программы и системы социального обеспечения инвалидов, куда входят и занятия спортом и физической культурой. Отработана система привлечения инвалидов к занятиям физической культурой и спортом, которая состоит из клиники, реабилитационного центра, спортивных клубов и секций для инвалидов. Однако основным критерием данной системы является не что иное, как создание условий для этих занятий. Так же в экономически развитых странах очень популярны

игроки бегом возвращаются к команде. Вторые, а затем третьи делают то же. Выигрывает команда, первой закончившая эстафету.

- **"Зеркало"**. *Содержание игры:* Дети произвольно (или в шахматном порядке) размещаются на игровой площадке, ведущий - перед ними на небольшом возвышении. Ведущий выполняет простые и постепенно усложняющиеся упражнения (наклон, приседания, махи, круговые движения рук, ног, туловища и т.п.), изменяя темп. Дети повторяют их в зеркальном отображении (если ведущий показывает выпад вправо, дети выполняют выпад влево). Поощряются те, кто точнее выполнит все упражнения.

"Стоп, хоп, раз" . *Содержание игры:* Дети бегут колонной (по поляне, залу). По сигналу "Стоп" - останавливаются, "Хоп" - подпрыгивают, "Раз" - поворачиваются кругом и бегут в обратном направлении. Побеждает самый внимательный.

черту. После этого водящий опять становится спиной к играющим и произносит те же слова. Так продолжается до тех пор, пока одному из играющих не удастся приблизиться к водящему, и запятнать его раньше, чем тот успеет оглянуться. Победитель становится водящим.

- **"Собери слово".** *Инвентарь:* наборы карточек с буквами: а) "д", "а", "ш", "а"; б) "м", "а", "ш", "а"; 2 вертикальных стенда. *Содержание игры:* Игра проводится в виде эстафеты. Каждая команда получает по равноценному набору букв, из которых сообща составляет слово и относит свой набор карточек к вертикальному стенду, где для каждой буквы есть крючок. По сигналу первый игрок каждой команды бежит к стенду по начерченной линии, вывешивает первую букву слова на стенд и возвращается назад, второй игрок вывешивает вторую букву и т.д. Выигрывает команда, первой "написавшая" своё слово.
- **"Лохматый пёс"** *Содержание игры:* В определенном месте (на скамейке, внутри обруча) сидит на корточках (руки под щеку) спящий "пес". Дети из своего дома с противоположной стороны (на носочках, руки на пояс, плечи расправлены, спина прямая), крадучись, двигаются по направлению к "псу", хором тихо приговаривая: "Вот сидит лохматый пёс; в лапы свои уткнувши нос, тихо, мирно он сидит, не то дремлет, не то спит. Подойдем к нему, разбудим. И посмотрим: что же будет?". С последними словами дети вплотную подходят к "псу", хлопают в ладоши и быстро убегают в свой дом, а "пёс" их ловит. Пойманный становится "псом".
- **«Катай раз».** *Инвентарь:* баскетбольные мячи по количеству участников. *Содержание игры:* Дети делятся на две команды, у каждого баскетбольный мяч. С линии старта первые в колоннах игроки катают мяч, стараются докатить его до стены (или линии, находящейся в 6-8 м от линии старта). В это время остальные игроки говорят хором: "катай раз, дунем два, катай три, докатили до стены". Докатив шарик до стены, первые

среди инвалидов занятия физической активностью с целью отдыха, развлечения общения, поддержания или приобретения хорошей физической формы, необходимого уровня физической подготовленности. В данных случаях физкультурно-оздоровительная активность представляет собой действенное средство профилактики и восстановления нормальной жизнедеятельности организма, а также способствует приобретению того уровня физической подготовленности, который необходим, например, инвалиду с целью пользования коляской, протезом или ортезом.

Во Всемирной программе действий в отношении инвалидов отмечено: "Все большее признание получает важность спорта для инвалидов. Поэтому государства должны поощрять все виды спортивной деятельности инвалидов, в частности, путем предоставления надлежащих средств и правильной организации этой деятельности". До последнего времени в России практика градостроительства не предусматривала в общественных местах специальных приспособлений, что могли бы облегчить передвижение для инвалидов. Их проблемы не было принято обсуждать публично. Долгие годы среди населения России бытовало мнение, что "инвалид" и "физическая активность" – понятия совершенно несовместимые и средства физической культуры рекомендовались только отдельным инвалидам в качестве кратковременного мероприятия, дополняющего физиотерапевтические и медикаментозные назначения. Физическая культура и спорт не рассматривались в роли эффективного средства реабилитации инвалидов, поддержания их физических возможностей и укрепления здоровья.

В 1980 г. создается первая в СССР Федерация спорта инвалидов в Ленинграде, куда вошли 3 направления: инвалиды по слуху, зрению, с нарушениями опорно-двигательного аппарата. С 1996 г. в России создана Российская Федерация по физической культуре и спорту инвалидов и Паралимпийский комитет России для всех категорий лиц с ограниченными физическими

возможностями. Решением Госкомвуза России в июле 1996 г. была открыта и внесена в классификатор направлений и специальностей высшего профессионального образования новая специальность «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)». Большой вклад в развитие данного направления внесли ученые С.П. Евсеев и Л.В. Шапкова. Ряд организаций и учреждений Санкт-Петербурга: Государственная академия Физической культуры им. П.Ф. Лесгафта, Специальный Олимпийский комитет, информационное агентство «открытый путь» с 2000 года начали издавать ежеквартальный журнал «Адаптивная физическая культура». В России, к сожалению, проблемы физической реабилитации и социального объединения инвалидов посредством физической культуры решаются медленными темпами. Основными причинами слабого развития физической культуры и спорта среди инвалидов являются:

- практическое отсутствие специализированных физкультурно-оздоровительных и спортивных сооружений
- недостаток оборудования и инвентаря
- неразвитость сети физкультурно-спортивных клубов, детско-юношеских спортивных школ для инвалидов во всех учреждениях физкультурно-спортивной направленности
- нехватка профессиональных кадров,
- в недостаточной степени выражена потребность в физическом совершенствовании у самих инвалидов. Это связано с отсутствием специализированного распространения занятием физической активностью.

Для дальнейшего развития адаптивной физической культуры в России, необходимо решить многие проблемы. Наиболее важными из них являются:

- недооценка представителями специального коррекционного образования роли и места системы дополнительного образования, особенно физкультурно-спортивной направленности;

- **"Рычи, лев, рычи"**. *Содержание игры:* Ведущий говорит играющим: "Мы все львы, целая львиная семья. Давайте узнаем, кто из львов рычит громче всех. Как только я скажу: "Рычи, лев, рычи", - каждый из вас должен встать в угрожающую стойку льва с выпущенными когтями и как можно громче рычать "р-р-р". После игры все дети падают от усталости на маты и отдыхают в непринужденных позах.
- **"Робот"**. *Инвентарь:* повязка на глаза. *Содержание игры:* На глаза ведущего надевается повязка - он робот, а дети заранее договариваются, в какое место он должен прийти и какие задания выполнить по пути (сесть на скамейку, взять обруч, найти и бросить мяч и т.п.) Дети, давая команды "Вперед", "Назад", "Вправо", "Влево", "Стой", и т.д., должны привести робота к цели.
- **"Бусы"**. *Содержание игры:* участники встают в плотный круг, держась за руки. Они - бусинки красивого ожерелья. Ведущий - внутри круга. "Бусинки" тесно прижимаются, крутятся на месте, не отрываясь друг от друга. Ведущий пытается "разорвать" ожерелье: щекочет, смешит, тянет в разные стороны и т.п. Если ведущему это удаётся. Бусинки рассыпаются и катаются по полу. Ведущий начинает их ловить, по очереди крепко держа за руку первую, вторую, третью и т.д., пока не соберет снова все ожерелье.
- **"Быстро шагай"**. *Инвентарь:* мешочек с песком (резиновое кольцо, плоская мягкая игрушка). *Содержание игры:* Играющие выстраиваются в шеренгу на одной из сторон площадки. На противоположной стороне - водящий спиной играющим. Он закрывает лицо руками и говорит: "Быстро шагай, смотри, не зевай, стоп!". Пока водящий произносит эти слова, все играющие стараются как можно ближе подойти к нему. По команде "Стоп!" они должны мгновенно остановиться и "замереть" на месте, а водящий быстро оглядывается и, если замечает движение, то отправляет нарушителя за исходную

выигравших. Усложнение: в каждом кружке находится по 3 – 4 предмета. На сигнал «Беги» играющие бегут, и в это время им называют предмет, который надо взять.

Кто скорей. Эта игра с элементом соревнования может включать преодоление различных препятствий, знакомых детям. Не следует давать только ползание на четвереньках, так как дети, торопясь выполнить задание, могут травмировать коленный сустав.

- пройти по гимнастической скамейке и обежать змейкой мячи или кегли.

- подлезать под верёвку, перепрыгнуть канавку.

- провести мяч, ударами о пол по прямому направлению или огибая положенные предметы.

- пролезать в один обруч, затем прыгать из обруча в обруч на двух ногах.

"Божья коровка". *Инвентарь:* мягкая игрушка. *Содержание игры:* Дети становятся в круг лицом к центру. Водящий отворачивается, а они прячут кому-нибудь за спину под майку "божью коровку" (игрушку) и поднимают вверх руки. Водящий ищет игрушку, передвигаясь от одного к другому. А дети хлопают над головой в ладоши и жужжат, ориентируя громкостью поиск водящего.

• **"Фокусник".** *Инвентарь:* ленты длиной не менее 1 м по количеству играющих. *Содержание игры:* Дети стоят парами, одной рукой держа партнёра за руку, другой - за уголок ленты. По команде ведущего все вместе начинают считать по порядку цифры: 1,2,3 и т.д., стараясь как можно быстрее спрятать ленту в кулак. Тот, кто собрал ленту в кулак, поднимает руку и запоминает цифру. Победителем считается тот, кто быстрее спрятал ленту и правильно запомнил цифру.

• **"Летающие носочки".** *Инвентарь:* носочек (или платок). *Содержание игры:* Дети сидят в кругу лицом в центр, руки в упоре сзади, ноги вытянуты вперед. По кругу пускается носочек. Каждый ребенок должен взять его пальцами ноги и перенести к ноге соседа.

- недостаточное внимание специалистов социальной сферы к средствам и методам адаптивной физической культуры, недооценка их важной роли в комплексной реабилитации и социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья, в повышении их реабилитационного потенциала и уровня качества жизни;

- чрезмерная ориентация представителей отрасли физической культуры и спорта на спортивные достижения занимающихся в системе дополнительного образования в области адаптивной физической культуры, недостаточное внимание к благоприятному формированию их жизненной компетенции;

- существенные ограничения возможностей детей-инвалидов в занятиях адаптивным спортом в документе «Типовое положение об образовательном учреждении дополнительного образования детей», в котором говорится, что с детьми-инвалидами проводится индивидуальная работа по месту жительства. Это по существу налагает запрет на спортивную деятельность, которая предполагает участие в различных соревнованиях, коллективные взаимодействия, особенно в игровых видах спорта, поездки к местам состязаний, в том числе и за рубеж;

- отсутствие нормативно-правовой базы для государственной системы дополнительного образования в области адаптивной физической культуры;

-отсутствие в Единой Всероссийской спортивной классификации (ЕВСК) требований для присвоения детям-инвалидам юношеских разрядов в 78% видов спорта для незрячих и в 64,3% — для лиц с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата;

- неприспособленность спортивной инфраструктуры к потребностям и нуждам лиц с ограниченными возможностями здоровья;

- отсутствие интереса средств массовой информации к адаптивному спорту, в том числе к крупнейшим соревнованиям – Параолимпийским играм, играм Специальной Олимпиады и др.;

- неприспособленность жилья и транспорта к проблемам лиц с ограниченными возможностями здоровья, особенно с поражениями опорно-двигательного аппарата и органов зрения;

- дефицит тренеров-преподавателей по адаптивному спорту, ориентация большинства вузов, которые осуществляют подготовку кадров по адаптивной физической культуре, на ее лечебное или реабилитационное направление, невостребованность в вузах специализации «Спортивная подготовка инвалидов (адаптивный спорт)»;

- поступления в ВУЗы физической культуры спортсменов-инвалидов, которые добились серьезных достижений в адаптивном спорте.

Министерство Спорта Российской федерации разработало методические рекомендации по развитию адаптивной физической культуры и спорта в соответствии с техническим заданием к Государственному контракту от 27 августа 2013 года N 299 "Научная концепция развития адаптивной физической культуры и спорта в субъектах Российской Федерации и на территории муниципальных образований с учетом лучших положительных практик субъектов Российской Федерации и международного опыта»

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.

26 сентября 2013 года N 845 внесены изменения в постановление Правительства Российской Федерации от 7 апреля 2008 г. N 240 в части особого порядка обеспечения техническими

Подвижные игры, способствующие развитию координационных способностей детей школы VIII вида

Передай мяч. Дети распределяются на две равные подгруппы, встают в две колонны и по сигналу передают резиновый или набивной мяч. Последний стоящий в каждой колонне, получив мяч, бежит, становится впереди колонны и снова передаёт мяч. Игра заканчивается, когда с мячом впереди колонны оказывается ведущий звена. Варианты передачи: над головой, с боку, внизу между ног, в положении сидя на полу или скамейке.

Канатоходец. Две команды стоят в колоннах у линии старта, финиш на расстоянии 8 – 10 м. У игроков по одному бумажному или картонному колпаку. Первые в колонне ставят на голову колпак, разводят руки в стороны и по сигналу продвигаются вперёд. Повернув в условном месте, берут колпак в руки и бегут к своей колонне. Выигрывает колонна, выполнившая задание первой.

Коршун и наседка. Дети (цыплята), стоят в колонне, держась друг за друга, впереди стоящий – наседка. На другой стороне площадки – коршун. По сигналу он вылетает и старается схватить цыплёнка, стоящего последним. Наседка защищает цыплят, поднимая руки в стороны и не давая коршуну достать цыплёнка. Все цыплята дружно двигаются за наседкой, не разрывая сцепления, мешая коршуну. Коршун, для того чтобы поймать цыплёнка, часто меняет направление движения.

Перемени предмет. На одной стороне площадки в кружках 4 – 5 предметов (мешочки, кубики, кегли). На противоположной стороне за линией старта (расстояние 15 – 20 м) дети образуют 4 – 5 колонн. Первые получают по одному такому же предмету, но другого цвета. На сигнал «Беги» они бегут к кружкам напротив своей колонны, кладут предмет, берут лежащий, возвращаются с ним к своей колонне и поднимают над головой. Отмечается выигравший. Затем они передают предмет следующему из своего звена, а сами встают в конец колонны. Отмечается колонна, в которой оказалось больше

6. На пол положить две булавы (кегли), головки их почти соприкасаются, а основания направлены наружу — захватить пальцами ног шейку или головку булавы и поставить ее на основание.
7. Подкатывание теннисного мяча пальцами ног от носка к пятке, не поднимая ее.
8. Поставить левую (правую) ногу на носок — поочередная смена положения в быстром темпе.
9. И.п. Стоя, ноги врозь, стопы параллельно, руки на поясе — присед на всей ступне, сохраняя правильную осанку, вернуться в исходное положение.

Коррекционные упражнения, выполняемые в ходьбе

1. Ходьба на носках, на наружных сводах стоп.
2. Ходьба на носках, в полуприседе, носки внутрь.
3. Ходьба гусиным шагом на наружных сводах стопы.
4. Ходьба по набивным мячам.
5. Ходьба на носках по наклонной плоскости.
6. Ходьба на носках с высоким подниманием бедра.
7. Ходьба вдоль и приставными шагами боком по канату, расположенному на полу.
8. Ходьба приставными шагами по рейке гимнастической стенки, держась за рейку на уровне пояса.
9. Лазанье по гимнастической стенке вверх и вниз, захватывая рейку пальцами и поворачивая стопы внутрь.
10. Ходьба на носках, собирая пальцами ног рассыпанные орехи, шашки, пуговицы.
11. Ходьба на четвереньках маленькими шажками.
12. Ходьба по массажному коврику (по траве, гальке, гравию).

средствами реабилитации и услугами инвалидов из числа спортсменов сборной команды России.

В соответствии с решениями Правительства Российской Федерации с 2008 года увеличены выплаты российским спортсменам-инвалидам по итогам выступлений на Паралимпийских или Сурдлимпийских играх (4 млн. руб. - за золотую медаль, 2,5 млн. руб. - за серебряную медаль, 1,7 млн. руб. - за бронзовую медаль), а также с 2012 г. выплаты по итогам выступления спортсменов-инвалидов на чемпионатах Мира и Европы. На сегодняшний день выплаты спортсменам-инвалидам по паралимпийским и сурдлимпийским видам спорта на федеральном уровне равны выплатам спортсменам по олимпийским видам спорта.

Увеличено число стипендий Президента Российской Федерации спортсменам, тренерам и иным специалистам паралимпийских и сурдлимпийских спортивных сборных команд Российской Федерации на 200 стипендий (с 500 до 700), увеличен размер стипендии на 17 тыс. рублей (с 15 тыс. до 32 тыс. рублей) (в 2009 году выплачено 388 стипендий, в 2010 году - 534, 2011 году - 519, 2012 году - 564 и в 2013 году выплачено 700 стипендий).

В целях развития спорта среди детей-инвалидов в возрасте с 6 до 18 лет проводятся спартакиады по летним и зимним видам спорта, включенным в программы Паралимпийских и Сурдлимпийских игр.

В сфере физической реабилитации инвалидов активные физкультурно-спортивные занятия, участие в спортивных соревнованиях являются формой необходимого общения, они восстанавливают психическое равновесие, снимают ощущение изолированности, возвращают самоуважение, уверенность в себе и своих силах, дают возможность вернуться к активной жизни. Применение средств физической культуры и спорта является эффективным, а в ряде случаев даже единственным методом физической реабилитации и социальной адаптации.

2.3 Нормативно-правовая база защиты прав лиц, имеющих отклонения в состоянии здоровья

К нормативно-правовой базе документов, защищающих права лиц, имеющих инвалидность, относят учредительные акты, декларации, пакты, конвенции, рекомендации и резолюции ООН, ВОЗ, МОТ, ЮНЕСКО, ЮНИСЕФ и др., законодательные акты Межпарламентской Ассамблеи государств-участников СНГ, а также законодательные документы Российской Федерации.

Основополагающие документы мирового сообщества:

- Всемирная декларация прав человека (1948),
- Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (1966),
- Декларация социального прогресса и развития (1969),
- Декларация о правах инвалидов (1971),
- Декларация о правах умственно отсталых лиц (1971),
- Конвенция о правах ребенка (1989, особенно статьи 23 – 27),
- Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей (1990),
- Конвенция и Рекомендация о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов (1983) и др.

Декларация о правах инвалидов была принята Генеральной Ассамблеей ООН 9 декабря 1971 г. Это общая основа и руководство в национальном и международном плане для принятия мер в области защиты прав инвалидов, предупреждения вызванной физическими и умственными ограничениями инвалидности, оказания помощи инвалидам в развитии способностей в разных областях деятельности и содействия по их включению в нормальную жизнь общества.

Согласно этой Декларации, у инвалидов есть неотъемлемое право на уважение их человеческого достоинства; несмотря на происхождение, характер и серьезность увечий или недостатков, они имеют те же основные права, что и сограждане того же

6. Катание стопами мяча, гимнастической палки, массажного валика.
7. Максимальное разведение и сведение пяток, не отрывая носков от пола.
8. Из упора сидя сзади, колени согнуты, подтянуть пятки к ягодичам — ползающие движения стоп вперед и назад за счет пальцев ног.
9. Из положения сидя с согнутыми коленями, руки провести снаружи между бедром и голенью, захватив ладонями стопы с внешней стороны, — поочередно поднимать стопы руками.
10. То же, но захватить стопы с внутренней стороны.
11. В стойке на коленях, раздвинув стопы наружу, сесть на пол между ногами, стопы захватить руками со стороны подошвы и поочередно поднимать их.
12. В упоре сидя сзади — поочередные и одновременные круговые движения стопой.

Приложение 8

Коррекция плоскостопия

Коррекционные упражнения, выполняемые стоя

1. И.п. Стоя на наружных сводах стоп — подняться на носки и вернуться в исходное положение.
2. И.п. Стоя на наружных сводах стопы — полуприсед, подняться на носки, вернуться в исходное положение сгибая пальцы
3. И.п. Стоя, носки вместе, пятки врозь вернуться в исходное положение.
4. И.п. Стоя, стопы параллельно на расстоянии ладони, поднять внутренний край стопы.
5. И.п. Стоя след в след (носок правой касается пятки левой), — подняться на носки, вернуться в исходное положение.

| | |
|---|--|
| полу, скрестив ноги — левая рука заводится за спину ладонью наружу, правая, согнутая в локте, переносится через плечо ладонью вовнутрь, сцепить пальцы в замок. То же с другой руки | кисти, растягивание мышц плечевого пояса, ориентировка в пространстве, точность движений |
|---|--|

Приложение 7

Коррекция плоскостопия

Коррекционные упражнения, выполняемые лежа

1. Лежа на спине, поочередно и вместе оттягивать носки стоп, приподнимая и опуская наружный край стопы.
2. Согнув ноги в коленях, опереться стопами в пол, развести пятки в стороны.
3. Согнув ноги в коленях, опереться стопами в пол, поочередно и одновременно приподнять пятки от пола.
4. Стопой одной ноги охватить голень другой и скользить по ней.
5. Лежа на спине поочередное и одновременное вытягивание носков стоп с поворотом их вовнутрь.

Коррекционные упражнения, выполняемые сидя

1. Максимальное подошвенное сгибание стоп с поворотом внутрь.
2. Поочередное захватывание пальцами ног гимнастической палки.
3. Подгребание пальцами матерчатого коврика или имитация подгребания песка.
4. Захватывание стопами округлых предметов (теннисного мяча, бильярдных шаров) внутренними сводами стопы и перемещение их с одного места в другое.
5. Сидя на краю стула, стопы параллельно — руками захватить коленные суставы, развести колени, одновременно поставить стопы на наружный край и согнуть пальцы.

возраста, то есть, прежде всего, право на как можно более нормальную и полноценную жизнь .

Лица, имеющие инвалидность, имеют право на экономическое и социальное обеспечение и удовлетворительный уровень жизни; право на медицинское, психическое или функциональное лечение, включая использование протезных и ортопедических аппаратов, на восстановление здоровья и положения в обществе, на образование, ремесленную профессиональную подготовку и восстановление трудоспособности, помощь, консультации, услуги по трудоустройству и другие виды социального обслуживания, которые позволят им максимально проявлять собственные возможности и способности и ускорят процесс их социальной интеграции или реинтеграции. У инвалидов также есть право на жизнь в кругу своей семьи или в условиях, их заменяющих, и право на участие во всех видах деятельности общества, которая связана с творчеством или с проведением досуга. Если необходимо пребывание инвалидов в специальных учреждениях, то среда и жизненные условия в них должны максимально соответствовать среде и условиям нормальной жизни лиц их возраста.

Российское законодательство фиксирует права инвалидов в следующих документах:

- Декларация прав и свобод человека и гражданина (1991),
- Конституция Российской Федерации (принята 1993),
- Закон Российской Федерации «О защите инвалидов в Российской Федерации» от 20 июля 1995 г.,
- Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (1993),
- Указы Президента Российской Федерации «О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов» и «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности» от 2 октября 1992 г.,
- Постановление Совета Министров Правительства Российской Федерации «О научном и информационном обеспечении проблем инвалидности и инвалидов» от 5 апреля 1993 г. и др.

Еще раньше, в июле 1992 г. Президент Российской Федерации издал Указ «О научном обеспечении проблем инвалидности и инвалидов». В октябре того же года были изданы указы «О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов», «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности».

Этими нормотворческими актами определяются отношения общества, государства к инвалидам и отношения инвалидов с обществом, государством. Следует заметить, что многие положения этих нормотворческих актов создают надежное правовое поле жизнедеятельности и социальной защищенности инвалидов в нашей стране.

Социальные услуги оказываются исключительно с согласия людей, нуждающихся в них, особенно когда речь идет о помещении их в стационарные учреждения социального обслуживания. В этих учреждениях, с согласия обслуживаемых может быть организована и трудовая деятельность на условиях трудового договора. Лица, заключившие трудовой договор, получают право на ежегодный оплачиваемый отпуск продолжительностью 30 календарных дней.

Законом предусматриваются различные формы социального обслуживания, в том числе:

- социальное обслуживание на дому (включая социально-медицинское обслуживание);
- полустационарное социальное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания граждан в учреждениях социального обслуживания;
- стационарное социальное обслуживание в домах-интернатах, пансионатах и других стационарных учреждениях социального обслуживания;
- срочное социальное обслуживание (как правило, в ситуациях, не терпящих отлагательства: организация питания, обеспечение одеждой, обувью, ночлегом, срочное предоставление временного жилья и т.п.)

| | | |
|-----|---|--|
| | гимнастической стенке, хватом за рейку на уровне плеч — прогнуться в грудном отделе, выпрямив руки и вернуться в исходное положение | позвоночника, координация движений, растягивание мышц брюшного пресса |
| 8. | «Обезьянка». Из положения стоя на 4-й рейке снизу лицом к гимнастической стенке, хватом двумя руками на уровне пояса — глубоко присесть, разгибая руки | Укрепление мышц рук, плечевого пояса и туловища, ориентировка в пространстве |
| 9. | «Силач». Из положения лежа на животе с гантелями (по 1 кг) в руках, руки в стороны — слегка вытянуть шею, прогнуться в грудном отделе, отвести руки в стороны, сблизить лопатки и приподнять ноги: вернуться в исходное положение, расслабить руки | Гибкость грудного отдела позвоночника, статическая сила рук и плечевого пояса, симметричность усилий |
| 10. | «Орел». Из положения лежа бедрами поперек гимнастической скамейки, ноги закреплены (партнер держит голеностопы) руки за голову — наклон вперед с последующим разгибанием в грудном и поясничном отделах, голову поднять, локти отвести в стороны, зафиксировать позу и вернуться в исходное положение, расслабиться | Гибкость грудного отдела позвоночника, растягивание мышц передней стороны туловища, ориентировка в пространстве, симметричность движений, устойчивость вестибулярного аппарата |
| 11 | «Замок». Из положения сидя на | Координация движений рук и |

Приложение 6

Упражнения для коррекции круглой (сутулой) спины

| № | Упражнения | Коррекционная направленность |
|----|---|---|
| | «Кошечка» | Гибкость грудного отдела позвоночника, удержание осанки в динамических упражнениях и статических позах |
| | «Змея» | |
| | «Лодочка» | |
| 4. | «Кроль». Стоя перед зеркалом, вращение рук назад, имитирующее движения руками в кроле на спине, постепенно увеличивая темп движений. Контролировать положение плечевого пояса | Увеличение подвижности плечевых суставов. Укрепление мышц спины и плечевого пояса. Ритмичность и координация движений, регулирование темпа движений |
| 5. | «Насос». Стоя перед зеркалом в позе правильной осанки — наклоны туловища вправо и влево, скользя руками вдоль туловища. Контролировать положение плечевого пояса | Укрепление боковых мышц туловища, устойчивость вестибулярного аппарата, регулирование позы |
| 6. | «Штанга». Из положения стоя перед зеркалом с гимнастической палкой за плечами — наклон туловища вперед до горизонтального положения, неотрывно глядя в глаза своего зеркального отображения | Укрепление мышц туловища, гибкость грудного отдела позвоночника, зрительный контроль за регулированием позы, симметричность движений |
| 7. | «Лук». Стоя вплотную спиной к | Гибкость грудного отдела |

- социальная, социально-психологическая, медико-социальная консультационная помощь.

Таким образом, процесс социального обслуживания инвалидов регулирует Федеральный закон «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» (1995). Социальное обслуживание является деятельностью, направленной на удовлетворение потребностей инвалидов в социальных услугах: уход; организация питания; содействие в получении медицинской, правовой, социально-психологической и натуральных видов помощи, в профессиональной подготовке, трудоустройстве, организации досуга; содействие в организации ритуальных и др. услуг, предоставляемых инвалидам на дому или в учреждениях социального обслуживания независимо от форм собственности.

2.4 Государственная политика в отношении инвалидов

Министерство социальной защиты населения Российской Федерации выполняет следующие функции:

- руководит врачебно-трудовой экспертизой и службой медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;
- участвует в процессе формирования политики государства в сфере градостроительства, направленной на обеспечение доступности объектов для инвалидов;
- помогает общественным организациям в создании рабочих мест для инвалидов и в их трудоустройстве;
- способствует созданию и развитию специализированных предприятий, использующих труд инвалидов, развитию надомных видов труда и других форм удобной для инвалидов занятости;
- содействует развитию физической культуры и спортивного движения инвалидов как этапа их социальной адаптации;
- исследует потребность и осуществляет заказ на производство спец. транспортных средств, производственных и бытовых приспособлений, других технических средств реабилитации инвалидов и ухода за ними;

- организует протезно-ортопедическую помощь населению;
 - помогает в создании и совершенствовании деятельности научно-исследовательских, конструкторско-технологических организаций, центров медико-социальной и профессиональной реабилитации инвалидов и др. организаций, учреждений и предприятий социальной защиты населения.

Департамент по делам инвалидов, входящий в состав Минсоцзащиты России, выполняет следующие функции:

- разрабатывает комплексную систему социальной защиты инвалидов, включающую организацию адаптации, прямой социальной помощи и поддержки инвалидов, медико-социальную экспертизу;
- координирует деятельность государственных, общественных и др. организаций инвалидов, направленную на содействие активному участию инвалидов в общественной жизни;
- создает на государственной, благотворительной и попечительской основе сеть служб по реабилитации и социальному обслуживанию инвалидов;
- готовит предложения, направленные на совершенствование действующего законодательства в вопросах социальной защиты инвалидов и деятельности их общественных организаций;
- устанавливает принципы организации служб медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов и управления ими;
- организует подготовку кадров в области социальной защиты инвалидов.

Согласно Основам законодательства РФ об охране здоровья граждан, медико-социальная экспертиза определяет причины и группы инвалидности, степень утраты трудоспособности, виды, объемы и сроки проведения реабилитации и меры социальной защиты, дает рекомендации по трудовому устройству граждан. Медико-социальную экспертизу проводят учреждения медико-социальной экспертизы системы социальной защиты населения. Рекомендации по трудовому устройству граждан обязательны для

| | | |
|-----|--|---|
| 9. | «Свеча». Из положения лежа на спине, руки за голову — сначала согнуть ноги в коленях, а затем разогнуть их до вертикального положения по отношению к полу, зафиксировать позу и медленно опустить в исходное положение | Сила мышц брюшного пресса, координация движений, пространственная ориентация, регулирование амплитуды движения |
| 10. | «Велосипед». Из положения лежа на спине, руки вдоль туловища и подняв ноги до вертикального положения — имитация движений велосипедиста, сначала медленно, с постепенным ускорением | Сила мышц брюшного пресса, координация и ритмичность движений, дифференцировка темпа движений |
| 11. | «Стрелка». Из положения лежа на правом боку, правая рука вытянута вверх, левая упирается в пол на уровне плеча — отведение левой ноги вверх. То же — на левом боку с отведением правой ноги | Укрепление боковых мышц туловища, живота и ног, координация движений |
| 12. | «Маятник». Из исходного положения лежа на спине, руки в стороны — поднять ноги на 90° и, не разводя их, опустить справа от себя, снова поднять вверх и опустить слева от себя, не отрывая плеч от пола | Укрепление мышц живота и боковых мышц туловища, координация движений, ориентация в пространстве, волевое усилие |

| | | |
|----|--|---|
| | жение головы, туловища и рук | |
| 5. | «Змея». Из положения лежа на животе, ноги вместе, руки на уровне плеч, ладонями вперед — медленно разгибая руки и поднимая голову, максимально прогнуться в грудном и поясничном отделах, запрокинув назад голову | Гибкость поясничного отдела позвоночника, растягивание мышц спины, симметричность движений, контроль за положением частей тела в пространстве |
| 6. | «Лодочка». Из положения лежа на животе, руки за спину — поднять голову, грудь, ноги, зафиксировать позу, покачаться «на лодочке» | Гибкость позвоночника, статическая сила мышц плечевого пояса, спины и живота |
| 7. | «Пловец». Из положения лежа на груди — движение руками, как в плавании брассом на груди, постепенно увеличивая амплитуду и темп движений, не касаясь руками пола | Укрепление мышц туловища, координация и симметричность движений, дифференцировка пространственных и временных характеристик движения |
| 8. | «Рыбка». Из положения лежа на животе, руки на предплечьях на полу, пальцы вперед — медленно разгибая руки, поднять голову, прогнуться во всех отделах позвоночника и коснуться ступнями ног, согнутых в коленях, до головы | Гибкость позвоночника, растягивание мышц груди и живота, укрепление мышц туловища |

администраций предприятий, учреждений, организаций независимо от форм собственности.

Одним из основных нормативных актов в области установления группы и причин инвалидности является Положение о врачебно-трудовых экспертных комиссиях (1985). Основными задачами врачебно-трудовых экспертных комиссий (ВТЭК), работающих по территориальному принципу, являются:

- определить состояние трудоспособности, постоянность или длительность ее утраты, группу и причины инвалидности;
- определить условия и виды труда для инвалидов, работы и профессии, доступные им по состоянию здоровья, а также условия и методы, при помощи которых нарушенную трудоспособность можно восстановить или повысить, проверить правильность использования труда инвалидов на работе в соответствии с заключением комиссии;
- способствовать укреплению здоровья населения, предупреждению инвалидности;
- изучать совместно с органами здравоохранения, администрациями предприятий, учреждений, организаций и профсоюзными организациями причины утраты трудоспособности и участвовать в разработке мероприятий, направленных на профилактику инвалидности и восстановление трудоспособности.

На основе установленной группы, причин, при необходимости и времени наступления инвалидности назначают пенсии, устанавливают льготы, предоставляют другие виды социального обеспечения и обслуживания.

Причинами инвалидности (согласно Методическим указаниям по определению причин инвалидности) могут быть общие заболевания; трудовые увечья; профессиональные заболевания; инвалидность с детства; ранения (контузии, увечья), полученные при защите СССР (РФ); ранения (контузии, увечья), полученные при исполнении военных обязанностей; заболевания, связанные с пребыванием на фронте; увечья, полученные при несчастных случаях, не связанных с военными обязанностями; заболевания, не

Упражнения для коррекции боковых искривлений позвоночника (начальная стадия)

связанные с пребыванием на фронте (заболевания получены на военной службе); последствия экологических катастроф.

Эффективным механизмом реализации государственной политики в решении проблем инвалидов в Российской Федерации стали целевые федеральные и региональные программы, объединяющие усилия различных ведомств. В 1994 г. начато финансирование программы «Разработка и производство технических средств реабилитации для обеспечения инвалидов». Создана также федеральная программа «Социальная поддержка инвалидов». В рамках Федеральной комплексной программы «Дети России» предусмотрена программа «Дети-инвалиды». Реализация федеральных программ должна создать условия, соответствующие требованиям и нормам цивилизованного государства, при которых инвалид, как и любой гражданин, имеет возможность на равных условиях получить образование, трудиться, материально обеспечивать себя и иметь доступ ко всем объектам социальной, производственной и хозяйственной инфраструктуры.

В этих условиях основной задачей социальной работы с инвалидами является объединение усилий как государственных органов, так и общественных и частных инициатив, групп самопомощи для наиболее полного удовлетворения потребностей данной категории населения и самореализации лиц с ограниченными возможностями.

Основными социально-экономическими и социально-демографическими показателями, характеризующими положение инвалидов в обществе, являются: участие в трудовой и общественной деятельности, размеры заработной платы и пенсии, уровень потребления товаров длительного пользования, жилищно-бытовые условия, семейный статус, образование.

Ранее основные усилия государства по повышению уровня жизни инвалидов сводились преимущественно к предоставлению разного рода материальных льгот и дотаций отдельным их категориям. Вместе с тем существовала довольно развитая система специализированных предприятий, использующих труд инвалидов,

| № | Упражнения | Коррекционная направленность |
|----|--|---|
| 1. | «Кошечка». Из положения стоя на четвереньках — опускание и поднимание головы с прогибанием в поясничном отделе с последующим разгибанием в грудном и поясничном отделах позвоночника | Гибкость позвоночника, укрепление мышечного корсета, координация движений головы и туловища, вестибулярная устойчивость |
| 2. | «Колечко». Из положения стоя на коленях, руки на пояс — прогибаясь, наклон назад до касания пола головой. Выполняется со страховкой | Гибкость позвоночника, растягивание мышц живота, укрепление мышц спины, вестибулярная устойчивость, симметричность движений |
| 3. | «Ванька-встанька». Из положения сидя с максимально согнутыми коленями, прижатыми к груди и обхваченными руками, — перекал назад и возвращение в исходное положение без помощи рук | Укрепление мышц туловища, координация движений, дифференцировка мышечных ощущений, ориентировка в пространстве |
| 4. | «Птица». Из положения сидя на полу, ноги врозь пошире, руки в стороны (зафиксировать правильную осанку) — наклон вперед до касания руками пальцев ног, сохраняя поло- | Гибкость поясничного отдела позвоночника, растягивание мышц спины, симметричность движений, контроль за положением частей тела в пространстве |

| | | темпа движений |
|-----|---|--|
| 16 | «Скалолазы». Лазанье по гимнастической стенке вверх и вниз с переходом на соседнюю стенку и доставанием флажка. После упражнения: поднять руки вверх, последовательно расслабить все мышцы: «уронив» кисти, предплечья, плечи, согнуть тазобедренные, коленные, голеностопные суставы — сесть на пол | Преодоление чувства страха, координация движений рук и ног, дифференцировка усилий, профилактика плоскостопия, последовательное расслабление разных звеньев тела |
| 17 | «Лодочка». Из положения лежа на животе, руки за голову — поднять голову, грудь, ноги. Зафиксировать позу на 5 с, расслабить все мышцы, опустив голову на руки и согнув ноги в коленных суставах, «поболтать» ногами | Статическая сила мышц позвоночника, укрепление мышечного корсета, расслабление мышц туловища и ног |
| 18. | Стоя у опоры — расслабленные махи ног вперед и назад | Регулирование произвольного расслабления, гибкость |
| 19. | Сидя, руки расслаблены; 1—4 круговых движения головой вправо; 5—8 круговых движения головой влево | Расслабление мышц шеи, устойчивость вертикальной позы при раздражении вестибулярного аппарата |

которые, однако, в условиях рыночной экономики становятся не конкурентно способными по сравнению с коммерческими структурами. Развитию социальной работы с инвалидами в целях их интеграции должно способствовать создание сети реабилитационных центров для лиц с ограниченными возможностями, где осуществлялись бы профориентация, профобучение, консультирование по психологическим, правовым и организационным проблемам; предлагалась бы конкретная помощь по обеспечению в трудоустройстве в будущем и детей-инвалидов.

Таким образом, государственные структуры, неправительственные организации и общественные объединения, частные инициативы призваны не только охранять здоровье населения и заниматься профилактикой инвалидности, но и создавать условия для реабилитации инвалидов, их интеграции и реинтеграции в общество и профессиональную деятельность.

2.5 Социальная адаптация лиц с ограниченными возможностями

Термин «адаптация» (от лат. *adaptare* — «приспосабливать») в широком смысле обозначает «приспособление к изменяющимся внешним и внутренним условиям». Процесс активного приспособления индивидов к условиям социальной среды называют социальной адаптацией, которая осуществляется посредством усвоения представления о нормах и ценностях этого общества (общества в широком смысле, общественной группы, трудового коллектива, семьи). Основными проявлениями социальной адаптации являются взаимодействие (в том числе и общение) человека с окружающими и его активная деятельность.

В социологии адаптация обозначает человеческую способность и стремление «принимать участие» в том, что делают другие люди, и подражать их движению, жестике, мимическим особенностям, манере поведения. Приспособление —

это общение с другими «при осознании различий», без чего невозможно существование отдельной личности и социальных групп.

Понятие «социальная адаптация» может также обозначать «активное приспособление личности к изменившейся среде при помощи разнообразных социальных средств, характеризующее тем, что личность, осознав необходимость изменения в отношениях со средой, начинает формировать новые способы поведения, способствующие гармонизации отношений с окружающими»; «оптимизация взаимоотношений человека и группы, сближение цели их деятельности, ценностей, усвоение личностью норм и традиций, принятых в группе, вхождение в ее ролевые структуры»; «процесс и результат освоения новых для человека социальных ролей и позиций, значимых для него самого и его социального окружения».

Адаптация человека имеет 2 аспекта: биологический и психологический. Биологический аспект адаптации подразумевает приспособление организмов (биологических существ) к устойчивым и изменяющимся условиям внешней среды. Так понятие зрительной адаптации подразумевает приспособление чувствительности глаза (и всей зрительной системы) к разным условиям освещения. Сенсорная адаптация есть изменение чувствительности сенсорных систем под воздействием раздражителей. Слуховая адаптация направлена на изменения в характере восприятия звуков во время и после действия звуковых раздражителей.

Психологический аспект адаптации заключен в «приспособлении человека как личности к существованию в обществе в соответствии с требованиями этого общества и с собственными потребностями, мотивами и интересами». В психологии понятие адаптация широко применяют как теоретическое понятие в психологических концепциях, трактующих взаимоотношения индивида и его окружения как процессы гомеостатического уравнивания. Решающая роль в

| | расслабиться | |
|-----|--|---|
| 11. | И.п. — лежа на спине. Сделать глубокий вдох и напрячь все мышцы тела в течение 10 с (отсчитать 10 с мысленно, про себя), максимально расслабить все мышцы, глубокое дыхание | Развитие статической силы, дифференцировка (отмеривание) времени, волевое усилие, расслабление, контролируемое дыхание |
| 12. | «Велосипед». Из упора сидя сзади поднять ноги на угол 45°, выполнить «педалирование» в течение 20 с, опустить ноги, согнуть колени, руками «потрясти» мышцы голени | Развитие силы мышц ног и брюшного пресса, расслабление мышц ног с элементами самомассажа |
| 13. | И.п. — основная стойка. Круговые движения кистей, круговые движения предплечий, круговые движения в плечевых суставах с постепенно увеличивающейся амплитудой (расслабленно, за счет инерции), расслабление — «бросить» руки | Развитие гибкости, мелкой и крупной моторики рук, регулирование темпа и амплитуды движений, умение использовать инерционные силы |
| 14. | Прыжки на скакалке на двух ногах в высоком темпе — 30 с, прыжки на скакалке с междускоками в медленном темпе — 30 с, повторить 3—4 раза | Активизация дыхательной и сердечно-сосудистой систем, координация движений рук и ног, умение выполнять «сильные» и «расслабленные» прыжки, переключение и дифференцировка темпа |
| 15 | Бег с высоким подниманием бедра у опоры с переходом на расслабленный бег «трусцой» | Быстрота движений, способность к переключению и расслаблению, дифференцировка усилий и |

| | | |
|-----|--|--|
| | 4 — опустить плечи, и.п., выдох. Темп медленный. После 6—8 повторений расслабить мышцы плечевого пояса | |
| 8. | И.п. — стойка ноги врозь, набивной мяч (1—2 кг) в руках внизу; 1 — руки вверх, прогнуться, посмотреть на мяч, вдох; 2 — в и.п., выдох; 3 — наклоны вперед, прямые руки вперед, посмотреть на мяч, вдох; 4 — и.п., выдох. Темп медленный. После 5—6 повторений положить мяч, опустить плечи, встряхнуть руки | Развитие силы мышц плечевого пояса, координация движений и дыхания, переключение на расслабление в фазе отдыха |
| 9. | И.п. — сидя или стоя. Сжимание-разжимание кистей с постепенно увеличивающимся темпом движений. По сигналу — отдых, расслабление — «встряхнуть воду с пальцев» | Развитие мелкой моторики рук, дифференцировка темпа движения, расслабление |
| 10. | И.п. — сидя по-турецки. Выполнить позу правильной осанки: расправить плечи, туловище прямое, подбородок приподнят, плечи опустить. Закрывать глаза, фиксировать позу 20 с. Во время отдыха (20—30 с) лечь на спину, ноги согнуть в коленях, руки в стороны — | Сохранение вертикальной позы без зрительного контроля, переключение, дифференцировка времени, расслабление |

успешности адаптации к экстремальным условиям принадлежит процессам тренировки, функциональному, психическому и моральному состоянию индивида.

Социальной адаптацией называют и процесс активного приспособления индивидов к условиям социальной среды. Адаптация представляет собой механизм социализации человека, включение его в систему общественных связей и отношений. Высокими показателями социальной адаптации являются умения работать и жить в условиях совместной деятельности (игровой, учебной, трудовой), в условиях новой социальной среды, новых ее требований, разрешать межличностные конфликты, преодолевать трудность, не впадая в состояние фрустрации.

Под адаптацией инвалидов понимают систему мероприятий, направленную на быстрее и наиболее полное восстановление здоровья инвалида и его возвращение к активной жизни и социально значимому труду. Адаптация инвалидов представляет собой комплекс различных мероприятий.

Начальным звеном системы общей адаптации инвалида является адаптация в медицине, ибо в первую очередь заболевший человек нуждается в медицинской помощи. Такие *формы адаптации* — психологическую, педагогическую, социальную, экономическую, профессиональную, бытовую — проводят наряду с медицинской.

Профессионально-педагогическая адаптация состоит из мероприятий с воспитательным характером, направленных на овладение больным ребенком необходимыми умениями и навыками в сфере самообслуживания, получение им школьного образования. На этом этапе важна работа над психологической уверенностью детей в собственной полноценности и правильной профессиональной ориентацией. Для взрослых проводят мероприятия, подготавливающие к различной доступной им деятельности, а также создающие уверенность в полезности приобретенных знаний в той или иной области для последующего трудоустройства.

Социальная и экономическая адаптации активизируют комплекс мероприятий по обеспечению больных или инвалидов необходимыми и удобными для них жилищами, по назначению денежного обеспечения больных или инвалидов и их семей. В реабилитационных центрах широко используют метод трудовой терапии на основе тонизирующего и активизирующего воздействия труда на психофизиологическую сферу человека. Длительная бездеятельность расслабляет, снижает энергетические возможности человека, но работа повышает, естественно стимулирует жизненный тонус.

Трудовая терапия как вид медицинской помощи в целом появилась в психиатрии раньше всех. Велико значение трудовой активизации при лечении психических болезней, позволяющее сохранить социальные контакты в ходе совместной деятельности, снять напряженность и беспокойство. При заболеваниях и травмах опрото-двигательного аппарата трудовая терапия играет важную роль, так как предотвращает развитие неподвижности суставов.

Бытовая адаптация подразумевает предоставление инвалидам протезов, личных средств передвижения (вело- и мотоколяски, автомобили с приспособленным управлением и т.д.). В последнее время большое значение приобретает спортивная адаптация: за счет участия в спортивно-реабилитационных мероприятиях относительно здоровые люди преодолевают страх перед больными, формируется культура отношения к слабому, иногда корректируются гипертрофированные потребительские тенденции, инвалид включается в процесс самовоспитания, приобретает навыки самостоятельного образа жизни, становясь достаточно свободным и независимым.

При социальной адаптации инвалида необходимо учитывать психосоциальные факторы, способные приводить к эмоциональному стрессу, расширению нервно-психической патологии и появлению так называемых психосоматических заболеваний, зачастую к возникновению девиантного поведения. При адаптации инвалида к новым условиям жизнеобеспечения

| | | |
|----|--|--|
| | рук — руки к плечам, кисти в кулак; | |
| 3. | «Бабочка». Бег на носках мелкими шагами со взмахом рук по большой амплитуде, как машут крыльями бабочки | Пластичность, выразительность движений, дифференцировка амплитуды и симметричности движений, образное мышление |
| 4. | «Вертолет». То же, но движения асимметричные: правая вверх — в сторону, левая — вниз — в сторону (со сменой положения) | Пластичность, выразительность, координация асимметричных движений, образное мышление |
| 5. | «Балерина». И.п — основная стойка; 1—2 — встать на носки, руки вверх — наружу, потянуться за руками; 3—4 — дугами в стороны — вниз, расслабленно скрестить руки на груди, голову наклонить вниз | Равновесие, точность, выразительность, пластичность движений, дифференцировка амплитуды, расслабление |
| 6. | «Обними себя». И.п. — основная стойка; 1 — руки в стороны, вдох; 2—3 — крепко обнять себя за плечи, напрячь мышцы рук, выдох; 4 — руки вниз, расслабленно | Напряжение — расслабление, координация движений |
| 7. | «Удивились». И.п. — основная стойка; 1 — поднять плечи, вдох; 2 — опустить плечи, выдох; 3 — поднять плечи, развести руки, вдох; | Напряжение — расслабление, координация движений и дыхания, эмоция удивления |

| | | |
|---|--|---|
| | г) Подбрасывание правой и ловля правой д) Подбрасывание левой и ловля левой, е) Броски мяча в цель с близкого расстояния | |
| 7 | То же, но в вертикальную цель (мишень, обруч), расположенную на стене на уровне глаз | Дифференцировка тактильных ощущений, сопоставление усилия и пространства, способность зрения различать расстояние, скоростно-силовые качества |

Приложение 4

Физические упражнения для коррекции расслабления

| № | Упражнения | Коррекционная направленность |
|----|---|---|
| 1. | «Плети». И.п. — стойка произвольная, махи расслабленных рук вправо и влево, как «плети», при небольшой ротации позвоночника | Расслабление мышц плеча, предплечья, кисти |
| 2. | «Покажи силу». И.п. — основная стойка, ноги на ширине плеч: 1 — руки в стороны; 2,3—4 — максимально напрячь мышцы рук; 1—4 — расслабить мышцы рук — «стряхнуть воду» с пальцев | Напряжение (расслабление) мышц рук, быстрота переключения, образное мышление |

взаимно переплетаются биологические, социальные и психологические факторы.

Особенности личности в социуме и медицинский диагноз учитываются при разработке адаптационных мероприятий. Это, в частности, объясняет актуальность привлечения к работе с инвалидами социальных работников и психологов в самой системе здравоохранения, так как границы между профилактикой, лечением и адаптацией весьма условны и существуют лишь для удобства в плане разработки мероприятий.

Следовательно, адаптация отличается от обычного лечения тем, что направлена на выработку усилиями социальных работников, психологов и врачей, с одной стороны, и клиентов и их окружения (в первую очередь, семей), с другой, качеств, способствующих оптимальному приспособлению инвалида к социальной среде. В данной ситуации лечение больше воздействует на организм в настоящую минуту, а реабилитация больше направлена на будущее.

Согласно ФЗ от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в РФ», инвалид — «лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты». Ограничение жизнедеятельности получает выражение в полной или частичной утрате человеком способностей к осуществлению самообслуживания, передвижения, ориентации, общения, контроля за своим поведением, а также к трудовой деятельности.

В настоящий момент инвалиды составляют приблизительно 10% населения мира. Проблема адаптации инвалидов к жизнедеятельности общества определена правовыми, экономическими, производственными, коммуникативными, психологическими особенностями взаимодействия инвалидов с окружающей действительностью. Самые серьезные аспекты проблемы инвалидности связаны с возникновением

многочисленных социальных барьеров, не позволяющих инвалидам и лицам с хроническими заболеваниями активно включиться в жизнь общества.

Общество с целью защиты инвалидов принимает законы, выделяет средства на организацию их лечения, адаптации, образования и досуга, разрабатывает меры, способствующие открытому доступу в различные структуры и обеспечению информацией.

Глава 3. Виды адаптивной физической культуры

В адаптивной физической культуре различают следующие виды:

- Адаптивное физическое воспитание (образование)
- Адаптивный спорт
- Адаптивная двигательная рекреация
- Адаптивная физическая реабилитация
- Креативные (художественно-музыкальные) телесно-ориентированные практики
- Экстремальные виды двигательной активности

Особенности некоторых видов адаптивной физической культуры.

3.1 Адаптивный спорт

Содержание адаптивного спорта направлено на формирование у инвалидов высокого спортивного мастерства и достижения ими наивысших результатов в его различных видах на состязаниях с людьми, имеющих аналогичные проблемы со здоровьем.

Целью адаптивного спорта является максимально возможная самореализация инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья, повышение их реабилитационного потенциала и уровня качества жизни, освоении мобилизационных, технологических, интеллектуальных и других ценностей спортивной культуры,

| | | |
|---|---|--|
| 3 | а) Удары мяча об пол и ловля его двумя руками. б) То же, но ловля правой (левой) рукой | Дифференцировка усилий, зрительный анализ зависимости высоты отскока мяча от силы и направления удара, |
| 4 | а) Удары мяча о стену одной рукой и ловля двумя, б) То же с дополнительным движением перед ловлей мяча: хлопок спереди, сзади, под коленом, поворот кругом | Дифференцировка усилия и направления движения, регуляция мышечного направления, быстрота переключения, пространственная точность_ |
| 5 | а) Круговые движения кистями вправо и влево с теннисными мячами в обеих руках, б) Поочередное подбрасывание мячей и ловля правой, затем левой, в) Одновременное подбрасывание 2-х мячей и ловля двумя руками после удара мячей об пол | Подвижность в лучезапястном суставе, распределение внимания, тонкая дифференцировка временных, силовых и пространственных характеристик движения, одновременное решение двух двигательных задач (правой и левой) |
| 6 | а) Поочередные удары разными мячами об пол и ловля двумя (мячи для настольного тенниса, каучуковый, резиновый, теннисный), б) Удары разными мячами о стену, в) Подбрасывание и перекидывание мячей из одной руки в другую, | Дифференцировка тактильных ощущений, усилий и расстояния. Ручная ловкость, быстрота реагирования на переключение, скоростно-силовые качества |

Физические упражнения для коррекции и развития мелкой моторики рук

| № | Упражнения | Коррекционная направленность |
|---|--|---|
| 1 | <p>С малыми мячами (резиновый, теннисный и др.)</p> <p>а) Перекладывание, перебрасывание мяча из одной руки в другую,</p> <p>б) Подбрасывание мяча двумя руками перед собой, ловля двумя.</p> <p>в) Подбрасывание мяча перед собой правой (левой) и ловля двумя.</p> <p>г) Подбрасывание мяча правой, ловля левой и наоборот с постепенным увеличением высоты полета</p> | <p>Коррекционная направленность</p> <p>Координация движений кисти, концентрация внимания, следящие движения.</p> <p>Концентрация внимания, дифференцировка усилий во времени и пространстве</p> |
| 2 | <p>Высокое подбрасывание мяча вверх и перед ловлей, выполнение различных движений (хлопков спереди, сзади, под коленом), поворотов направо, налево, кругом</p> | <p>Тонкая дифференцировка усилий кисти, согласованность движений рук и дополнительных движений во времени и пространстве. Переключение внимания</p> |

социализация и последующая социальная интеграция данной категории населения.

В качестве основной установки деятельности в адаптивном спорте вы-ступает стремление к максимально возможному достижению, к рекорду. Отличительной чертой адаптивного спорта является обязательность соревнований, сопоставления достижений различных людей, публичность, строго регламентированная деятельность с соответствующими правилами.

Задачи адаптивного спорта:

овладение высоким уровнем спортивного мастерства в избранном виде двигательной деятельности и достижение максимального (рекордного) результата

- освоение мобилизационных, технологических,
- интеллектуальных, двигательных, интеграционных и других ценностей спортивной культуры
- освоение характерных для адаптивного спорта социальных ролей и функций (участие в работе общественной организации, федерации, клуба, ассоциации, выполнение функции судьи, помощника тренера, организатора соревнований и т.п.);
- повышение уровня качества жизни лиц с ограниченными возможностями,
- формирование спортивной культуры инвалида, приобщение его к общественно-историческому опыту в данной сфере

Отличительные особенности. Лица, занимающиеся адаптивным спортом, должны овладеть:

- огромным объемом знаний о рациональном построении спортивной техники и тренировочного процесса в целом,
- планировании нагрузок, тактики ведения спортивной борьбы, правилах соревнований,
- анализом динамики функциональной подготовленности, с учетом всех своих проблем: особенностей дефекта и его влияний на все перечисленные факторы, своего класса в

спортивно-функциональной классификации, особенностей соревнований по правилам гандикапа (с форой).

Основные направления развития адаптивного спорта:

1) рекреационно-оздоровительный спорт, который реализуется в школе как внеклассные занятия в секциях по избранному виду спорта в двух формах: тренировочные занятия, соревнования.

2) спорт высших достижений, реализуется в спортивных и физкультурно-оздоровительных клубах, общественных объединениях инвалидов, спортивных и физкультурно-оздоровительных школах.

Виды адаптивного спорта это:

- Паралимпийский (Международный паралимпийский комитет (IPC))
- Сурдлимпийский – (Международный спортивный комитет глухих (CISS))
- Специальный олимпийский - с поражением интеллекта (Международная организация Специальной олимпиады (SOI))

В паралимпийском спорте участвуют:

1) лица с врожденными или приобретенными ампутациями конечностей;

2) лица, отнесенные медицинской классификацией к категории «прочие» (лица с анкилозами, артритами или артрозами больших суставов, болезнью Бехтерева, синдромом Барре-Гуилайна с постоянным парезом (параличом) рук, врожденными повреждениями опорно-двигательного аппарата (артрогруппоз), хондродистрофией (недоразвитостью), дисмелией, фокомелией (если не отнесены к ампутантам), обширным идиопатическим сколиозом или позвоночным анкилозом и др.);

3) лица с церебральными параличами (с нарушениями мозговой двигательной системы, в частности, с последствиями детского церебрального паралича);

4) лица с повреждениями спинного мозга (с последствиями травм позвоночника и спинного мозга);

| | | |
|----|--|--|
| | ходьба на носках, движение рук изображает волны; при средней громкости — быстрая ходьба с сильными волнами; при громкой — переход на бег | |
| 20 | «Та-та-та». Ходьба с притопыванием в заданном ритме и соответствующем проговариванием звуков «Та-та-та» | |
| 21 | «Хромой заяц». Ходьба одной ногой по гимнастической скамейке, другой — по полу | |
| 22 | «По канату». А) Ходьба вдоль по канату, руки в стороны. Б) Ходьба по канату боком приставными шагами, руки в стороны | |
| 23 | . «Козлики». В парах — ходьба по гимнастической скамейке навстречу друг другу, руки за голову. При встрече разойтись, удержавшись на скамейке и сохранив правильную осанку | |

| | | |
|----|--|--|
| 15 | «Каракатица». Ходьба спиной вперед | |
| 16 | «Светло — темно». Ходьба с закрытыми и открытыми глазами. А) 5 шагов с открытыми глазами, 5 шагов с закрытыми глазами (считать вслух). Б) Открывать глаза по команде «светло», закрывать — по команде «темно». В) Ходьба с закрытыми глазами к источнику звука (колокольчик, свисток) | |
| 17 | «Мишка». А) Ходьба на носках, на пятках, на наружной стороне стопы, поджав пальцы; перекатом с пятки на носок. Б) Ходьба по массажной дорожке, босиком. В) Ходьба босиком по траве, песку, гравию | |
| 18 | «Хоп». Ходьба с остановками по сигналу. По сигналу «Хоп» — остановка, по сигналу «Хоп-хоп» — поворот кругом | |
| 19 | «Волны». Ходьба с регулированием темпа громкостью команд (или музыки). При команде шепотом или тихой музыке — медленная | |

5) лица с частичной и полной потерей зрения

Паралимпийские игры это международные спортивные соревнования для людей с ограниченными возможностями (кроме инвалидов по слуху). Традиционно проводятся после Олимпийских игр, а начиная с летних Паралимпийских игр 1980 года — на тех же спортивных объектах; в 2001 году эта практика закреплена соглашением между МОК и Международным паралимпийским комитетом (МПК). Летние Паралимпийские игры проводятся с 1960 года, а зимние Паралимпийские игры — с 1976 года.

3.2 Креативные виды адаптивной физической культуры

Главная цель креативных (художественно-музыкальных) телесно-ориентированных видов адаптивной физической культуры — это возможность творческого развития и самовыражения занимающихся через движение, музыку, образы. Реализация этой цели позволяет приобщать лиц с отклонениями в состоянии здоровья и инвалида к доступным видам деятельности. Способным обеспечить самоактуализацию, самопознание и самопонимание, удовлетворение от активности; снятие психологических напряжений, устранение “мышечных зажимов”, коррекцию негативных состояний и как результат — вовлечение в занятия другими видами адаптивной физической культуры и, в перспективе, — в профессионально-трудовую деятельность.

Основными задачами креативных (художественно-музыкальных) видов адаптивной физической культуры являются:

- 1) развитие креативных (творческих) и эстетических способностей у инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья;
- 2) обеспечение возможностей для развития сферы чувств, соучастия, сопереживания, самовыражения своего состояния, настроения, духовной сущности человека в сфере двигательной практики;

3) преодоление психологических комплексов, снятие “мышечных зажимов” с помощью физических упражнений, музыки, танцев, сюжетных игр и других видов;

4) активизация мыслительного процесса и познавательного интереса, овладение навыками общения и коллективного творчества, совершенствование коммуникативной деятельности;

5) приобщение к искусству и другим видам творческой деятельности, к видам адаптивного спорта, связанным с искусством (танцы в колясках, фигурное катание, балет и другие формы);

6) приобщение к другим видам адаптивной физической культуры и доступным областям профессионально-трудовой деятельности.

При проведении занятий по креативным телесно-ориентированным практикам рекомендуется выполнять ряд условий:

– создание естественной стимулирующей среды, в которой занимающийся чувствует себя комфортно и защищенно, проявляя творческую активность;

– подбор заданий, соответствующих возможностям занимающегося, исключение негативных оценок их действий, идей, результатов, поощрение фантазий и творчества;

– “оживление” абстрактных символов, усиление положительной мотивации к занятиям и личной заинтересованности участников занятий в происходящем;

– реальное проживание, проигрывание, прочувствование всевозможных воображаемых и реально существующих в жизни ситуаций;

– использование метода перенесения смысла с одного познаваемого объекта на другой за счет применения метафор, аналогий, аллегорий и других идеальных образований, составляющих универсальный механизм творческой деятельности и играющих немалую роль в художественном осмыслении действительности.

| | | |
|-----|--|--|
| 10 | «Ходим в шляпе». Ходьба с мешочком песка на голове | Коррекция осанки |
| 11 | «Кошка». Ходьба скользящим шагом, крадучись, неслышно, как кошка, в такт, делая движения руками, сгибая и разгибая пальцы, выпуская «когти» | Развитие мелкой моторики кисти, согласованность движений рук и ног, воображение |
| 12. | «Солдаты». Ходьба на месте, высоко поднимая колени со сменой темпа: медленно — быстро | Чувство ритма, быстрота переключения на новый темп, сохранение осанки, дифференцировка понятий быстро — медленно |
| 13 | «Без страха». А) Ходьба по гимнастической скамейке, бревну с остановками, поворотами, движениями рук (с помощью, со страховкой, самостоятельно). Б) Ходьба по наклонной доске (или скамейке), расправив плечи, руки в стороны | Преодоление чувства страха, равновесие, ориентировка в пространстве |
| 14 | «Ловкие руки». Ходьба с предметами в руках (мячи, шарики, флажки, ленточки с заданиями: А) На каждый шаг руки вперед, в стороны, вверх. Б) Круговые движения кистями. В) Круговые движения в плечевых суставах. Г) передача предмета из правой руки в левую впереди себя, из левой в правую — за спиной | Согласованность движений рук и ног, симметричность и амплитуда движений, развитие мелкой моторики кисти |

| | | |
|----|--|--|
| 4. | «Длинные ноги». По команде: «Длинные ноги идут по дороге» ходьба на носках, высоко поднимая прямые ноги; по команде: «Короткие ножки идут по дорожке» ходьба в полуприседе | Быстрота переключения, дифференцировка понятий длинный, короткий |
| 5. | «Хлоп». Ходьба с хлопками на каждый четвертый счет. Вслух произносится: «Раз, два, три, хлоп!». Первый раз хлопок над головой, второй — перед собой, третий — за спиной | Концентрация внимания, двигательная память, согласованность движений, усвоение ритма |
| 6. | «Лабиринт». А) Ходьба со сменой направления между стойками, кеглями, набивными мячами Б) То же вдвоем, держась за руки | Ориентировка в пространстве, согласованность действий |
| 7. | «Встали в круг». Ходьба по кругу, взявшись за руки, со сменой направления, собираясь в центр, расходясь в большой круг на вытянутые руки | Согласованность коллективных действий дифференцировка понятий большой — маленький, вправо — влево |
| 8. | «Гусеница». Ходьба в колонне, положив правую (левую, обе) руку на плечо впереди идущего | Координация и согласованность действий |
| 9. | «Коромысло». Ходьба с гимнастической палкой, хватом двумя руками за плечами (на носках, на пятках), сохраняя правильную осанку | Координация движений рук, коррекция осанки, знакомство с новым словом |

Происходящие в настоящее время процессы гуманизации общества, гуманитаризации образования привлекли внимание ученых и специалистов к проблемам изучения человека, его личности, причем независимо от состояния его здоровья. Эти процессы разворачиваются и в сфере физической культуры и спорта.

Отличительными чертами креативных (художественно-музыкальных), телесно-ориентированных видов адаптивной физической культуры являются:

1. Творчество, стремление к познанию нового, неизведанного являются главной отличительной чертой креативных телесно-ориентированных видов двигательной активности. Именно здесь творчество становится ведущей целью, самой сущностью занятий, неизменным атрибутом деятельности, без которого она превращается во что-то другое.

2. Обязательное объединение духовного и телесного начал человека в процессе занятий. Максимально возможное привлечение в сферу адаптивной физической культуры средств и методов психологии и психотерапии и, с другой стороны, обогащение классических методов психологии и психотерапии технологиями адаптивной физической культуры – вот главный признак этой отличительной особенности данного вида адаптивной физической культуры. Этот признак находит свое отображение и в названии, где для специалистов физической культуры акцент делается на креативность, образность, духовность, а для психологов - на телесность, физические компоненты личности.

3. Интеграция двигательной деятельности со средствами и методами искусства. Это подчеркивается в полном названии данного вида адаптивной физической культуры, которое включает в себя определение - художественно-музыкальное. На практике используется музыка, хореография, пантомима, литература, поэзия, рисунок, лепка, работа с песком и многое другое.

4. Принципиально важной отличительной особенностью креативных (художественно-музыкальных) телесно-

ориентированных видов двигательной активности является вытеснение из сознания занимающихся предыдущей картины мира, полное поглощение его новыми впечатлениями, образами, активностью. Здесь происходит не просто смена вида деятельности, например, умственной на физическую, а полное переключение сознания, погружение его в новую, необычную для повседневности деятельность, стимулирующую работу отдохавших участков мозга, его обоих полушарий, всех сфер человеческого восприятия.

5. Креативные (художественно-музыкальные) телесно-ориентированные виды адаптивной физической культуры дают возможность занимающимся перерабатывать свои негативные состояния (агрессию, страх, депрессию, тревожность, отчужденность), проиграть свои внешние и внутренние ощущения, лучше познать и понять себя; совместно переживать ситуации с другими людьми (детьми и взрослыми); экспериментировать со своим телом и движениями; развивать эстетические чувства и получать сенсорное удовлетворение и радость от ощущений собственного тела.

6. В настоящее время креативные телесно-ориентированные практики получили наибольшее развитие в психиатрии, психотерапии, в нетрадиционных системах оздоровления.

Самыми главными функциями креативных телесно-ориентированных видов адаптивной физической культуры являются творческая (что прямо указывается в названии видов), развивающая, воспитательная (самовоспитания) и личностно-ориентационная.

В креативных видах двигательной активности акцент в процессе занятий делается не на развитие моторики занимающихся, а на формирование и развитие их личностных качеств – интеллекта, воображения, эмпатии и других. Значительные резервы креативных телесно-ориентированных практик имеются для формирования навыков самонаблюдения, самооценки, самоконтроля, самоорганизации.

| | | |
|-----|---|---|
| 10. | И.п. — сидя. Медленно переводить взгляд с пола на потолок и обратно, голова неподвижна. Повторить 8—12 раз | Улучшение работоспособности цилиарной мышцы |
| 11. | И.п. — сидя. Медленные круговые движения глазами в одном, а затем в обратном направлении. Повторить 4—6 раз | Улучшение работоспособности цилиарной мышцы |

Приложение 2

Физические упражнения для коррекции ходьбы

| № | Упражнения | Коррекционная направленность |
|----|--|--|
| 1. | «Рельсы». Ходьба с перешагиванием линий, расположенных на разном расстоянии друг от друга | Дифференцировка расстояния, глазомер |
| 2. | «Не сбей». Ходьба по прямой с перешагиванием через кегли, набивные мячи, гимнастическую скамейку и т. п. | Дифференцировка усилий, отмеривание расстояния |
| 3. | «Узкий мостик». А) Ходьба по полоске (узкой линии), приставляя носок к пятке впереди стоящей ноги. Б) Ходьба боком, приставными шагами, ставя носок стопы на край линии | Развитие равновесия, точности движения |

| | | |
|----|--|--|
| 6. | И.п. — стоя. Отвести руку в правую сторону, медленно передвигать палец полусогнутой руки справа налево и при неподвижной голове следить за пальцем; медленно передвигать палец полусогнутой руки слева направо и при неподвижной голове следить за пальцем. Повторить 10—12 раз | Укрепление мышц глаза, совершенствование их координации |
| 7. | И п. — сидя. Тремя пальцами каждой руки легко нажать на верхнее яблоко обоих глаз, спустя 1—2 с снять пальцы с век. Повторить 3—4 раза | Расслабление мышц глаза, улучшение кровообращения и циркуляции внутриглазной жидкости |
| 8. | И.п. — сидя. Второй, третий и четвертый пальцы рук положить так, чтобы второй палец находился у наружного угла глаза, третий — на середине верхнего края орбиты и четвертый — у внутреннего угла глаза, медленно закрыть глаза. Пальцы оказывают этому небольшое сопротивление. Повторить 8—12 раз | Укрепление глазных мышц, улучшение кровообращения, снижение утомления, улучшение циркуляции внутриглазной жидкости |
| 9. | И.п. — сидя. Указательными пальцами фиксировать кожу надбровных дуг, медленно закрыть глаза, пальцы удерживают кожу надбровных дуг. Повторить 8—10 раз | Улучшение кровообращения, работоспособности глазных мышц |

В креативных (художественно-музыкальных) телесно-ориентированных практиках доминирующее положение занимают социальные принципы: гуманистической направленности, приоритетной роли микросоциума, интеграции и социализации.

Значительна роль и специально-методических принципов, таких, как дифференциация и индивидуализация, учет возрастных особенностей, оптимальность и вариативность, профилактическая направленность.

В нашей стране наибольшее распространение получили психогимнастика и танцевальная терапия, как *основные средства и методики креативных телесно-ориентированных видов адаптивной физической культуры*. Психогимнастика рассматривается как курс специальных занятий, направленных на развитие и коррекцию различных сторон психики ребенка (как его познавательной, так и эмоционально-личностной сферы). Она направлена на обучение элементам техники выразительных движений, и на приобретение навыков в саморасслаблении.

Такие занятия показаны вспыльчивым, замкнутым детям с чрезмерной утомляемостью, истощаемостью, непоседливостью, с неврозами, нарушениями характера; легкими задержками психического развития и другими нервно-психическими расстройствами, находящимися на границе здоровья и болезни.

Занятия по психогимнастике строятся по определенной схеме и состоят из четырех фаз:

I фаза. Мимические и пантомимические этюды

II фаза. Этюды и игры на выражение отдельных качеств характера и эмоций

III фаза. Этюды и игры, имеющие психотерапевтическую направленность на определенного ребенка или группу в целом

IV фаза. Психомышечная тренировка

Между второй и третьей фазами делается перерыв на несколько минут, во время которого дети предоставляются сами себе – “минутка шалости”. Ведущий не вмешивается в общение детей. Желательно договориться с детьми о сигнале сбора, который

Упражнения для профилактики зрения

должен быть постоянным. Между третьей и четвертой фазами можно вставить игру на внимание, память, сопротивление двигательному автоматизму или подвижную игру.

Дошкольников в группе не должно быть более шести, а младших школьников – более восьми. Кроме этого на занятиях широко используются элементы изотерапии. Дети могут раскрашивать лицо изображаемого человека или фон вокруг него в тот цвет, с которым у них ассоциируется то или иное эмоциональное состояние.

Основным правилом в танцевальной терапии является единство тела и сознания человека. Эмоции отражаются в теле и задают ему определенную структуру. Отрицательные эмоции образуют защитные телесные механизмы в форме мышечной закрепленности и ограничений движений. В тоже время танец является средством общения с другими людьми. Групповая форма занятия дает широкие возможности для совершенствования социальных умений тех пациентов, которые нуждаются в тренинге элементарных социальных навыков.

Танец - это общение без слов, поэтому направление танцевальной терапии приобрело особую значимость при работе с больными, испытывающими трудности со словесным взаимодействием. Здесь необходимо отметить особую роль танцевальной терапии при работе с психотическими пациентами как способа осуществления контакта с аутичными, недоступными для вербального (словесного) общения больными. Большинство танцевальных терапевтов придерживается мнения, что танец может быть способом разрешения проблем на символическом уровне, в двигательной форме. Это особо важно в случаях с психотическими больными.

Одной из важнейших задач танцевальной терапии является приведение человека в контакт со своими чувствами путем установления связей чувств с движениями. Выразительные движения позволяют освободить подавленные чувства, исследовать скрытые конфликты, которые могли быть источником напряжения,

| № | Упражнения | Коррекционная направленность |
|----|---|--|
| 1 | И.п. — сидя. Крепко зажмурить глаза на 3—5 с, а затем открыть на 3—5 с. Повторить 6—8 раз | Укрепление мышц век, расслабление мышц глаза, улучшение кровообращения в них |
| 2 | И.п. — сидя. Смотреть прямо перед собой 2—3 с, держать палец правой руки по средней линии лица на расстоянии 25—30 см от глаз, перевести взгляд на кончик пальца и смотреть на него 3—5 с, опустить руку. Повторить 10—12 раз | Снижение утомления, облегчение работы на близком расстоянии |
| 3. | И.п. — сидя. Быстро моргать в течение 1 мин с перерывами | Улучшение кровообращения |
| 4. | И.п — сидя. Вытянуть вперед руку, смотреть на кончик пальца, расположенный на средней линии лица, медленно приближать палец, не сводя с него глаз до тех пор пока палец не начнет двоиться. Повторить 6—8 раз | Облегчение зрительной работы на близком расстоянии |
| 5. | И. п. — сидя. Закрывать веки, массировать их с помощью круговых движений пальца в течение 1 мин | Расслабление мышц глаз, улучшение кровообращения в них |

эффект эха, то есть воспроизводит речь с задержкой и с функцией звукоусиления. С помощью аппарата АКР-01 Монолог достигается эффект улучшения коммуникативных навыков, улучшается адаптация человека с ограниченными возможностями. Устройство может использоваться и для улучшения ораторского искусства. Вы сможете прослушивать собственную речь и вырабатывать наилучшее произношение.



Рис.8 АКР-01 Монолог

и реализовать это напряжение в креативном русле, отреагировав на отрицательные эмоции социально приемлемым способом. В добавление к выразительным возможностям различного рода двигательные упражнения снимают психическое напряжение, поэтому в работе танцевальных терапевтов используется и изучение структурированных двигательных форм.

Используются социальные формы танца, народный танец, они даются в модифицированном упрощенном варианте и в медленном темпе. Особенности музыкального сопровождения: музыка и ритм используются для мотивации, активации, создания эмоциональной атмосферы. Подбирается музыка мажорного лада, так как в процессе занятий отмечено негативное реагирование на минорную музыку (ухудшение настроения, уходы).

Рекомендуемое время занятий - 1 час. При увеличении продолжительности занятия уровень активности у больных падает, нередко возникает истощение.

Аналогом телесно-ориентированной терапии можно считать применение лечебной физической культуры (ЛФК) в психотерапевтических мероприятиях. ЛФК улучшает моторную функцию, способствует повышению биологического тонуса, оживляет эмоциональность, повышает эмпатию и, являясь одним из видов групповой терапии, способствует восстановлению утраченных навыков общения и труда, то есть способствует ресоциализации. Групповые занятия ЛФК способствуют преодолению аутизма через создание положительных адекватных эмоциональных отношений, что особенно актуально, например, при шизофрении.

В настоящее время имеется достаточно большое количество литературы по креативным (художественно-музыкальным) телесно-ориентированным видам адаптивной физической культуры, где подробно рассматриваются средства и отличительные черты методики тех или иных ее видов.

3.3 Экстремальные виды адаптивной физической культуры

Главной целью экстремальных видов адаптивной физической культуры является борьба с монотонней, однообразием в жизни, преодоление психологических комплексов неполноценности (неуверенности в своих силах, недостаточного самоуважения); формирование потребности в значительных напряжениях как необходимом условии саморазвития и самосовершенствования.

Достижение данной цели позволяет реализовывать профилактику состояний фрустрации, апатии, депрессии, страхов жизни (общения, ответственности, позора, несоответствия нормам, быть виновным и т.п.), смерти (старения, увядания, одиночества и т.п.); создавать у инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья ощущения полноценной, полнокровной жизни.

К основным задачам экстремальных видов двигательной деятельности относятся:

- 1) формирование чувства собственного достоинства, самоуважения путем преодоления критических ситуаций, связанных с риском и опасностью;
- 2) адаптация к повышенному напряжению, экстремальным ситуациям, выработка умений и навыков преодоления опасности и риска, формирование активной жизненной позиции;
- 3) демонстрация потенциальных возможностей человека с отклонениями в состоянии здоровья и инвалида в управлении двигательными действиями в экстремальных условиях, требующих повышенного напряжения;
- 4) преодоление психологических комплексов неполноценности, профилактика состояний фрустрации, апатии, депрессии, страхов жизни и смерти, наркотической и алкогольной зависимости и др.;
- 5) формирование у инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья ощущений полноценного, полнокровного существования, повышение уровня качества их жизни.

- Тяги к груди и за голову при искривлении грудного отдела позвоночника;
- Потягивание с горизонтального блока;
- Трапеции со штангой и гантелями;
- Гиперэкстензию.

Существуют определенные правила, которые следует соблюдать при выполнении силовых нагрузок:

1. Вис на турнике оказывает положительное воздействие на патологическое искривление позвоночника только без совершения резких и рывковых движений.
2. Поднятие тяжестей должно осуществляться медленно;
3. Езда на велотренажерах при сколиозе разрешена только с опорой руками на налокотники. Это выключит из работы мускулатуру спины и увеличит нагрузку на нижние конечности.
4. Занятия на наклонной скамье должны выполняться без ощущения боли. Если возникают болевые ощущения, следует уменьшить угол ее наклона;
5. Силовые нагрузки должны наращиваться постепенно в соответствии с увеличением мышечной силы и выносливости.

Узконаправленные тренажеры для укрепления спины являются наиболее оптимальным вариантом для лечения боковой деформации позвоночного столба, так как они формируют точечную нагрузку на область искривления.

АКР -01 «МОНОЛОГ» Аппарат АКР-01 Монолог объединяет в себе 4 устройства и является отличным средством для коррекции речи и реабилитации людей с проблемами произношения. Уникальный аппарат Монолог включает в себя корректофон с функцией "белый шум" с заглушением собственной речи, метроном, который помогает формировать темпо-ритмических навыков. Кроме того, Монолог является аппаратом, создающим

и общаться, а также сидеть за столом наравне со всеми, что особенно важно для развития и социальной адаптации.

Модульная система Mitico не стесняет движения ребенка и позволяет ему активно включаться в различные виды деятельности. Вы можете отрегулировать угол наклона и высоту спинки, а также глубину сиденья. Съёмная наружная обшивка кресла изготовлена из мягкого легкомоющегося материала с внутренним вязкоупругим слоем. В комплект входит сиденье, рама High-Low, подголовник, ремень 5-ти точечный, ручка-ограничитель, боковые поддержки, опора для ног, подножка, абдуктор. Дополнительно можно приобрести широкий набор аксессуаров для всех типов ДЦП.).

Эффективные тренажеры для лечения сколиоза:

Силовые, Кардиотренажеры (беговые дорожки, велотренажеры). Для лечения искривлений спины используют следующие виды силовых тренажеров:

1. «Твист» относится к моделям для формирования гиперэкстензии. Состоит из специальной скамьи и нескольких опор. На нем можно выполнять поступательные движения туловищем, что позволяет вытянуть позвоночник вертикально. Изделие применяется в основном для ликвидации деформаций в средней части спины.

2. «Т-тяга» представляет собой рычаг, который с одной стороны закреплен на шарнире, а со второй расположены «блины». Позволяет выполнять упражнения в положении стоя и сидя.

Модели с регулируемой нагрузкой имеют подставку для ног и рычаг, соединенный с грузами отдельной стойкой. При тренировке на нем создается сопротивление мышечным группам конечностей и туловища. На силовых моделях можно выполнять:

В «Энциклопедии экстремального спорта» (2002) автор-составитель ДА. Родионов выделяет десять причин популярности экстремальных видов спорта, это:

- стремление к проявлению своей индивидуальности;
- желание творческой деятельности;
- возможность возвращения “назад, к природе”;
- поиск путей совершенствования своего тела и укрепления духа (воли, решительности, смелости и т.п.);
- стремление к счастью и так далее.

В качестве важнейших условий применения экстремальных видов адаптивной физической культуры должны выступать:

- наличие технических предпосылок обеспечения абсолютной безопасности выполнения двигательных заданий;
- наличие у специалистов адаптивной физической культуры сформированных и отработанных умений и навыков оказания занимающимся физической помощи и страховки;
- совершенное владение специалистами по адаптивной физической культуре техникой выполнения и демонстрации экстремальных упражнений, наличие у них иллюстративных материалов (видеозапись, фотографии и т.п.) с демонстрацией выполнения экстремальных двигательных действий инвалидами;
- наличие средств оказания первой медицинской помощи в местах проведения занятий по экстремальным видам адаптивной физической культуры. Отличительные черты экстремальных видов адаптивной физической культуры:

1. Наличие риска, повышенное психическое напряжение, новые, опасные условия выполнения двигательных заданий – вот главные отличительные черты экстремальных видов адаптивной физической культуры.

2. Для адаптивной физической культуры принципиально важно, чтобы риск и опасность для занимающегося были субъективными, то есть не несли бы реальной угрозы для здоровья, и тем более жизни людей, включенных в экстремальную двигательную деятельность. Отсюда следует, что для лиц с отклонениями в

состоянии здоровья, и особенно инвалидов, экстремальными упражнениями могут быть самые обычные для здоровых людей двигательные действия (прыжок в глубину, прыжок в глубину спиной вперед, лазанье по канату, гимнастической стенке; такие виды спорта, как велоспорт, туризм, прыжки на батуте, и т.п.) и что здесь совершенно не следует стремиться к использованию реально опасных и рискованных для здоровья и даже жизни людей двигательных заданий. Главное состоит в том, что занимающиеся воспринимали их как опасные и рискованные упражнения, выполнение которых сопряжено с преодолением чувства страха.

3. Для того чтобы риск и опасность при использовании экстремальной двигательной активности были бы действительно только субъективными, специалисты по адаптивной физической культуре обязаны предусмотреть все необходимые меры обеспечения безопасности, в том числе и для случаев неадекватных действий занимающихся. Кроме того, они должны хорошо владеть умениями и навыками оказания физической помощи и страховки.

4. Важнейшей отличительной особенностью экстремальных видов адаптивной физической культуры является возможность в полной мере использовать так называемый эндорфиновый эффект. Эндорфины - это морфиноподобные вещества, вырабатываемые гипофизом в различных ситуациях, оказывают болеутоляющее и успокаивающее действие, вызывают у занимающихся ощущение счастья и даже эйфории, помогают преодолеть чувства депрессии, тревожности, беспокойства.

5. Следующая отличительная особенность экстремальных видов двигательной активности базируется на социально-психологических эффектах, возникающих у человека, преодолевшего страх. В этот момент у него формируются ощущения собственной элитарности, повышается самооценка. Таким образом, занятия экстремальными видами двигательной активности способствуют самоутверждению личности, повышают самоуважение, позволяют занять соответствующее место в микросоциуме, укрепить свой авторитет в глазах сверстников.

Кресло-коляска UmbrellaJunior (Доступная и многофункциональная коляска для детей с ДЦП с полным набором опор, регулировок и аксессуаров в комплекте. Для правильного и комфортного расположения ребенка предусмотрены мягкие боковые опоры, абдуктор, плечевые ремни, откидная спинка, подголовник и съемный капюшон. Сиденье можно переставлять по ходу и против движения).



Рис.7. Кресло-коляска UmbrellaJunior

Облегченная рама складывается, ширина и глубина сиденья, высота спинки регулируется, длина подножек и ручки для толкания настраивается. Задние и передние колеса быстро снимаются, спинка откидывается до горизонтального положения, абдуктор переставляется. В комплекте с коляской поставляется капюшон, дождевик и корзина. Вес - 18,5 кг. Грузоподъемность - 30 кг. Ширина сиденья - 25-30 см.)Позиционная система для дома Mitico (Абсолютно инновационное решение от известной итальянской компании Fumagalli – эксперта в области реабилитации детей с ДЦП! Комплексная система Mitico состоит из терапевтического съемного кресла и рамы с функцией "вверх-вниз", которая опускается практически до пола. Это свойство рамы позволяет ребенку быть на одном уровне со сверстниками, полноценно играть

Благодаря четырехточечному ремню и специальной жесткой тазовой поддержке кресло оптимально стабилизирует таз при заднем наклоне таза, тазовой ротации, наклоне таза вбок, различной длине ног, нарушениях осанки. Обеспечивает симметричное, стабильное и комфортное положение и моделирует правильную позу при деформациях позвоночника и контрактурах в суставах нижних конечностей. Угол наклона сиденья и спинки регулируется, позволяя чередовать активную и расслабленную позу. Кресло «растёт» вместе с ребенком и дает ему возможность участвовать в окружающей жизни, общаться и развиваться.)

Стул для детей с тяжелыми формами ДЦП «Жираф» (Функциональный стул со съемной столешницей для освоения положения сидя детьми с тяжелыми формами ДЦП. Стул оснащен широким набором опор для фиксации ребенка в симметричной, правильной позе: подголовником, боковыми опорами, четырехточечным ремнем, тазовым ремнем, абдуктором и сандалиями с крепежными ремешками.)



Рис.6 Стул-жираф

Все элементы стула имеют широкий диапазон регулировок. Столешница снимается без дополнительных инструментов и регулируется по высоте.)

6. Так же, как и в креативных телесно-ориентированных практиках, в экстремальных видах адаптивной физической культуры возникает возможность вытеснения из сознания занимающихся предшествующего мировосприятия и мироощущения, полного переключения на другой вид деятельности. Однако в экстремальных видах двигательной активности это достигается использованием ситуаций, связанных с риском, с преодолением чувства страха.

7. В настоящее время экстремальные виды двигательной активности получили развитие в антинаркотической профилактической работе с детьми, подростками и молодежью.

В экстремальных видах адаптивной физической культуры ведущими функциями являются: престижная, социализирующая и интегративная. Преодоление себя, самоутверждение, завоевание своего социального пространства, принятие тех или иных ролей в иерархии взаимоотношений сверстников в микросоциуме - вот далеко не полный перечень действий занимающихся, позволяющих подтвердить приоритетность перечисленных функций.

Преодоление страха и боязни выполнения рискованного двигательного задания приводит к выделению гипофизом занимающегося эндорфинов- гормонов счастья и даже эйфории, а это, в свою очередь, выдвигает в качестве ведущей функции экстремальных видов адаптивной физической культуры гедонистическую. Профилактика состояний фрустрации, апатии, депрессии, различных страхов, преодоление психологических комплексов с помощью экстремальных видов двигательной активности подчеркивают значимость профилактической и коррекционно-компенсаторной функций в данном виде адаптивной физической культуры.

Ведущими принципами экстремальных видов двигательной деятельности являются социальные, а именно – интеграции, приоритетной роли микросоциума и социализации. Среди специально-методических принципов, прежде всего, необходимо выделить принципы компенсаторной направленности,

дифференциации и индивидуализации, учета возрастных особенностей. В настоящее время растет количество разнообразных видов экстремальной двигательной деятельности, которая осуществляется на земле и под землей, на воде и под водой, в небе. Все эти виды двигательной активности, как правило, сопряжены с использованием новых оригинальных технических средств, спортивного оборудования и приспособлений.

Для адаптивной физической культуры экстремальными видами двигательной активности могут быть хорошо известные упражнения, выполняемые в необычных условиях.

Такие как: – ходьба и бег с закрытыми глазами, особенно если они выполняются на ограниченной опоре (на гимнастической скамейке);

– ходьба, бег и прыжки на возвышенной опоре ограниченной площади (гимнастическое бревно);

– прыжки в глубину (с возвышения - стула, тумбочки, гимнастического коня и т.п.);

– лазанье по канату, гимнастической стенке с открытыми и закрытыми глазами;

– спуск с возвышения (вершины пандуса) в инвалидной коляске спиной вперед, с закрытыми глазами и т.п.

При разнообразии упражнений самое главное необходимо обеспечить надежную страховку. Очень важной группой средств являются упражнения с ускорениями тела человека в вертикальном, горизонтальном направлениях, упражнения с вращениями тела в различных плоскостях, совершаемых как в условиях опоры, так и в без опорном положении.

Такие упражнения очень полезны и для вестибулярной тренировки, что имеет большое значение для незлышащих спортсменов и лиц, использующих инвалидные коляски. Для инвалидов некоторых нозологических групп (по слуху, зрению, с поражением интеллекта, некоторых функций опорно-двигательного аппарата), вполне приемлемы многие виды спорта, объединяемые Центральным Советом Российской оборонной спортивно-

Благодаря использованию подобных тренажеров:

- улучшается обмен веществ,
- стимулируется работа вестибулярного аппарата,
- уменьшается количество неправильных движений головы, шеи и конечностей,
- улучшается контроль за положением туловища,
- предупреждается развитие сколиоза и других осложнений,
- ребенок учится воспринимать нагрузку на определенные части тела (таз, руки).

Примеры тренажеров для развития и укрепления навыка сидения: опора для сидения «Слоник» (Опора для раннего развития детей с ДЦП, позволяющая максимально плавно, без дискомфорта для ребенка переводить его из горизонтального положения в полулежащее. Опора состоит из деревянного каркаса, мягкого сиденья с регулируемой спинкой, абдуктора и фиксирующего нагрудного ремня. Опору можно использовать как кровать, а также размещать на ней ребенка в положении полулежача с прямыми или согнутыми ножками.)

Ортопедическое кресло «Майгоу» (Самое функциональное ортопедическое кресло для детей со средними и тяжелыми двигательными нарушениями в возрасте 3-14 лет.



Рис.5 Кресло-Майгоу

4. Ходунки-ползунки для детей с тяжелыми формами ДЦП СН-36.08 (Ходунки-ползунки для передвижения и обучения элементарным навыкам движения детей с тяжелыми формами ДЦП. Ребенок располагается на мягком ложементе, высота и угол наклона которого регулируется. С помощью ходунков ребенок тренирует вестибулярный аппарат и осваивает окружающее пространство. Стальная рама ходунков установлена на 4 колеса, два из которых оснащены стояночными тормозами. Данную модель ходунков могут также использовать для передвижения взрослые с явлениями нижнего парапареза после спинальных травм.)



Рис.4

Реабилитационные тренажеры для развития и укрепления навыка сидения. К данной категории относятся всевозможные ортопедические кресла, опоры для сидения и кресла-коляски, оснащенные специальными опорами и фиксаторами. К основным опорам и фиксаторам относятся подголовники различной конфигурации, боковые поддержки туловища, пятиточечный ремень для фиксации туловища спереди, абдуктор для разведения ног, сандалии для фиксации стопы. Благодаря фиксаторам, ребенок сидит в физиологически правильной, симметричной позе, привыкая к новому положению тела. По мере того, как ребенок привыкает к новому положению, можно уменьшать количество фиксаторов и опор для того, чтобы малыш учился держать равновесие и стремился сидеть самостоятельно (в том случае, если это возможно).

технической организации (ЦС РОСТО): автомобильный спорт, водно-моторный спорт, гребля на ялах, гребно-парусное многоборье, парашютный спорт и другие.

В ряде случаев инвалидам может быть рекомендован *фридайвинг* - новый экстремальный вид спорта - ныряние без акваланга на задержке дыхания. Для лиц с отклонениями в состоянии здоровья целесообразно использовать модификацию фридайвинга, когда ныряние осуществляется не в глубину, а на время пребывания в воде на заданной глубине (например, глубина бассейна) или на дальность.

Скейтинг – катание на роликовых коньках с использованием защитной экипировки: наколенников, налокотников, защитных пластин для запястий и шлема для защиты головы. Скейт бординг - катание на доске с роликами. Современный скейтборд – это доска из семи слоев шпона с наклеенной сверху водостойкой самоклеющейся лентой и нанесенной на нее абразивной крошкой; две алюминиевые подвески, четыре колеса из полиуретана, восемь подшипников и определенное количество шайб, болтов и гаек. Ширина доски - от 17 до 21 см, длина - от 78 до 84 см. Экипировка занимающегося предусматривает наколенники, налокотники, защитные перчатки и шлем.

Сноубординг - катание на доске по снегу.

Маунтинбайк (горный велосипед) - горный велоспорт. Лазанье по вертикальной стене с выступами со страховочной лонжей. Этот вид активности является подготовкой человека к скалолазанию.

Рафтинг - сплав (как правило, групповой) по бурной воде. Рафт - широко распространенный вид судна, который используется для сплава по самым сложным рекам. В качестве обязательного атрибута защитного снаряжения выступает жилет. Российским родственником рафтинга является водный туризм.

Вейнбординг – катание на доске по воде с буксировкой спортсмена катером.

Аквабайк (гидроцикл) – это плавательный аппарат, позволяющий передвигаться по воде с большой скоростью, его можно иначе

назвать водный мотоцикл. Огромное количество экстремальных ситуаций встречается в различных аттракционах, используемых для развлечения населения.

Основной отличительной чертой методики экстремальных видов адаптивной физической культуры является обеспечение безопасности занимающихся в процессе такой двигательной активности. Факторы, приводящие к несчастным случаям и чрезвычайным происшествиям в спорте, обычно разделяют на две крупные группы:

1) природные факторы: температурный, погодный, рельефный;

2) техногенные факторы:

- оборудование мест тренировок и соревнований;
- техническое состояние спортивного оборудования и снаряжения;
- техническое состояние транспортных средств;
- наличие и техническое состояние защитного оборудования, инвентаря, снаряжения и спасательных средств.

Серьезной причиной несчастного случая может стать погодный фактор: температура, ветер, гроза, снегопад, туман. К природным факторам относится рельеф местности, особенно горы. Нередко причиной несчастного случая становятся спортивное оборудование, инвентарь, снаряжение, отсутствие или неисправность защитного оборудования, инвентаря, спасательных средств, т.е. техногенные факторы.

При любых несчастных случаях и чрезвычайных происшествиях необходима правовая оценка случившегося, определение виновных лиц, т.е. оценка человеческого фактора. Это очень важная информация для тренера-преподавателя по адаптивной физической культуре, особенно если он проводит занятия по экстремальным видам двигательной активности.



Рис. 1 Черепашка -1



Рис.2 Черепашка- 2

2. «Черепашка 2» (Опора для ползания на деревянной раме с самоориентирующимися колесами. Позволяет отрабатывать навык ползания у детей младшего дошкольного и старшего школьного возраста с ДЦП и другими патологиями. Ребенок располагается на текстильном ложе из водоотталкивающей ткани и фиксируется с помощью двух ремней. Угол наклона крепления и высота крепления регулируются.)₂опора для ползания

3. «Лисичка». (Поролоновая наклонная опора для ползания с абдукционной подушкой и крепежными ремнями. Предназначена для детей в возрасте от 1 до 7 лет с нарушениями двигательных функции (в частности, с ДЦП). Стимулирует ребенка самостоятельно держать голову и пробовать передвигаться в пространстве. За счет удержания головы укрепляются мышцы шеи и плечевого пояса. Наружная обшивка легко моется.)



Рис.3

Глава 8. Тренажеры для детей с отклонениями в состоянии здоровья

Реабилитация ребенка с ДЦП. Реабилитационные тренажеры для развития и укрепления навыка ползания. К данной категории относятся различные приспособления, поддерживающие туловище в положении лежа на животе. Ребенок либо лежит на мобильной платформе, либо находится на мягком подвесе на ремнях. Руки и голова (иногда и ноги) ребенка остаются свободными. На начальном этапе тренажер с малышом перемещают родители, имитируя ползание. Постепенно участие родителей сводится к нулю, снижается степень поддержки туловища с тем, чтобы малыш старался ползать сам. Благодаря тренировкам в подобных тренажерах: ребенок активно задействует руки, вестибулярный аппарат, развивается координация мышц шеи, предплечья и плеч, улучшается контроль за положением головы и туловища, улучшается общая моторика и мышечный тонус, происходит вытяжение таза, ребенок получает возможность исследовать окружающее пространство, что положительно сказывается на его умственном и эмоциональном развитии. Примеры тренажеров для развития и укрепления навыка пользования: опора для ползания.

1. Черепашка 1 (Опора для ползания на металлической раме с самоориентирующимися колесами, текстильным ложе и фиксирующим ремнем. Предназначена для детей младшего и старшего дошкольного возраста с ДЦП и другими патологиями. Позволяет отрабатывать навык ползания и самостоятельного удержания головы. Стимулирует ребенка самостоятельно передвигаться и изучать окружающее пространство. Ложе изготовлено из водоотталкивающей ткани. Его высота и угол наклона регулируются.)

3.4 Организация адаптивной двигательной рекреации и физической реабилитации

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

Организация адаптивной двигательной рекреации у лиц с отклонениями в состоянии здоровья (включая инвалидов) в различные возрастные периоды жизни (дошкольном, школьном, молодёжном, зрелом, пожилом). Организованные (в специальных образовательных учреждениях, в общественных организациях и т.п.) и самостоятельные занятия адаптивной двигательной рекреации.

Интеграция лиц с отклонениями в состоянии здоровья и здоровых людей в процессе рекреационных занятий. Организация летних и зимних оздоровительных лагерей для инвалидов и здоровых сверстников, их интеграция в этот период. Роль общественных организаций родителей детей-инвалидов. Пример ГАООРДИ. г. Санкт-Петербурга в организации летнего и зимнего отдыха детей-инвалидов.

Адаптивная двигательная рекреация, направленная на удовлетворение потребности человека с отягощениями в состоянии здоровья (включая инвалида) в отдыхе, развлечении, интересном проведении досуга, смене вида деятельности, получении удовольствия, в общении в процессе занятий физическими упражнениями, реализуется самыми различными учреждениями и организациями.

Все они могут быть условно разделены на две крупные группы:

1) учреждения и организации, в которых адаптивная двигательная рекреация является центральным (основным) направлением работы;

2) учреждения и организации, в которых адаптивная двигательная рекреация выступает в качестве дополнительного направления деятельности, где основными является адаптивное физическое воспитание, адаптивный спорт, физическая реабилитация и др.

К первой группе учреждений и организаций относятся физкультурно-спортивные клубы инвалидов, концентрирующих свою деятельность на проведении занятий физическими упражнениями с целью отдыха, развлечения, интересного проведения досуга и т.п. Это общественные организации, не имеющие бюджетного финансирования, а получающие периодические денежные дотации. К этой же группе относятся аквапарки, боулинг-клубы (центры), бильярдные залы, аттракционы, рекреационные парки и др. Как правило, это коммерческие организации. В некоторых из них предусмотрены группы для людей с отклонениями в состоянии здоровья, включая инвалидов. С такими группами должны работать специалисты по адаптивной физической культуре (инструкторы, преподаватели, тренеры, инструкторы-методисты и др.). Оплата услуг в таких группах должна проводиться на льготных условиях.

К первой группе относятся и немногочисленные центры, клубы, занимающиеся подготовкой и проведением спортивных праздников, всевозможных игр, эстафет, «веселых стартов» и т.п. Эти мероприятия проводятся по специально разработанному сценарию, предусматривающему торжественные акты (построения, приветствия почетных гостей), проведение эстафет и других состязаний, показательные выступления спортсменов, награждения участников и другие аспекты. К проведению таких праздников привлекаются спонсоры. Помимо основной цели (дать детям с отклонениями в развитии радость участия, общения, возможность

Площади земельных участков
Таблица 4 - Состав функциональных зон

| Площади функциональных зон | 100 | | 120 | | 200 | |
|---|-------------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|-------------------------|--------------------|
| | с сохранным интеллектом | умственно отсталых | с сохранным интеллектом | умственно отсталых | с сохранным интеллектом | умственно отсталых |
| Детские площадки: | | | | | | |
| групповые | 2,08 | 2,08 | 1,9 | 1,8 | 1,5 | 1,2 |
| общие | 12,5 | 11 | 10 | 8 | 9 | 7 |
| физкультурные | | | | | | |
| огород-ягодник | 0,12 | 0,1 | 0,12 | 0,1 | 0,1 | 0,1 |
| уголок для животных и птиц | 0,18 | - | 0,16 | - | 0,15 | - |
| Хозплощадки | 1 | 1,2 | 1 | 1,2 | 1 | 1,2 |
| Дороги, проезды | | | | | | |
| Зеленые посадки | | | | | | |
| Теневой навес | 2,6 | 2,08 | 2,2 | 2 | 2 | 1,8 |
| По расчету в соответствии с планировкой | | | | | | |
| Не менее 40% площади участка | | | | | | |

Земельный участок для дома-интерната. Дома-интернаты для детей-инвалидов следует размещать в зеленой зоне селитебной территории в соответствии с требованиями нормативных документов, предъявляемыми к планировке и застройке домов-интернатов для детей инвалидов

На участке следует разграничивать его территорию на площадки для групп детей с сохранным интеллектом и детей умственно отсталых:- учебно-производственной зоны;- зоны отдыха (площадки для встречи с родителями, площадки, оборудованные скамейками и столами, цветниками, прогулочные дорожки, лужайки для игр);- хозяйственной зоны.

На территории участка следует предусматривать два самостоятельных въезда, один из въездов должен быть хозяйственным. При въезде на участок необходимо предусматривать стоянку легковых машин на 3-5 машин (25 м² на место). Озеленение участка следует принимать не менее 40 % площади участка, по периметру устанавливаются ограды высотой 2 м с запирающимися калиткой и воротами. При проектировании протяженных (блокированных) зданий должны быть предусмотрены сквозные проезды шириной в свету не менее 4,25 м.

Учебно-производственные мастерские. В домах-интернатах для обучаемых умственно отсталых детей старшей группы в целях осуществления лечебно-трудовой и активизирующей терапии необходимо создание лечебно-трудовых мастерских (далее - ЛТМ), таблица В.3. Для детей-инвалидов 16-18 лет следует проектировать ЛТМ, предусматривающие обучение доступным профессиям. Выбор профиля мастерских уточняется заданием на проектирование в зависимости от контингента детей, а также конкретных условий и возможностей места строительства. Расстояние между рядами (проход вдоль мастерской) должно быть не менее 90 см.

получить удовольствие от игр, эстафет и т.п.), предусматривается еще одна цель — провести с педагогами образовательных учреждений мастер-классы по осуществлению таких мероприятий собственными силами. Кроме того, педагогам даются консультации по приобретению или изготовлению специального оборудования и инвентаря.

Ко второй группе учреждений и организаций, проводящих мероприятия адаптивно-рекреационного характера, относятся:

- специальные (коррекционные) образовательные учреждения для детей, воспитанников с отклонениями в развитии, в которых помимо уроков адаптивного физического воспитания по утвержденным в установленном порядке программам предусмотрены физкультурно-оздоровительные мероприятия в режиме учебного дня: гимнастика до учебных занятий, физкультурные минутки, физкультурные паузы, дополнительные занятия (в том числе рекреационного характера) во второй половине дня; спортивные праздники и др.;

- образовательные учреждения дополнительного образования детей в области адаптивной физической культуры, где помимо учебно-тренировочных занятий адаптивным спортом проводятся и занятия по адаптивной двигательной рекреации;

- реабилитационные центры, лечебно-профилактические учреждения здравоохранения и социального обеспечения, в которых реализуются занятия по физической реабилитации, лечебной физической культуре, а также по адаптивной двигательной рекреации.

Такие рекреационные занятия должны проводить специалисты лечебной физической культуры после прохождения курсов повышения квалификации по адаптивной двигательной рекреации.

Помимо организаций и учреждений, работающих постоянно, адаптивная двигательная рекреация реализуется в структурах, работающих временно. К таким структурам относятся летние и зимние оздоровительные лагеря для детей-инвалидов и их здоровых сверстников (братьев, сестер, близких друзей и др.).

В летних и зимних лагерях большое внимание уделяется рекреационным мероприятиям в режиме дня. Свежий воздух, водоем (летом), природа создают особую атмосферу для отдыха, получения удовольствия от движений, игр, эстафет, «веселых стартов», различных театрализованных представлений и т.п.

В штатное расписание персонала летних и зимних оздоровительных лагерей должна обязательно включаться ставка для специалиста по адаптивной физической культуре, в обязанности которого входит и организация рекреационных занятий (включая организацию самостоятельных занятий) с детьми-инвалидами. Объединение в одну группу детей-инвалидов и их здоровых сверстников создает хорошие предпосылки для социализации детей с отклонениями в развитии, их интеграции в общество, способствует преодолению психологических комплексов.

Адаптивная физическая реабилитация занимается лечением, восстановлением временно утраченных функций у лиц с отклонениями в состоянии здоровья (помимо тех, которые утрачены или разрушены на длительный срок или навсегда в связи с основным заболеванием, например, являющимся причиной инвалидности).

Организация физической реабилитации осуществляется в стационарных лечебных учреждениях, это лечебная физическая культура и физиотерапия. Лечебная физическая культура (ЛФК) проводится большей частью в лечебно-профилактических учреждениях системы здравоохранения: больницах (госпиталях), поликлиниках, врачебно-физкультурных диспансерах, реабилитационных центрах, санаторных учреждениях. Она является частью системы специального (коррекционного) образования, это в основном первая ступень на пути к адаптивному спорту, комплексной реабилитации и социальной интеграции лиц с отклонениями в состоянии здоровья и, особенно, инвалидов. В больницах (госпиталях) Занятия с больными, находящимися на свободном режиме, должны проводиться в отделении (кабинете)

Окончание таблицы В.3

| Помещение | Площадь помещений, учебной и профессиональной подготовки | | | | Примечания |
|---|--|---------------|------------------------------|---------------|--|
| | для детей с сохранным интеллектом | | для детей умственно отсталых | | |
| | на 1 место | общая площадь | на 1 место | общая площадь | |
| обувная ручных ремесел (вязания, лозоплетения и пр.) ремонта аппаратуры и бытовой техники | - | 36 | - | 36 | |
| | - | 36+12+10 | - | 36+12+10 | |
| | - | 36+18+10 | - | 36+18+10 | |
| Класс подготовки младшего медицинского персонала с кладовой учебных пособий | - | 36+10 | - | 36+10 | Для средних и старших школьников с недостатками умственного развития |
| Класс для обучения умственно отсталых детей | - | - | 2 | - | |
| Лечебно-трудоовые мастерские с кладовой: | - | 60+18 | - | 60+18 | По заданию на проектирование |
| мастерская производительно общественно-полезного труда картонажная мастерская швейная мастерская кулинария помещение музыкальных занятий кабинет домоводства | 1,7 | - | 1,7 | - | |
| | 1 | - | 1 | - | |
| | 1,2 | - | 1,2 | - | |
| | - | 18 | - | 18 | |
| | - | 36 | - | 36 | |
| - | 36 | - | 36 | | |

| | | | | | | |
|--|---|------------|---|---|------------|--|
| Комната учителей, мастеров, организатора работ | - | 54 | - | - | - | |
| | - | 24 | - | - | - | |
| Кладовая мебели, инвентаря Санитарные узлы для мальчиков и девочек | - | По расчету | - | - | По расчету | |
| Учебно-производственные мастерские с инвентарными и подсобными помещениями: швейная картонажно-перелетная столярная ткацкая механической сборки электромонтажная токарно-фрезерная гончарная | - | 36+12+10 | - | - | 36 | |
| | - | 72+18+10 | - | - | 72 | |
| | - | 54+18+10 | - | - | 54 | |
| | - | 54+18+10 | - | - | - | |
| | - | 36+18 | - | - | - | |
| | - | 36+18 | - | - | - | |
| | - | 72+18 | - | - | - | |
| | - | 36+18+10 | - | - | 36 | |
| | Распределяются поэтажно Для средних и старших школьников умственно отсталых | | | | | |

лечебной физической культуры (отделении физической реабилитации).

Организацию и проведение занятий ЛФК проводят специалисты: врач по ЛФК; инструктор по ЛФК; инструктор-методист по ЛФК. При этом все категории медицинских работников обязаны пройти через процедуру сертификации.

Глава 4. Организация адаптивного физического воспитания лиц с отклонениями в состоянии здоровья

4.1 Специальные (коррекционные образовательные учреждения (I-VIII ВИДОВ))

Согласно закону Российской Федерации об образовании статьи 50, п.10 «Для детей и подростков с отклонениями в развитии органы управления образованием создают специальные (коррекционные) образовательные учреждения (классы, группы), обеспечивающие их лечение, воспитание и обучение, социальную адаптацию и интеграцию в общество. Финансирование указанных образовательных учреждений осуществляется по повышенным нормативам. Категории обучающихся, воспитанников, направляемых в указанные образовательные учреждения, а также содержащихся на полном государственном обеспечении, определяются Правительством Российской Федерации. Дети и подростки с отклонениями в развитии направляются в указанные образовательные учреждения органами управления образованием только с согласия родителей (законных представителей) по заключению психолого-медико-педагогической комиссии».

Предыстория понятия "дети с отклонениями в развитии". В начале 20 века В.П. Кащенко предложил термин "исключительные дети". После 1918 г. стал использоваться термин "дефективные дети", вся работа была направлена на его компенсацию (дефект от латинского "недостаток", отражает недостаточность определенных

функциональных систем). В 50-х годах в исследованиях применялось понятие "аномальные дети", в котором акцент делался не на самом дефекте, а на вызываемом им аномальном развитии. Оно является основной причиной социально-психологической дезадаптации ребенка. Последние 20 лет (в 80-е годы) стали отдавать предпочтение понятию "дети с отклонениями в развитии", учащиеся, у которых физические и психические отклонения приводят к нарушению общего развития и социально-психологической дезадаптации.

1. **Специальное (коррекционное) образовательное учреждение I вида** создается для обучения и воспитания незлышащих детей, их всестороннего развития в тесной связи с формированием словесной речи как средства общения и мышления на слухо-зрительной основе, коррекции и компенсации отклонений в их психофизическом развитии, для получения общеобразовательной, трудовой и социальной подготовки к самостоятельной жизни.

2. **Коррекционное учреждение II вида** создается для обучения и воспитания слабослышащих детей (имеющих частичную потерю слуха и различную степень недоразвития речи) и позднооглохших детей (оглохших в дошкольном или школьном возрасте, но сохранивших самостоятельную речь), всестороннего их развития на основе формирования словесной речи, подготовки к свободному речевому общению на слуховой и слухо-зрительной основе.

3. **Коррекционные учреждения III и IV видов** обеспечивают обучение, воспитание, коррекцию первичных и вторичных отклонений в развитии у воспитанников с нарушениями зрения, развитие сохранных анализаторов, формирование коррекционно-компенсаторных навыков, способствующих социальной адаптации воспитанников в обществе. При необходимости может быть организовано совместное (в одном коррекционном учреждении)

Продолжение таблицы В.3

| Помещение | Площадь помещений, учебной и профессиональной подготовки для детей с сохранным интеллектом | | | Примечания |
|--|--|------------|---------------|---|
| | для детей умственно отсталых | | | |
| | на I место | на I место | общая площадь | |
| Комната музыкальных занятий с кладовой инструментов | - | - | 54+18 | Для средних и старших школьников (для обучаемых детей) То же |
| | - | - | 21+10 | |
| | - | - | 36+10 | |
| | - | - | 36 | |
| Классы: чтения математики счета | - | - | 36 | |
| | - | - | 36 | |
| Кабинет социально-бытовой адаптации, помещение для приема гостей | - | - | 36+10 | |
| Библиотека с книгохранилищем и читальным залом, кабинет русского и иностранного языков | - | - | 72+10 | |
| Методический кабинет | - | - | 120 | На отделение |
| Кабинет заведующего учебной частью | - | - | 36 | |
| | - | - | 18 | |

| | | | | | | |
|--|-----|-------|-----|---|-------|--------------|
| Инструментальная комната | - | - | - | - | 25 | На отделение |
| Кабинет методический и учебных пособий | - | - | - | - | 40 | |
| Санузел | - | - | - | - | 3ч2 | |
| Кабинет зав. учебной частью | 12 | | | | | На отделение |
| Рекреационные помещения | 1,2 | - | 1,4 | - | - | |
| Кабинет физики с лаборантской | - | 54 | - | - | 54+18 | |
| Гимнастический зал | - | 18x9 | - | - | - | На отделение |
| Кабинет химии с лаборантской | - | 54+18 | - | - | - | |
| Класс машинописи с подсобным помещением | - | 54+18 | - | - | - | |
| Класс рисования - изостудия с кладовой | - | 54+18 | - | - | 54+18 | То же |
| Компьютерный класс с подсобным помещением | - | 54+18 | - | - | - | |
| Класс биологии - живой уголок с лаборантской | - | 54+18 | - | - | - | |

100

обучение незрячих и слабовидящих детей, детей с косоглазием и амблиопией.

4. **Коррекционное учреждение V вида** создается для обучения и воспитания детей с тяжелой речевой патологией, оказания им специализированной помощи, способствующей преодолению нарушений речи и связанных с ними особенностей психического развития

5. **Коррекционное учреждение VI вида** создается для обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (с двигательными нарушениями различной этиологии и степени выраженности, детским церебральным параличом, с врожденными и приобретенными деформациями опорно-двигательного аппарата, вялыми параличами верхних и нижних конечностей, парезами и парапарезами нижних и верхних конечностей), для восстановления, формирования и развития двигательных функций, коррекции недостатков психического и речевого развития детей, их социально-трудовой адаптации и интеграции в общество на основе специально организованного двигательного режима и предметно-практической деятельности.

6. **Коррекционное учреждение VII вида** создается для обучения и воспитания детей с задержкой психического развития, у которых при потенциально сохранных возможностях интеллектуального развития наблюдаются слабость памяти, внимания. Недостаточность темпа и подвижности психических процессов, повышенная истощаемость, несформированность произвольной регуляции деятельности, эмоциональная неустойчивость, для обеспечения коррекции их психического развития и эмоционально-волевой сферы, активизации познавательной деятельности, формирования навыков и умений учебной деятельности.

7. **Коррекционное учреждение VIII вида** создается для обучения и воспитания детей с умственной отсталостью с целью коррекции отклонений в их развитии средствами образования и

трудоустройке, а также социально-психологической реабилитации для последующей интеграции в общество.

4.2. Особенности детей с умственной отсталостью

По данным Главного управления реабилитационной службы и специального образования Минобразования Российской Федерации, из 600 тыс. общего количества учащихся с отклонениями в развитии 60% составляют дети с умственной отсталостью. Термином «умственная отсталость» обозначают стойкое, выраженное нарушение познавательной деятельности вследствие диффузного (разлитого) органического поражения центральной нервной системы. Специалисты, определяют умственную отсталость не как болезнь, а как состояние психического недоразвития, характеризующееся многообразными признаками как в клинической картине, так и в комплексном проявлении физических, психических, интеллектуальных, эмоциональных качеств.

- Сроки обучения в коррекционном учреждении VIII вида могут быть девять-одиннадцать лет (с выдачей обучающимся свидетельств установленного образца).

- В подготовительный класс, 1 класс (группу) принимаются дети в возрасте 7-8 лет с недостаточным уровнем подготовленности к обучению. Целью подготовительного класса является также уточнение диагноза ребенка в процессе образовательной и лечебной работы, определение адекватности форм организации его обучения и воспитания. Наполняемость подготовительного класса не должна превышать 6-8 человек.

- В первые четыре года осуществляется всестороннее психолого-медико-педагогическое изучение личности умственно отсталого воспитанника, выявление его возможностей и индивидуальных особенностей с целью выработки форм и методов организации образовательного процесса. Проводится работа по общему и речевому развитию воспитанников, коррекции нарушений

Таблица В.3 - Помещения учебной и профессиональной подготовки и трудового обучения

| Помещение | Площадь помещений, учебной и профессиональной подготовки | | | | Примечания |
|---|--|------------------------------|------------|--|--|
| | для детей с сохранным интеллектом | для детей умственно отсталых | | общая площадь | |
| | | на 1 место | на 1 место | | |
| Учебно-игровые комнаты для школьников и младших классов | 4 | - | 3,6 | - | Для разновозрастных групп |
| Классы на 8-10 детей | 3 | 24-30 | 3 | Устанавливается по заданию на проектирование | |
| I-V классы | 3 | 24-30 | 3 | | |
| V-IX классы | 3,6 | 36 | 3 | | |
| X-XI классы | - | - | 3 | | |
| Класс на 12 человек | - | 50 | - | 36 | В домах-интернатах для детей с недостатками умственного развития допускается принимать численность обучающихся из расчета на 50% детей от вместимости учреждения |
| Кабинет домоводства | - | - | - | 50+16 | |
| Производственные мастерские (столярная) | 4,5 | - | 4,5 | - | |
| Склад сырья | - | - | - | 16 | На мастерскую |
| Склад готовой продукции | - | - | - | 16 | То же |

| | | | | | |
|---|---------------------|-------------------|---|------------------------------|---|
| персонала с туалетом и душевой | (6) на жилую ячейку | (12) на отделение | - | Один кабинет на жилую ячейку | - |
| Комната хранения кресел-колясок | | | - | - | - |
| Комната хранения чистого белья | | | - | - | - |
| Комната личной гигиены для девочек | | | - | - | - |
| Пост дежурного персонала | 4 м ² | | | | |
| Примечание - В группах для необучаемых детей раздевальная и групповая не предусматриваются, а площадь спален принимается 8 м ² /чел. | | | | | |

моторики, отклонений в интеллектуальной и эмоционально-волевой сферах, поведении.

- В старших классах (группах) воспитанники получают знания по общеобразовательным предметам, имеющие практическую направленность и соответствующие их психофизическим возможностям, навыки по различным профилям труда.

Воспитанникам прививаются навыки самостоятельной работы, с этой целью они включаются в трудовую деятельность в учебных мастерских, подсобных хозяйствах, на предприятиях, в учреждениях и организациях.

- Количество воспитанников в 1-9, 10 классах (группах), группах продленного дня - до 12 человек.

-Для воспитанников, имеющих специфические речевые нарушения, организуются групповые (2-4 человека) и индивидуальные логопедические занятия.

В штаты коррекционного учреждения вводится должность логопеда из расчета не менее 1 единицы на 15-20 воспитанников.

- В коррекционном образовательном учреждении VIII вида могут создаваться и функционировать классы для детей с глубокой умственной отсталостью, наполняемость которых не должна превышать 8 человек.

- Обучение организуется разным по уровню сложности видам труда с учетом интересов воспитанников и в соответствии с их психофизическими возможностями, с учетом местных условий, потребности в рабочих кадрах, возможностей трудоустройства выпускников, продолжения их обучения в специальных группах учреждений начального профессионального образования.

- Трудовое обучение в 10-11 классах, при наличии производственной базы, носит характер углубленной трудовой подготовки. Продолжительность рабочего дня во время производственной практики определяется законодательством Российской Федерации о труде. Руководство производственной практикой осуществляет учитель трудового обучения.

- Квалификационные разряды отдельным, хорошо усвоившим профессию, выпускникам присваиваются только администрацией заинтересованного предприятия или учреждения начального профессионального образования. Обучающимся, не получившим квалификационного разряда, выдается документ об окончании и характеристика с перечнем работ, которые выпускники способны выполнять самостоятельно.

- Обучение в коррекционном учреждении VIII вида завершается аттестацией (экзаменом) по трудовому обучению, состоящему из двух этапов: практической работы и собеседования по вопросам материаловедения и технологии изготовления изделия. Воспитанники коррекционного учреждения VIII вида могут быть освобождены от аттестации по состоянию здоровья в порядке, определяемом Министерством общего и профессионального образования Российской Федерации и Министерством здравоохранения Российской Федерации. Указанные сроки обучения могут быть увеличены на 1 год за счет открытия подготовительного класса.

В 1915 г. немецкий психиатр Э. Крепелин назвал врожденное слабоумие олигофренией. Раздел специальной педагогики, изучающий проблемы воспитания и обучения детей с умственной отсталостью, называется олигофренопедагогикой. Степень умственной отсталости определяется интеллектуальным коэффициентом $10_{_}$ (отношением психического возраста к паспортному). В соответствии с МКБ-10 приняты следующие виды и условные показатели $10_{_}$:

- психическая норма: $10_{_} 70—100$;
- легкая умственная отсталость: $10_{_} 50—69$;
- умеренная умственная отсталость: $10_{_} 35—49$;
- тяжелая умственная отсталость: $10_{_} 20—34$;
- глубокая умственная отсталость: $10_{_} 19$ и ниже.

Интеллектуальный коэффициент служит важным показателем в комплексной медико-психолого-педагогической диагностике, социальной реабилитации, определении инвалидности. Степень

Окончание таблицы В.2

| Помещение | Расчетная площадь на 1 место, (или площадь помещения,) | | | | | |
|---|---|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---------|
| | Жилая ячейка для младшей группы | | Жилая ячейка для средней и старшей групп | | Тип 2в | |
| | Тип 2а | Тип 2в | Тип 2б | Тип 2в | Тип 2в | Тип 2в |
| | Свободно передвигающиеся | Передвигающиеся с трудом | Лежачие | Свободно передвигающиеся | Передвигающиеся с трудом | Лежачие |
| Б. Общие помещения на отделение (4-5 жилых ячеек) | | | | | | |
| Кабинет заведующего | (12) на отделение | | | | | |
| Комната старшей медицинской сестры | (15) на отделение | | | | | |
| Помещение для гимнастических и музыкальных занятий и лечебной физкультуры | (24) на отделение | | | | | |
| Комната встречи родителей с детьми | (20) на отделение | | | | | |
| Комната | (8) на отделение | | | | | |

Таблица В.2- Жилое отделение для детей умственно отсталых, жилые ячейки типа 2а, 2б, 2в

| Помещение | Расчетная площадь на 1 место, (или площадь помещения,) | | | | | |
|--|--|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|---------------------|
| | Жилая ячейка для младшей группы | | Жилая ячейка для средней и старшей групп | | Тип 2в | Тип 2в |
| | Тип 2а | Тип 2б | Тип 2а | Тип 2б | | |
| | Свободно передвигающиеся | Передвигающиеся с трудом | Лежачие | Свободно передвигающиеся | Передвигающиеся с трудом | Лежачие |
| Раздевальная | 1 | 1 | - | - | - | - |
| Групповая | - | - | - | - | 1,2 | - |
| Спальная комната | 4 | 4 | 6 | 6 | 6 | 6 |
| Санузел: уборная, умывальная, душ и ванная | (8) на жилую ячейку | (9) на жилую ячейку | (5) на жилую ячейку | (9) на жилую ячейку | (9) на жилую ячейку | (5) на жилую ячейку |
| со шкафом для суден | - | - | 1,6 | - | - | 1,6 |
| Буфетная с мойкой | (3) на жилую ячейку | (3) на жилую ячейку | - | - | - | - |
| Кладовая | - | - | (3) на жилую ячейку | (3) на жилую ячейку | (3) на жилую ячейку | (3) на жилую ячейку |
| Комната хранения уборочного инвентаря | (4) на жилую ячейку | | | | | |
| Учебная комната для приготовления уроков | - | - | - | (12) на жилые ячейки | - | - |
| Комната психолога и воспитателя | - | - | - | (12-14) на жилые ячейки | - | - |
| Летняя веранда | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Класс-комната трудового обучения | - | - | - | 3 | 3 | - |

96

адаптации детей находится в прямой зависимости от клинико-психопатологического состояния детей. В этих условиях адаптивная физическая культура не только устраняет недостатки в двигательной сфере, и физического развития, но и укрепляет здоровье.

Умственная отсталость — не однородное состояние, она обусловлена врожденными и приобретенными причинами, в том числе и неблагоприятными условиями воспитания, которые могут усилить дефект. Этиологические факторы умственной отсталости делятся на эндогенные (генетические) и экзогенные (внешнесредовые). Генетически обусловлены около 50-70% дифференцированных форм умственной отсталости. Генетические факторы могут выступать самостоятельно и в сложном взаимодействии со средой. К экзогенным факторам относятся прежде всего внутриутробные инфекции, опасен вирус краснухи. Аномалии физического и психического развития, часто сочетающиеся с врожденными аномалиями зрения и слуха, наблюдаются у 25% детей, матери которых перенесли краснуху в первые 12 недель беременности. У женщин, перенесших эпидемический паротит (свинка) в первом три месяце беременности, в 20-22% случаев рождается неполноценное потомство. На более поздних стадиях беременности острые инфекционные заболевания матери могут привести к внутриутробному заражению плода и к возникновению у него внутриутробных энцефалитов.

Алкоголизм и наркомания могут быть причиной умственной отсталости как экзогенного, так и эндогенного характера. Неблагоприятное влияние на развитие мозга плода оказывают хронические инфекционные болезни, заболевания сердечно-сосудистой системы, почек, печени, нарушения обмена веществ у матери, влияние радиоактивного и рентгеновского облучения на половые клетки родителей и сам плод. По клиническим проявлениям все случаи умственной отсталости делятся на неосложненные, осложненные и атипичные.

К атипичным формам относятся нарушения познавательной деятельности с частыми эпилептическими припадками, прогрессирующей гидроцефалией, эндокринными расстройствами, нарушениями зрения и слуха. Для педагогического прогноза наиболее перспективны дети с неосложненными формами умственной отсталости. По времени воздействия этиологического фактора выделяют пре-натальные, интернатальные и постнатальные поражения ЦНС. Умственная отсталость — это такое развитие, при котором страдает не только интеллект, но и эмоции, воля, поведение, физическое развитие.

Умственная отсталость включает четыре степени снижения интеллекта: легкую, умеренную, тяжелую и глубокую.

Обучение и воспитание детей с легкой и умеренной умственной отсталостью осуществляется в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях: в специальных детских садах, специальных группах в обычных детских садах, где созданы особые образовательные условия для их развития, либо в специальных классах общеобразовательных школ, либо в виде домашнего обучения. Дети-сироты и оставшиеся без попечительства родителей обучаются в специальных детских домах и школах-интернатах.

Категория детей с легкой умственной отсталостью составляет 70—80% от общего количества. Они позже начинают ходить, говорить, овладевать навыками самообслуживания, неловки, физически слабы, часто болеют. Мало интересуются окружающим миром, отстают в развитии от нормально развивающихся сверстников. Без коррекционного обучения к концу дошкольного возраста у этих детей формируется только предметная деятельность. В младшем дошкольном возрасте у них преобладают бесцельные действия с игрушками, к старшему дошкольному — появляются предметно-игровые действия (укачивание куклы, катание машины), не сопровождающиеся эмоциональными

Окончание таблицы 1

| Помещение | Площадь помещений, учебной и профессиональной подготовки | | | | Примечания |
|---|--|---------------|------------------------------|---------------|--|
| | для детей с сохранным интеллектом | | для детей умственно отсталых | | |
| | на 1 место | общая площадь | на 1 место | общая площадь | |
| обувная ручных ремесел (вязания, лозоплетения и пр.) ремонта аппаратуры и бытовой техники | - | 36 | - | 36 | |
| | - | 36+12+10 | - | 36+12+10 | |
| | - | 36+18+10 | - | 36+18+10 | |
| Класс подготовки младшего медицинского персонала с кладовой учебных пособий | - | 36+10 | - | 36+10 | Для средних и старших школьников с недостатками умственного развития |
| Класс для обучения умственно отсталых детей | - | - | 2 | - | |
| Лечебно-трудовые мастерские с кладовой: | - | 60+18 | - | 60+18 | По заданию на проектирование |
| мастерская производительно общественно-полезного труда картонажная мастерская швейная мастерская кулинария | 1,7 | - | 1,7 | - | |
| | 1 | - | 1 | - | |
| | 1,2 | - | 1,2 | - | |
| помещение музыкальных занятий кабинет домоводства | - | 18 | - | 18 | |
| | - | 36 | - | 36 | |
| | - | 36 | - | 36 | |

| Комната учителей, мастеров, организатора работ | - | 54 | - | - | - | По расчету | Распределяются поэтажно |
|---|---|------------|---|---|---|------------|-------------------------|
| | | | | | | | |
| Кладовая мебели, инвентаря | - | 24 | - | - | - | По расчету | |
| Санитарные узлы для мальчиков и девочек | - | По расчету | - | - | - | | |
| Учебно-производственные мастерские с инвентарными и подсобными помещениями: швейная картонажно-переплетная столярная ткацкая механической сборки электромонтажная токарно-фрезерная гончарная | - | 36+12+10 | - | - | - | 36 | |
| | - | 72+18+10 | - | - | - | 72 | |
| | - | 54+18+10 | - | - | - | 54 | |
| | - | 54+18+10 | - | - | - | - | |
| | - | 36+18 | - | - | - | - | |
| | - | 36+18 | - | - | - | - | |
| | - | 72+18 | - | - | - | - | |
| | - | 36+18+10 | - | - | - | - | 36 |

реакциями и речью. Сюжетно-ролевая игра без специального коррекционного обучения не формируется.

Дети с незначительной умственной отсталостью воспитываются в условиях массового детского сада, если их отставание выражено не ярко. Но попадая в массовую общеобразовательную школу, они сразу же испытывают значительные затруднения в усвоении таких учебных предметов, как математика, русский язык, чтение, остаются на второй год, но при повторном обучении не усваивают программный материал.

После медико-психолого-педагогического обследования дети переводятся в другие типы образовательных учреждений. С семи-восьми лет дети с легкой степенью умственной отсталости поступают в специальные (коррекционные) школы УШ вида, где обучение ведется по специальной программе. За 9 лет обучения они получают начальное образование. У них сохранно конкретное мышление, они способны ориентироваться в практических ситуациях, у большинства эмоционально-волевая сфера более сохранна, чем познавательная, они охотно включаются в трудовую деятельность.

Большинство юношей и девушек с незначительной степенью умственной отсталости к моменту выпуска из школы по своим психологическим и клиническим проявлениям мало чем отличаются от нормально развивающихся людей. Они благополучно трудоустраиваются, вливаются в производственные коллективы, создают семьи, имеют детей.

При умеренной степени умственной отсталости поражены кора больших полушарий головного мозга и нижележащие образования. Это нарушение выявляется в ранние периоды развития ребенка. В младенческом возрасте такие дети начинают позже держать головку (к четырем-шести месяцам и позже), самостоятельно переворачиваться, сидеть. Овладевают ходьбой после трех лет. У них практически отсутствуют гуление, лепет, речь появляется к концу дошкольного возраста и представляет собой отдельные слова, редко фразы. Часто значительно нарушено звукопроизношение. Существенно страдает

моторика, поэтому навыки самообслуживания формируются с трудом и в более поздние сроки, чем у нормально развивающихся детей.

Познавательные возможности резко снижены: грубо нарушены моторика, сенсорика, память, внимание, мышление, коммуникативная функция речи, неспособность к самостоятельному понятийному мышлению. В дошкольном возрасте они посещают специальные детские сады для детей с нарушением интеллекта, а в 7—8 лет — специальные (коррекционные) школы VIII вида, где для них созданы специальные классы. Они способны овладеть навыками общения, социально-бытовыми навыками, грамотой, счетом, некоторыми сведениями об окружающем мире, мобильны, физически активны. В то же время они не могут вести самостоятельный образ жизни, нуждаются в опеке. По окончании школы юноши и девушки живут в семье, они способны выполнять простейший обслуживающий труд, брать на дом работу, не требующую квалифицированного труда.

Дети с тяжелой и глубокой умственной отсталостью обучаются и воспитываются в учреждениях социальной защиты, они нуждаются в постоянной помощи и наблюдении и рассматриваются как инвалиды с детства. В правовом отношении дети являются недееспособными и над ними устанавливается опека родителей или заменяющих их лиц. До совершеннолетия они находятся в специализированных детских домах для глубоко умственно отсталых, а потом переводятся в уч-реждения социального обеспечения. Эти дети также могут воспитываться в домашних условиях.

При тяжелой умственной отсталости моторная недостаточность отмечается в 90—100% случаев. Соматическая симптоматика у большинства больных — часть клинической картины, наблюдаются пороки развития скелета, черепа, конечностей, кожных покровов, внутренних органов. Дети с тяжелой умственной отсталостью обладают возможностями к

Продолжение таблицы 1

| Помещение | Площадь помещений, учебной и профессиональной подготовки для детей с сохранным интеллектом | | | | Примечания |
|--|--|---------------|---------------|---------------|---|
| | на 1 место | | на 1 место | | |
| | общая площадь | общая площадь | общая площадь | общая площадь | |
| Комната музыкальных занятий с кладовой инструментов | - | 54+18 | - | 54+18 | Для средних и старших школьников (для обучаемых детей) То же |
| | - | - | - | 21+10 | |
| Классы: чтения математики счета | - | - | - | 36+10 | |
| | - | - | - | 36 | |
| | - | - | - | 36 | |
| | - | - | - | 36 | |
| Кабинет социально-бытовой адаптации, помещение для приема гостей | - | 72+10 | - | 36+10 | |
| Библиотека с книгохранилищем и читальным залом, кабинет русского и иностранного языков | - | 120 | - | 60 | На отделение |
| Методический кабинет | - | 36 | - | - | |
| Кабинет заведующего учебной частью | - | 18 | - | - | |

| | | | | | | |
|--|-----|-------|-----|---|-------|--------------|
| Инструментальная комната | - | - | - | - | 25 | На отделение |
| Кабинет методический и учебных пособий | - | - | - | - | 40 | |
| Санузел | - | - | - | - | 3ч2 | |
| Кабинет зав. учебной частью | 12 | | | | | На отделение |
| Рекреационные помещения | 1,2 | - | 1,4 | - | - | |
| Кабинет физики с лаборантской | - | 54 | - | - | 54+18 | |
| Гимнастический зал | - | 18x9 | - | - | - | На отделение |
| Кабинет химии с лаборантской | - | 54+18 | - | - | - | |
| Класс машинописи с подсобным помещением | - | 54+18 | - | - | - | |
| Класс рисования - изостудия с кладовой | - | 54+18 | - | - | 54+18 | То же |
| Компьютерный класс с подсобным помещением | - | 54+18 | - | - | - | |
| Класс биологии - живой уголок с лаборантской | - | 54+18 | - | - | - | |

92

частичному овладению речью, усвоению элементарных навыков самообслуживания. Наличие у них грубых дефектов восприятия, памяти, мышления, коммуникативной функции речи, моторики и эмоционально-волевой сферы делает этих детей практически необучаемыми У большинства детей наблюдаются моторные нарушения, выражающиеся не только в запаздывании актов прямохождения, ходьбы и бега, но и в качественном своеобразии и недоразвитии всех движений.

Диагностика глубокой степени умственной отсталости возможна уже на первом году жизни ребенка. Признаки: нарушения статических и моторных функций, задержка в проявлении дифференцированной эмоциональной реакции, неадекватная реакция на окружение, позднее появление стояния, ходьбы, лепета и первых слов, слабый интерес к окружающим объектам. У больных резко нарушены процессы памяти, восприятия, внимания, мышления, снижены пороги чувствительности. Наблюдаются тяжелые нарушения моторики, большинство- из них неподвижны, страдают расстройствами урологических функций, неспособны или малоспособны заботиться об основных потребностях, элементарные гигиенические навыки и самообслуживание отсутствуют. Все нуждаются в постоянной помощи и надзоре. Дети с глубокой умственной отсталостью не обучаются и находятся (с согласия родителей) в специальных учреждениях (детских домах для глубоко умственно отсталых) системы Министерства социального обеспечения, где им оказывается необходимая медицинская помощь, наблюдение и уход. По достижении 18-летнего возраста они переводятся в специальные интернаты.

4.3. Физическое развитие и двигательные способности детей коррекционной школы VIII вида

Тяжесть интеллектуального дефекта влияет на физическое развитие, двигательные способности, обучаемость и

приспособляемость к физической нагрузке, оказывает на сопутствующие заболевания, вторичные нарушения, особенности психической и эмоционально-волевой сферы детей. Нарушения физического развития проявляются в: отставании в массе и длине тела; нарушении осанки; в развитии стопы; грудной клетки и снижение ее окружности; парезы верхних и нижних конечностей; отставании в показателях объема жизненной емкости легких; деформации черепа; дисплазии; аномалии лицевого скелета.

В развитии двигательных способностей определены следующие нарушения: 1) координационных способностей — точности движений в пространстве; координации движений; ритма движений; дифференцировки мышечных усилий; пространственной ориентировки; точности движений во времени; равновесия;

2) отставания от здоровых сверстников в развитии физических качеств — Нарушения основных движений:

- неточность движений в пространстве и времени;
- грубые ошибки при дифференцировании мышечных усилий;
- отсутствие ловкости и плавности движений;
- излишняя скованность и напряженность;
- ограничение амплитуды движений в ходьбе, беге, прыжках, метаниях.

Отставания в физическом развитии умственно отсталых детей, степень приспособления к физической нагрузке зависят не только от поражения ЦНС, но и являются следствием вынужденной гипокинезии. Отсутствие или ограничение двигательной активности ослабляет сопротивляемость к простудным и инфекционным заболеваниям, создаются предпосылки для формирования слабого малотренированного сердца, к избыточному весу, а иногда к ожирению, что еще больше снижает двигательную активность. У многих учащихся встречаются нарушения сердечно-сосудистой, дыхательной, эндокринной систем, внутренних органов, зрения, слуха, врожденные структурные аномалии зубов и прикуса.

Таблица 1 - Помещения учебной и профессиональной подготовки и трудового обучения

| Помещение | Площадь помещений, учебной и профессиональной подготовки | | | | Примечания |
|---|--|---------------|------------------------------|--|--|
| | для детей с сохранным интеллектом | | для детей умственно отсталых | | |
| | на 1 место | общая площадь | на 1 место | общая площадь | |
| Учебно-игровые комнаты для школьников и младших классов | 4 | - | 3,6 | - | Для разновозрастных групп |
| Классы на 8-10 детей | 3 | 24-30 | 3 | | |
| I-V классы | 3 | 24-30 | 3 | | В домах-интернатах для детей с недостатками умственного развития допускается принимать численность обучающихся из расчета на 50% детей от вместимости учреждения |
| V-IX классы | 3,6 | 36 | 3 | Устанавливается по заданию на проектирование | |
| X-XI классы | - | - | 3 | 36 | |
| Класс на 12 человек | - | 50 | - | 50+16 | |
| Кабинет домоводства | 4,5 | - | - | - | |
| Производственные мастерские (столярная) | - | - | - | 16 | На мастерскую |
| Склад сырья | - | - | - | 16 | То же |
| Склад готовой продукции | | | | | |

В жилой ячейке должны быть жилые комнаты на 2-3-4 человека, которые представлены в таблице №В 2

Учебные помещения. Учебная группа помещений для средних и старших классов состоит из учебных классов, кабинетов лабораторий, лаборантских при них, рекреационных помещений и санитарных узлов.

Площадь застекленной поверхности окон в классах составляет 1/5-1/6 площади пола; 50 % окон следует устраивать с фрамугами или форточками. На столы обучающихся детей свет должен падать слева (СанПиН 2.2.1/2.1.1.1076).

Комната позиционирования используется для разнообразных терапевтических поз- укладок в зависимости от медицинских показаний ребенка-инвалида.

Сенсорная комната: медицинское реабилитационное помещение, предназначенное для психического и физического развития нуждающихся в реабилитации детей с физическими и умственными недостатками. Она оснащается аппаратурой стимулирующей двигательные, визуальные и акустические эмоции.

Среди вторичных нарушений в опорно-двигательном аппарате отмечаются деформация стопы, нарушения осанки (сколиозы, кифо-сколиозы, кифозы, лордозы), диспропорции телосложения, функциональная недостаточность брюшного пресса, парезы, кривошея. Установлено, что основным нарушением двигательной сферы умственно отсталых детей является расстройство координации движений. Для практической деятельности педагога важно знать благоприятные периоды развития основных видов координационных способностей у детей с нарушениями интеллекта.

Таблица 1
Сенситивные периоды развития координационных способностей у детей с умственной отсталостью в возрасте 8—15 лет
(Горская И. Ю., 2001)

| Координационные способности | Девочки | Мальчики |
|--|-------------------|------------------|
| Дифференцирование пространственных параметров движения | 11 —12 лет | 10—11 лет |
| Дифференцирование силовых параметров движения | 8—10 и 11—12 лет | 8—10 и 13—14 лет |
| Реагирующая способность (зрительно-моторная реакция) | 10—12 лет | 10—12 лет |
| Максимальная частота движений | 13 лет | 14 лет |
| Сохранение равновесия | 9—10 лет | 10—11 лет |
| Ориентировка в пространстве | 10—11 и 13—14 лет | 9—10 и 13—14 лет |
| Кинестетическая способность (точность воспроизведения заданной амплитуды движения) | 10—11 лет | 10—11 лет |

Постепенность и доступность дидактического материала при занятиях физическими упражнениями создают предпосылки для овладения детьми разнообразными двигательными умениями, игровыми действиями, развиваются физические качества и способности, необходимые в жизнедеятельности ребенка.

4.4. Методика адаптивной физической культуры детей с умственной отсталостью

Основные задачи адаптивной физической культуры совпадают с задачами физической культуры здоровых школьников, что отражено в государственных образовательных программах для массовых общеобразовательных и коррекционных школ. К ним относятся воспитательные, образовательные, оздоровительные и задачи физического развития.

К специальным задачам относятся коррекции:

1. основных движений в ходьбе, беге, плавании, метании, прыжках, лазании, упражнениях с предметами и др.;
2. и развитие координационных способностей, физической подготовленности;
3. и профилактика соматических нарушений;
4. и развитие познавательной деятельности, психических и сенсорно-перцептивных способностей

Решаются эти задачи методами приучения, убеждения (диалог, совет, мнение, рекомендация, требование, суждение), личного примера педагога, специальных тренингов, позитивных видов оценивания деятельности (одобрение, похвала, благодарность и т. п.), общения в коллективе, создания благоприятного психологического климата.

Средствами адаптивной физической культуры являются физические упражнения, естественно-средовые силы природы и гигиенические факторы. Каждый из разделов Программного материала по физической культуре через физические упражнения воздействует на опорно-двигательный аппарат, мышечную ткань,

спальные комнаты для детей-инвалидов лежачих - 6,0; комнаты дневного пребывания - 3; классные комнаты в жилых ячейках - 2,5.

Для индивидуальных занятий площадью на одного воспитанника не менее 1,5 м²/место, а для детей-инвалидов с последствиями полиомиелита и церебральных параличей - не менее 1,8 м²/место.

Объемно – планировочные решения. Дома-интернаты для детей-инвалидов с сохранным интеллектом, детей умственно отсталых формируются из жилых отделений, жилых групп и жилых ячеек, и бытового назначения. При проектировании помещений медицинского, хозяйственного проектировании рекомендуется предусматривать вариант решения учреждения (многопрофильного) с блокировкой жилых отделений для детей с сохранным интеллектом и для умственно отсталых детей при четком разграничении отделений.

Все основные группы помещений учреждений для детей-инвалидов должны быть, как правило, функционально изолированы и взаимосвязаны через коммуникационные пространства. На практике обеспечить всем группам помещений необходимую изоляцию достаточно сложно. Функционально-планировочную организацию домов-интернатов для детей-инвалидов следует проектировать с жилыми отделениями, которые рекомендуется соединять с блоком общественных помещений короткими (6 м) теплыми переходами.

Жилые ячейки. Площадь помещений в жилых ячейках принимается из расчета на одного проживающего не менее:

- для спальных комнат 4 м²;
- для спальных комнат лежачих детей - 6 м; для комнат дневного пребывания (комнат отдыха) от 23 м;
- для классных комнат в учебно-жилых ячейках - 2,5 м², но не менее 12 м;
- для гардеробных 1,0 м²;
- для санитарно-гигиенических помещений для помещений сушки одежды - 0,35 м²; для кладовых - 0,5 м².

Оптимальная этажность домов-интернатов для детей-инвалидов рекомендуется принимать 1-2 этажа, при стесненных условиях - до 4 этажей. При числе этажей более двух, учреждения для детей-инвалидов должны быть оборудованы лифтами (по расчету), в том числе и коачными. Число лифтов в каждом конкретном случае определяется заданием на проектирование.

В интернатах для детей-инвалидов следует предусматривать кроме лифтов и пандусы. Уклон пандуса на путях передвижения инвалидов на колясках внутри и снаружи здания следует принимать не более 1:6 согласно СП 42.13330, СанПиН 2.4.1.2660.

Размещения групп детей по этажам должен подчиняться следующим правилам:

- лежачие, обездвиженные дети размещаются не выше первого этажа;
- дети до 6 лет с физическими недостатками - не выше второго этажа.

В учреждении для детей-инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата расчетное число колясочников в отделении следует принимать 20—30 % вместимости отделения. В отделении для умственно отсталых детей, передвигающихся с трудом, число колясочников рекомендуется принимать 2-3 % вместимости отделения.

Высоту помещений от пола до потолка в домах-интернатах для нового строительства следует принимать 3 м; высоту общественных помещений, кроме столовой, следует принимать не менее 3 м согласно СП 118.13330.

Предусматривать зал лечебной физкультуры площадью 60-70 м² с кладовой инвентаря 12 м² в соответствии с СанПиН 2.1.2.2564.

Параметры помещений для детей с физическими недостатками (нарушением зрения, слуха, речи) принимаются такими же, как и для помещений, рассчитанных на здоровых детей, в соответствии с СанПиН 2.4.1201.

Спальные комнаты для детей-инвалидов с физическими недостатками - 4,0; для слепых (с остротой зрения 0-0,05) - 4,5;

вегетативные системы, корректирует недостатки физического развития, психики и поведения.



Кроме этого, физические упражнения являются воспитывающей средой, решая важные для личности ребенка задачи:

- воспитание адекватной оценки собственных физических и психических возможностей, преодоление комплексов неуверенности, неполноценности;
- воспитание осознанного и активного отношения к телесному здоровью, систематическим занятиям физическими упражнениями;
- формирование положительной мотивации, гуманного отношения к себе и окружающим
- воспитание ответственности, инициативы, настойчивости в преодолении трудностей;
- воспитание дисциплины, умение управлять своими эмоциями, подчиняясь общим правилам и нормам социального поведения,
- формирование навыков самовоспитания: самоорганизации, самодисциплины, самооценки, самоконтроля и др.

4.5 Методы психического регулирования детей коррекционной школы VIII вида

В зависимости от тяжести поражения ребенка взаимодействие педагога с занимающимися осуществляется в разных формах:

Индивидуальные занятия проводятся с детьми-инвалидами с детства, с детьми надомного обучения, имеющими тяжелые и сочетанные нарушения умственной отсталости. Взаимодействие с одним человеком позволяет индивидуализировать содержание, методы, приемы лечебно-восстановительных и коррекционно-компенсаторных мероприятий, оперативно контролировать состояние ребенка.

Индивидуально-групповые занятия проводятся с группой от 2—3 до 6—8 человек, с приблизительно одинаковыми вторичными нарушениями (например осанки). Особенность коррекционных занятий состоит в том, что часть занятия (урока) проводится совместно, при этом подбираются упражнения доступные всем, другая часть состоит в персональных заданиях каждому и выполнении их под руководством и контролем педагога. Малогрупповые занятия — наиболее распространенный вид организованных занятий урочной формы по физическому воспитанию в специальных детских садах, школах, интернатах. Недостатком является ограниченный индивидуальный подход.

Для детей с умственной отсталостью характерны неустойчивость и рассеянность внимания, вялость мышления, низкий уровень воображения и фантазии, склонность к штампам и стереотипам. Для оптимизации психологического состояния используют различные приемы психолого-педагогической регуляции: доброжелательный стиль общения, позитивный настрой, открытость педагога, поддержание оптимизма, эмоционального комфорта и безопасности, положительная мотивация.

равен углу отражения, по цвету - контрастным общему освещению и окружающей обстановке, мяч должен быть озвученным.

Необходимо уделять внимание красочному оформлению и привлекательности спортивного инвентаря, оборудования. Это могут быть: гимнастические стенки, скамейки, теннисные: столы, лесенки, ребристые доски, тренажеры, зеркала, щиты, слайд-доски и другие. Инвентарь: мячи разных размеров, гимнастические палки, кольца, обручи, булавы, скакалки, флажки, баскетбольные корзины, сетки, кубы и прочее.

Глава 7. Гигиенические требования к домам-интернатам

Для детей - инвалидов созданы дома-интернаты, которые представляют организацию стационарного содержания детей с физическими недостатками и с сохранным интеллектом (с 3 до 16 лет). А так же детей, с врожденной либо развившейся с раннего возраста инвалидностью, нуждающихся в реабилитации, и умственно отсталых детей с различной инвалидностью (с 4 до 18 лет).

Для детей-инвалидов предусматривают необходимый набор помещений: жилых, служебно-бытовых, хозяйственных, административных, медицинских, культурно-массовых и досугового назначения, а также создавать условия для обеспечения обстановки, максимально приближенной к домашней, сочетая ее с необходимым медицинским обслуживанием. Предусматривается стационарное или пятидневное в неделю проживание детей с сохранным интеллектом (от 3 до 16 лет) и умственно отсталых детей (с 4 до 18 лет). Вместимость учреждений для детей-инвалидов рекомендуется принимать 100-200 мест

При проектировании домов-интернатов для детей-инвалидов следует учитывать требования к зданиям общественного назначения согласно СП 118.13330 и СП 59.13330.

1. температура воздуха в помещении должна быть не ниже 14оС, а на улице не ниже -12оС.
2. воздухообмен в помещении - не менее 80м³ воздуха в час на одного человека.
3. площадь на одного человека – не менее 4м²
4. освещенность - не менее 200 лк.
5. световой коэффициент от 1/4 до 1/6.
6. стены и потолки должны быть устойчивыми к ударам мяча.
7. раздевалки - не менее 0,4-0,5 м² на 1 человека.

Если человек находится в вынужденном положении, часто лежачем, необходимо мягкое покрытие пола: маты и т.п.

При занятии адаптивной физической культурой требования к бассейнам:

1. Глубина ванны для детей должна быть 50-80 см, для взрослых- 1,5м.
2. Оптимальный наклон дна ванны в сторону углубления, составляет 7° по отношению к горизонтали.
3. Необходим обход бассейна со всех сторон.
4. Оптимальная высота бортика 50 - 60 см.
5. Необходимы такие специальные приспособления, как специальные пандусы, чтобы спортсмен мог въехать на коляске в воду, покрытие пола, предотвращающее скольжение палок и костылей (особенно такое покрытие необходимо в душе и возле бортика бассейна).

Каждая нозология требует специфического оборудования и инвентаря. Например, при поражении спинного мозга в занятиях с целью фиксации частей тела применяют пояса, полотняные ленты, лямки, манжеты, корсеты, при детском церебральном параличе используются различные современные приспособления, способствующие облегчению передвижения, например, антигравитационные костюмы. При слепоте и слабовидении к мячу предъявляются особые требования: мяч должен быть ощутимым по весу, максимально круглым и ровным, чтобы его угол падения был



Необходимо учитывать принцип адекватности средств, методов индивидуальным возможностям детей и организацию взаимодействия учащихся по принципу психологической совместимости. При возникновении конфликта изменить установки отношений и оценок, компромисс, шутка, улыбка, обоюдный анализ ситуации и так далее.

Можно использовать музыку с целью снятия нервно-мышечного напряжения, ускорения восстановительных процессов, игровые методы, активизирующие внимание, память, воображение, создающие ощущение удовольствия, радости. А так же театрализованные формы занятий: сказкотерапия, сюжетно-ролевые игры, тематические игровые композиции.

4.6. Виды коррекции основных нарушений у детей с умственной отсталостью

1. Коррекция ходьбы. У большинства детей с умственной отсталостью отклонения в физическом развитии отражаются на устойчивости вертикальной позы, сохранении равновесия, походке, способности соизмерять и регулировать свои движения во время ходьбы. Нарушения в ходьбе индивидуальны, типичными явля-

ются: голова опущена вниз, шаркающая походка, стопы развернуты носком внутрь (или наружу), ноги слегка согнуты в тазобедренных суставах, движения рук и ног несогласованны, движения не ритмичны. Особое внимание уделяется формированию правильной осанки, постановки головы, плеч, движению рук, разгибанию ног в момент отталкивания. В младших классах выполняется ходьба по прямой с изменением направления, скорости, перешагиванием через предметы, с ускорением. Нагрузку увеличивают постепенно от класса к классу. *Типичные нарушения осанки:* - вялая осанка, голова опущена, грудь и спина уплощены, плечи сведены, ноги слегка согнуты; - сутулость, голова выдвинута вперед, плечи сильно сведены вперед, живот выпячен; - лордоз, чрезмерный прогиб поясничного отдела позвоночника; - сколиоз, боковое искривление позвоночника, асимметрия плечевого пояса.

2. Коррекция бега. Типичными ошибками являются: излишнее напряжение, порывистость, внезапные остановки, сильный наклон туловища или отклонение назад, запрокидывание головы, раскачивание из стороны в сторону, несогласованность и малая амплитуда движений рук и ног, мелкие неритмичные шаги, передвижение на прямых или полусогнутых ногах

3. Коррекция и развитие мелкой моторики рук. Поражения ЦНС связаны с нарушением нервной регуляции моторики мелких движений рук и пальцев. Отклонения всегда проявляются в целенаправленных двигательных актах, требующих точных координированных движений, в том числе и в метании.

Для активизации движений кисти и пальцев используется разнообразный мелкий инвентарь — мячи, различные по объему, весу, материалу, цвету; шары — надувные, пластмассовые, деревянные; флажки, ленты, резиновые кольца, обручи, гимнастические палки, кубики, мячи-ежики, геометрические фигуры, вырезанные из картона, пуговицы, игрушки и др.

Основной метод игровой, но есть и самостоятельные упражнения, которые можно выполнять в любой обстановке: дома, во дворе, на

При проведении занятий необходимо соблюдать все основные требования предъявляемые к проведению занятий, к спортивным сооружениям, к спортивной обуви и одежде, полным комплектам защитных приспособлений, микроклиматическим условиям. Все составляющие должны соответствовать гигиеническим требованиям, правилам и мероприятиям. Так как не соответствие и каждая ошибка может повлечь за собой несчастный случай и травму.

Так, физические свойства закрытых спортивных сооружений оказывают влияние на организм, при этом может страдать координация движений, ловкость, чувства равновесия, что в свою очередь способствует травматизму. Причиной травматизма может быть не соответствующее гигиеническим нормам материально - техническое обеспечение. Интеграция инвалидов в общество, предполагает проводить занятия АФВ в общественных спортивных сооружениях, в том числе и на олимпийских базах. Главными критериями при выборе спортивной базы являются:

1. Соответствие спортивного сооружения виду спорта.
2. Доступность сооружения в связи с нозологией спортсмена (наличие пандусов для въезда на коляске, необходимых специальных приспособлений).
3. Доступность базы в транспортном отношении.

Одновременно приходится учитывать также уровень профессионального мастерства и общей культуры спортсмена.

Гигиенические требования к месту проведения занятий:

- открытые спортивные площадки должны располагаться не ближе 15м от зданий, игровые площадки - не ближе 25м от зданий.
 - зона для спортивных должна иметь ограждение по периметру высотой 0,5- 0,8м.
 - беговые дорожки должны быть специально оборудованы, иметь ровную поверхность.
 - прыжковые ямы должны быть заполнены песком на глубину 0,5м.
- Гигиенические нормы для помещений, в которых проводят тренировки и оздоровительные занятия:

Глава 6. Профилактика травматизма при занятиях адаптивной физической культурой

Профилактика, то есть предупреждение травматизма представляет собой комплекс организационно - методических мероприятий, направленных на совершенствование физического воспитания. В адаптивной физической культуре огромное внимание должно уделяться обеспечению безопасности учебно-тренировочного процесса, еще в большей мере, чем в физическом воспитании здоровых людей.

Основные причины травматизма:

- Недостаточная профессиональная подготовленность тренера;
- Неправильное комплектование групп;
- Плохая организация тренировочного занятия;
- Недочеты и ошибки в методике занятий и организации соревнований;
- Психическая неподготовленность тренера или спортсмена к занятию;
- Нарушение дисциплины и установленных правил; требований врачебного контроля, неблагоприятные санитарно - гигиенические условия;
- Слабая материально - техническая оснащенность;
- Неудовлетворительное состояние спортивных сооружений, спортивного инвентаря, одежды, обуви, защитных приспособлений;
- Помехи извне, в том числе плохие погодные условия;
- Чрезмерное возбуждение во время игры.

К методическим ошибкам относятся: нарушение регулярности, постепенности и последовательности в овладении двигательными навыками, форсирование тренировок, перегрузки, отсутствие условий для восстановления функционального состояния организма. Все эти недочеты в работе приводят к переутомлению и, как следствие, нарушение координации, ухудшение внимания и защитных реакций, потеря ловкости.

прогулке, в занятиях с родителями, другими детьми, самостоятельно.

Примеры игр.

Игра в шары - бочче (итал.) имеет древнейшую историю (первые известные упоминания - 2-3 тыс. лет до н.э.) и является родоначальницей различных игр, таких как боулинг (кегельбан), петанг, кёрлинг (на льду) и ряда других. Исторически становление этой игры произошло в Древнем Риме, в средние века она получила распространение в Европе, а затем значительно позже в Америке и Азии. В настоящее время спортивная игра бочче популярна во всем мире. Свыше 50 стран мира входят в состав международной федерации бочче (СБИ), штаб квартира которой находится в г. Лугано, Швейцария. В Италии, Швейцарии, Франции, других европейских странах, в ряде стран Южной и Северной Америки бочче является любимой игрой жителей. Правила игры. В игре могут принимать участие от двух до восьми человек (малый набор) или от двух до двенадцати человек (большой набор) или, при объединении наборов, от двух до двадцати человек.



На одного игрока или одну команду полагается по четыре шара одного цвета. Один игрок или одна команда играют только одним цветом шаров. Одна команда может состоять из четырех или двух человек. В игре могут принимать участие две команды (малый набор) или три команды (большой набор) или, при объединении

наборов, пять команд. Суть игры заключается в следующем: жребий определяет игрока, бросающего стартовый шар (маленький, белый). Следующим броском игрок стремится разместить свой шар как можно ближе к стартовому. Следующий игрок бросает свой шар с таким расчетом, чтобы его шар оказался ближе к стартовому. При этом разрешается выбивать шары противника на дальние позиции. При игре командами сначала бросает игрок команды вытянувший жребий, потом игрок следующей команды и так до тех пор пока все игроки во всех командах не сделают свой бросок. После чего игроки определяют чьи шары располагаются наиболее близко к стартовому и начисляют очки. Наиболее близкий, к примеру шар получает 20 очков, следующий - 19 и т.д. Максимальная стоимость одного шара определяется количеством шаров участвующих в игре. Если шаров двадцать то и максимальное количество очков за один шар будет равно двадцати, если восемь шаров, то восемь. Суммируя очки определяют кто из игроков набрал максимальное количество. Этот игрок выигрывает партию и получает право на первый бросок в следующей партии. Количество партий определяют играющие. По результатам всех партий определяется победитель турнира.

Бадминтон — вид спорта, в котором игроки располагаются на противоположных сторонах разделённой сеткой площадки и перекидывают волан через сетку ударами ракеток, стремясь, чтобы он не упал на поле. Соперничают два игрока или две пары игроков. Результаты исследования показали, что занятия бадминтоном оказывают разностороннее воздействие на психофизическое развитие умственно-отсталых детей. Во время игры в работу вовлекаются крупные мышцы туловища, верхнего плечевого пояса, ног, включаются зрительный контроль и пространственная ориентировка.

В процессе обучения игре в бадминтон у детей формируются и закрепляются понятия «выше - ниже», «ближе -дальше», «справа - слева», упрочивается темп и ритм двигательного акта и развивается двигательная реакция. Занятия бадминтоном организуются и

- Работа по нормализации произвольных движений в 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 другие). А так же используют различные предметы: гимнастическую палку, мяч, скакалку для верхних конечностей, гимнастическую стенку, следовые дорожки, параллельные брусья для нижних конечностей.

- Коррекция мелкой моторики и манипулятивной функции рук с предметами. Данный вид необходим для самообслуживания ребенка (тренировка захватывать ложку, вилку, застегивать пуговицы и кнопки на одежде, складывать кубики, мозаику, рисовать) и овладения профессиональными навыками.

- Коррекция сенсорных расстройств необходима для развития: всех видов восприятия; формирования сенсорных эталонов цвета, формы, величины предметов; мышечно-суставного чувства; речи и высших психических функции (внимание, память, мышление).

- Профилактика и коррекция контрактур проводится с помощью физических упражнений (на расслабление, растягивание, потряхивание- по Фелпсу), и с помощью вспомогательных средств (лонгеты, шины, тугоры, воротники, валики, грузы). Вспомогательные средства используют 3—4 раза в день, длительность пребывания в спецукладках зависит от тяжести поражения и переносимости процедуры.

В адаптивной физической культуре важной частью является ЛФК и физические упражнения. Задачи, содержание, методические приемы на занятиях ЛФК связаны с планом лечения, коррекции, обучения и воспитания ребенка и зависят от его состояния и динамики достигнутых результатов.

Коррекционная работа направлена на обеспечение полноценного физического развития, повышения двигательной активности, профилактику и предупреждение вторичных отклонений у аномальных детей. Виды коррекционной работы с детьми, больными ДЦП:

- Нормализация дыхательной функции заключается в правильном выборе исходного положения для выполнения упражнений, т.е. в зависимости от положения тела меняются и условия дыхания. При ДЦП дыхание слабое, поверхностное, движения плохо сочетаются с дыханием, нарушена речь. 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 связана с формированием навыка правильной осанки, созданием мышечного корсета (преимущественное укрепление мышц брюшного пресса и разгибателей спины в грудном отделе позвоночника) и коррекция имеющихся деформаций (кифоза, сколиоза).



направляют деятельность ребенка, формируют двигательные умения, координацию движений, мелкую моторику. Социальная адаптация детей с умственной отсталостью направлена на то, чтобы ребенок-олигофрен не оказался отрезанным от жизни, имел друзей, работу, мог обустроить свой быт, способствует тому, что умственно-отсталые учащиеся, будучи сознательными, были в состоянии заниматься полезным трудом, хорошо ориентироваться в окружающей среде, адаптироваться к новой обстановке.

4.Коррекция плоскостопия. Плоская стопа характеризуется опусканием продольного или поперечного свода, которое вызывает болезненные ощущения при ходьбе и стоянии, плохое настроение, быструю утомляемость. Различают плоскостопие врожденное, рахитическое, паралитическое, травматическое и самое распространенное статическое. Упражнения для профилактики и коррекции плоскостопия используется в следующих исходных положениях: лежа, сидя, стоя, в ходьбе, что дает возможность регулировать нагрузку на мышцы голени и стопы.

5. Коррекция дыхания. Для детей с умственной отсталостью характерно неритмичное поверхностное дыхание, неумение произвольно управлять актом дыхания и согласовывать его с движением. Дети должны уметь пользоваться грудным, диафрагмальным (брюшным) и смешанным (полным) дыханием. Вначале различные типы дыхания осваиваются в покое, а затем в сочетании с движениями. Вдох и выдох проводят через нос, причем выдох должен быть продолжительнее вдоха, что способствует более полноценному последующему вдоху. Чем раньше ребенок научится правильно дышать, тем выше эффект физических упражнений.

Таким образом, многообразие методов, форм и средств направлены на максимальное всестороннее развитие ребенка, его потенциальных возможностей. Такие естественные виды упражнений как ходьба, бег, прыжки, метания, упражнения с мячом и другие обладают огромными возможностями для коррекции развития координационных способностей, равновесия,

ориентировки в пространстве, физической подготовленности, профилактики вторичных нарушений, коррекции сенсорных и психических нарушений.

Глава 5. Адаптивная физическая культура детей школьного возраста с детским церебральным параличом

5.1 Формы детского церебрального паралича

В трудах Гиппократ и К.Галена описан детский церебральный паралич, однако основоположником изучения проблемы ДЦП является английский хирург-ортопед Литтл (1862). Детский церебральный паралич (ДЦП) –это органическое поражение мозга, возникающее в период внутриутробного развития, в родах и в период новорожденности и сопровождающееся двигательными, речевыми и психическими нарушениями. Это один из самых тяжелых видов нарушения. Двигательные расстройства наблюдаются у 100% детей, речевые – у 75%, психические – у 50% детей. Расстройства речи характеризуются лексическими, грамматическими и фонетико-фонематическими нарушениями.

Задержки психического развития проявляются в психических расстройствах или умственной отсталости. Имеются изменения слуха, зрения, вегетативно-сосудистые расстройства, судорожные проявления и в основном наблюдаются нарушения в больших полушариях, которые регулируют произвольные движения и речь.

В нашей стране по классификации К.А.Семеновой (1978), выделяют следующие формы ДЦП: - спастическая диплегия, - двойная диплегия, -гиперкинетическая форма, - гемипаретическая форма, - атонически-астатическая форма.

Спастическая диплегия – самая распространенная форма ДЦП, ноги поражаются больше, чем руки. По средним данным

параллельными брусками, канатом, подвесной дорожкой, шведской стенкой и пр.). Затем ребенок учится ходить самостоятельно.

Наряду с формированием основных двигательных навыков и умений необходимо решать задачи в коррекционной работе, такие как:

- нормализация произвольных движений в суставах верхних и нижних конечностей;
- нормализация дыхательной функции;
- формирование навыка правильной осанки и правильной установки стоп;
- тренировка мышечно-суставного чувства;
- профилактика и коррекция контрактур;
- активизация психических процессов и познавательной деятельности.
- коррекция сенсорных расстройств;
- коррекция координационных нарушений (мелкой моторики кисти, статического и динамического равновесия, ритмичности движений, ориентировки в пространстве);



мышцами-антагонистами и синергистами. В состав мышц входят разные двигательные единицы: медленные и быстрые. Мышцы участвует как в статических, так и в динамических движениях.

Вследствие длительного и выраженного дисбаланса мышц постепенно формируются различные деформации и контрактуры, появляются ортопедические нарушения. Наиболее частые — кифоз и кифосколиоз грудного отдела позвоночника, дисплазия тазобедренного сустава, подвывих и вывих бедер, эквиноварусная, эквиновальгусная и плосковальгусная установка стоп и др. К двум-трем годам у ребенка уже формируются стойкие патологические синергии и порочные позы. При гиперкинетической форме ДЦП появляются непроизвольные насильственные движения – гиперкинезы. Они исчезают во сне и в покое, но усиливаются при физическом или эмоциональном напряжении, попытке выполнить движение, утомлении. Гиперкинезы могут появляться в мышцах конечностей, туловища, языка, шеи, лица.



В первую очередь необходимо развивать реакции выпрямления и равновесия у детей с ДЦП. Это проводится с помощью: тренировки удержания головы; поворотов туловища; ползания на четвереньках; тренировки сидения, стояния, ходьбы. Сначала ребенка обучают ходьбе с поддержкой (руками взрослого,

20 % детей передвигаются самостоятельно, 50% — с помощью, но могут себя обслуживать, писать, манипулировать руками.

Двойная гемиплегия — самая тяжелая форма ДЦП с тотальным поражением больших полушарий, при этом руки «страдают» больше, чем ноги. Цепные установочные Произвольная моторика резко нарушена, выпрямительные рефлексy могут не развиваться вообще. Для этой формы характерны в 90% умственная отсталость, в 60% судороги, дети не обучаемы, не сидят, не стоят, не ходят, функция рук не развита. 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). Произвольные движения размашистые, дискоординированные, нарушен навык письма, речь. В 20—25% поражен слух, в 10% возможны судороги.

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). Дети ходят сами, обучаемость зависит от психических и речевых нарушений.

Атонически-астатическая форма возникает при нарушении функции мозжечка. Поэтому при этом нарушено равновесие в покое и ходьбе, низкий мышечный тонус. Нарушена координация, движения несоразмерны, неритмичны, нарушено самообслуживание, письмо. В 50% отмечаются речевые и психические нарушения различной степени тяжести.

5.2. Этиология детского церебрального паралича

Влияние внутриутробных факторов, их более 400, способны вызвать повреждающее воздействие на центральную нервную систему, но особенно опасно это влияние до 3—4 месяца беременности. Особую опасность представляет кислородное

голодание плода — хроническая гипоксия, в таких условиях нарушено развитие центральной нервной системы. При родах причиной повреждения ЦНС является асфиксия и нарушение мозгового кровообращения. После родов - нейроинфекция (менингит, энцефалит) и травмы головы.



Таким образом, ДЦП является полиэтиологическим заболеванием инфекционного, интоксикационного, воспалительного, токсического, радиационного, экологического, травматического и другого происхождения. *Сопутствующие заболевания и вторичные нарушения.*

1. Контрактуры и деформации — если у ребенка с ДЦП не формируются установочные рефлексы, то и не формируются шейный и поясничный лордозы, рано появляется чрезмерно выраженный кифоз в грудном отделе позвоночника, что способствует быстрому развитию кифосколиоза. При задержке формирования навыка стояния и ходьбы возникает дисбаланс мышц тазобедренного сустава, нарушается развитие крыши вертлужной впадины и головки бедра, что приводит к дисплазии тазобедренных суставов, подвывиху и вывиху бедер. Дисбаланс мышц голени приводит к эквиноварусной и эквиновальгусной деформации стоп.

2. Гипертензионно-гидроцефальный синдром. При

ДЦП чрезмерно увеличивается продукция ликвора, нарушается всасывание в желудочках мозга, повышается внутричерепное давление, что в свою очередь сдавливает клетки и сосуды головного мозга. При этом возможны срыгивания, рвота, вялость, сонливость, апатия, выбухание большого родничка, повышение мышечного тонуса.

3. Судорожный синдром — часто сопровождает ДЦП и в ответ на экзогенные или эндогенные раздражители развиваются эпилептиформные пароксизмы.

4. Нарушение вегетативной нервной системы — в виде снижения аппетита, расстройства сна, беспокойства, периодического повышения температуры, жажды, запоров или поносов, повышенного потоотделения, нарушения иммунологической реактивности и др.

5. Нарушения слуха, зрения, речи. Дети не могут различить звуки на слух, повторить слоги, выделить звуки в словах. Нарушения речи нередко сочетаются с расстройствами дыхания и голосообразования. Нарушения голоса связаны с парезами и параличами мышц языка, губ, мягкого неба, гортани. При этом голос ребенка слабый, тихий, глухой, монотонный, эмоционально невыразительный.

8. Психические нарушения при ДЦП обусловлены ранним органическим поражением головного мозга, ограничением двигательной активности, социальных контактов, а также условиями воспитания.

5.3. Двигательная реабилитация детей с ДЦП

Основным средством двигательной реабилитации является лечебная физическая культура (ЛФК). Двигательная деятельность связана с морфо-функциональными особенностями опорно-двигательного аппарата. Активную часть представляют мышцы. При ДЦП патологические изменения мышечного тонуса приводят к двигательным расстройствам, нарушению взаимодействия между