

**ОСОБЕННОСТИ
ПРАКТИЧЕСКОГО
ПРИМЕНЕНИЯ ТЕХНОЛОГИЙ
АФВ ДЛЯ ОСНОВНЫХ
НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП
ЛИЦ С ОВЗ**

Адаптивная физическая культура (АФК)

– это вид физической культуры предназначенный для человека с отклонениями в состоянии здоровья.

Это деятельность и результаты по созданию готовности человека к жизни; оптимизации его состояния и развития; процесс и результат человеческой деятельности.

Цель адаптивной физической культуры

– максимально возможное развитие жизнеспособности человека, имеющего устойчивые отклонения в состоянии здоровья и (или) инвалидность, за счет обеспечения оптимального режима функционирования отпущенных природой и имеющихся в наличии (оставшихся в процессе жизни) его телесно-двигательных характеристик и духовных сил, их гармонизации для максимально возможной самоактуализации в качестве социально и индивидуально значимого субъекта.

Цель адаптивной физической культуры позволяет сформулировать основную установку деятельности в этой области как занимающихся, так и педагога (преподавателя, тренера, методиста).

Основные средства воздействия на занимающихся адаптивной физической культурой

– это *физические упражнения, естественно-средовые и гигиенические факторы.*



Физическое упражнение – основное средство, важнейшее «орудие» воздействия на человека с отклонениями в состоянии здоровья в любой физкультурно-спортивной технологии. В совокупности с естественно-средовыми и гигиеническими факторами физические упражнения составляют педагогический «инструментарий» специалиста по адаптивной физической культуре.

Как отмечает Ю.Ф. Курамшин, физические упражнения – это двигательные действия, с помощью которых педагоги решают образовательные, воспитательные задачи и задачи физического развития. Многократное выполнение двигательных действий образует двигательную деятельность

Физические упражнения в АФК

В адаптивной физической культуре под физическими упражнениями следует понимать двигательные действия, с помощью которых педагоги решают коррекционные, компенсаторные, профилактические задачи в процессе решения образовательных, воспитательных задач и задач физического развития лиц с отклонениями в состоянии здоровья, включая инвалидов (Евсеев С.П., 2002).

Задачи АФК

1) Общие

1. Образовательные;
2. Воспитательные;
3. Оздоровительные.

2) Специфические

4. Реабилитационно-дефектологические (или коррекционно-развивающие).

ИТОГО, в АФК 4 группы задач

Задачи, решаемые в адаптивной физической культуре, должны ставиться исходя из конкретных потребностей каждого человека; приоритет тех или иных задач во многом обуславливается компонентом (видом) адаптивной физической культуры, учебным материалом, материально-техническим обеспечением образовательного процесса и другими факторами.

Общие задачи

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ

Формирование двигательных навыков и умений, а также соответствующих знаний и навыков самообслуживания.

ВОСПИТАТЕЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ

Воспитание физических качеств, двигательной работоспособности и личностных качеств занимающихся.

ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ

Выздоровление или сохранение здоровья и его укрепление, профилактика заболеваний, закаливание

Специфические задачи

РЕАБИЛИТАЦИОННО-ДЕФЕКТОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАДАЧИ

Направлены на восстановление, коррекцию и/или компенсацию нарушенных функций:

- реабилитация
 - абилитация
 - коррекция
 - компенсация

Классификации физических упражнений, имеющие наибольшее значение для адаптивной физической культуры.

1. Классификация упражнений **по анатомическому признаку**, где прежде всего выделяют упражнения для тех или иных суставов (суставных движений): лучезапястных, локтевых, плечевых, тазобедренных, коленных, голеностопных, суставов позвоночника (шейных, грудных, поясничных позвонков), суставов пальцев рук и ног.

К данной классификации очень близка классификация упражнений **по преимущественному воздействию на развитие отдельных мышечных групп**, в которой выделяют упражнения для мышц: шеи и затылка, спины, живота, плечевого пояса, плеча, предплечья, кисти, таза, бедра, голени и стопы (их обычно используют в бодибилдинге, атлетической гимнастике, шейпинге, пауэрлифтинге, гиревом спорте и других видах спорта).

2. Классификация упражнений *по интенсивности выполняемой занимающимся нагрузки.*

В большинстве случаев они подразделяются на упражнения максимальной, субмаксимальной, большой, средней, малой и умеренной интенсивности. Хотя значительно чаще данную классификацию применяют для выделения тех или иных методов развития и совершенствования физических качеств, ее можно использовать и для разделения на группы самих упражнений, выполнение которых требует от занимающегося проявления соответствующих усилий.

3. Классификация упражнений *по преимущественному воздействию на различные системы и функции организма* (органы дыхания, кровообращения, вестибулярный аппарат и др.).

4. Классификация упражнений *по нозологическому принципу или лечебному эффекту.*

Здесь выделяют упражнения для лечения тех или иных заболеваний: ишемической болезни сердца, инфаркта миокарда, гипертонической болезни и заболеваний сосудов; пневмонии, бронхиальной астмы, муковисцидоза, эмфиземы и др.; нарушений мозгового кровообращения, травматической болезни спинного мозга, остеохондроза позвоночника и невритов периферических нервов и т. д. Обычно такую классификацию используют в физической реабилитации или при организации занятий по лечебной физической культуре.

5. Классификация упражнений, *используемых в основных направлениях адаптивного спорта:* паралимпийском, сурдлимпийском, специальном олимпийском.

6. Классификация упражнений **по структуре движений** (циклические, ациклические, смешанные). В группу циклических упражнений входят: ходьба, бег, плавание и др.; ациклических: гимнастические упражнения на снарядах, метание диска и молота, толкание ядра и др.; смешанных: прыжки в длину или высоту с разбега, опорный прыжок в гимнастике, метание копья с разбега и др.

7. Классификация упражнений **по преимущественному воздействию на развитие и совершенствование качеств и способностей** лиц с ограниченными возможностями здоровья. По этому признаку выделяют упражнения для развития скоростных, силовых, скоростно-силовых, координационных способностей, выносливости, гибкости, сенсорно-перцептивных, интеллектуальных, эстетических, волевых и других способностей (Курамшин Ю.Ф., 2003).

Существует множество и других классификаций физических упражнений. В адаптивной физической культуре очень важно осуществлять индивидуальный подбор упражнений для каждого занимающегося, а также решать прямо противоположную задачу – изыскивать упражнения универсального характера, которые были бы полезны всем без исключения занимающимся, независимо от того, к какой нозологической группе они относятся.

Говоря о классификации технологий физкультурно-оздоровительной деятельности, отметим, что здесь также существует большое их количество, так как технология – более сложное образование по сравнению с физическим упражнением и включает в себя целый ряд компонентов педагогической системы.

Показания к физкультурно-оздоровительным занятиям для лиц с инвалидностью

Необходим строгий врачебный контроль и отбор с проведением всех исследований, функциональных проб, с определением физической работоспособности и толерантности инвалидов к физической нагрузке. Только на основании вышеизложенного, а также тщательно собранного анамнеза можно правильно подойти к выбору двигательного режима, определению показаний и противопоказаний к физической тренировке и занятиям в целом по систематической, круглогодичной программе.

Занятия адаптивной физической культурой показаны при ампутациях конечностей, при последствиях полиомиелита, заболеваний и повреждений спинного мозга, при последствиях детского церебрального паралича, а также при прочих поражениях опорно-двигательного аппарата (врожденные недоразвития и дефекты конечностей, ограничения подвижности суставов, периферические парезы и параличи и др.), людям с нарушением слуха, зрения и интеллекта.

АБСОЛЮТНЫЕ

- Лихорадящие состояния, гнойные и воспалительные процессы, хронические заболевания в стадии обострения, острые инфекционные заболевания;
- Злокачественные новообразования;
- Угроза кровотечения, угроза тромбоэмболии;

ОТНОСИТЕЛЬНЫЕ (показана ЛФК)

- Сердечно-сосудистые заболевания;
- Хронические неспецифические заболевания легких с дыхательной недостаточностью II-III степени, бронхиальная астма тяжелой формы;
- Заболевания крови, в том числе анемия;
- Последствия перенесенных ЧМТ со склонностью к повышению внутричерепного давления с угрозой эпилептических припадков с выраженным вестибулярным синдромом, паркинсонизмом и др.

- Сосудистые заболевания (атеросклероз, церебральные васкулиты) с хронической недостаточностью мозгового кровообращения;
- Последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения с умеренным и выраженным нарушением функции (парезы, параличи, гиперкинезы, и др.), нарушения спинального кровообращения;
- Нервно-мышечные заболевания миопатия, миастения;
- Рассеянный склероз с умеренными и выраженными двигательными, координационными нарушениями без четких и длительных ремиссий;
- Циррозы печени с недостаточностью функции печени, ЖКБ с частыми приступами печеночной колики и недостаточностью функции печени;
- Мочекаменная болезнь с частыми приступами, хроническая почечная недостаточность;

Хронический гепатит любой этиологии;

- Хронический панкреатит;
- Близорукость высокой степени с изменениями на глазном дне;
- Сахарный диабет тяжелой формы, осложненный ретинопатией, нефропатией, ангиопатией и др.;
- Остеохондроз позвоночника, осложненный грыжами;
- Психические заболевания (шизофрения, депрессивно - маниакальные состояния, острые психозы и пр.);
- ДЦП с резко выраженным мышечным тонусом, усиливающимся при физической активности.

Помимо этого имеются определенные ограничения и противопоказания, обусловленные непосредственно самим заболеванием или патологическим процессом, повлекшем инвалидность.

Так, среди инвалидов с поражением опорно-двигательной системы особого внимания при решении вопроса о допуске к физическим тренировкам требуют лица, перенесшие травмы позвоночника и страдающие парапарезами и параплегиями.

К регулярным занятиям могут допускаться инвалиды с поражением спинного мозга на различных уровнях, оперированные или прошедшие курс консервативного лечения. После легких травм или травм средней тяжести занятия могут начинаться через 6 месяцев, с постепенным увеличением нагрузки под обязательным медицинским наблюдением; после тяжелых травм - через один год, за исключением травм шейного отдела.

При заболевании позвоночника, в частности при остеохондрозе шейного отдела, противопоказаны резкие движения в шейном отделе, упражнения, связанные с осевыми нагрузками (бег, прыжки, соскоки), любые упражнения, сопровождающиеся болью в позвоночнике.

При остеохондрозе пояснично-крестцового отдела- силовые упражнения, увеличивающие осевую нагрузку, резкие движения и упражнения, усиливающие сотрясения позвоночника, способствующие увеличению подвижности в пояснично-крестцовом отделе, любые упражнения вызывающие боль.

При сколиозе противопоказаны упражнения с отягощениями (тяжелая атлетика), упражнения где требуется чрезмерная подвижность позвоночника, художественная и спортивная гимнастика, аэробика, упражнения, связанные с сотрясением позвоночника (прыжки), виды спорта с асимметричной нагрузкой и пр.

Технологии физкультурно-оздоровительной деятельности в адаптивной физической культуре.

Все технологии физкультурно-оздоровительной деятельности в зависимости от направленности стратегии подбора упражнений, методов и организационных форм занятий можно разделить на две группы:

- 1) технологии, ориентированные на улучшение функционального состояния занимающихся, независимо от профиля их заболеваний;
- 2) технологии, предусматривающие коррекцию конкретных проблемных зон организма.

Технологии первой группы предусматривают оздоровление занимающихся, обучение их умениям и навыкам психосоматической саморегуляции, а второй – коррекцию, компенсацию и профилактику тех или иных заболеваний: зрения, осанки, дыхания, сердечно-сосудистой системы и др.

Подходы к классификации физкультурно-оздоровительных технологий в адаптивной физической культуре.

Первый подход предусматривает классификацию технологий физкультурно-оздоровительной деятельности, исходя из выделения конкретных проблемных зон организма. В частности, выделяют технологии (методики) физкультурно-оздоровительной деятельности для лиц с нарушением зрения, слуха, с умственной отсталостью, при последствиях церебральных параличей, лиц с поражением спинного мозга, с врожденными аномалиями развития и после ампутации конечностей, а также технологии совместной работы родителей с детьми-инвалидами (Шапкова Л.В. с соавторами, 2003).

Второй подход предполагает классификацию физкультурно-оздоровительных технологий в зависимости от вида адаптивной физической культуры, в котором их реализуют тренеры и педагоги.

Здесь выделяют технологии физкультурно-оздоровительной деятельности в: адаптивном физическом воспитании, адаптивном спорте, адаптивной двигательной рекреации, физической реабилитации, креативных (художественно-музыкальных) телесно-ориентированных и экстремальных видах двигательной активности (Евсеев С.П., 2002).

Третий подход предусматривает классификацию технологий в зависимости от возрастных особенностей занимающихся.

В практической работе специалист по адаптивной физической культуре будет реализовывать технологии, интегрирующие признаки всех трех выделенных подходов. Например, он будет осуществлять технологию адаптивного физического воспитания юношей 16 лет с последствиями заболевания детским церебральным параличом и т. п.

Ряд установочных положений (принципов), которыми необходимо руководствоваться в практической деятельности.

1. Всю систему взаимоотношений с занимающимися во время занятий адаптивной физической культурой необходимо выстраивать в соответствии с личностно-ориентированной гуманистической концепцией отношения к людям с ограниченными возможностями здоровья. Основные идеи этой концепции – социальная интеграция инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья, соблюдение равных прав и обеспечение равных возможностей в реализации образа жизни, характерного для здоровых людей в данных социально-экономических условиях.

2. Соблюдение равных прав и обеспечение равных возможностей людей с отклонениями в состоянии здоровья по сравнению со здоровыми согражданами предполагает исключение всяческих их притеснений, с одной стороны, а также превышение их прав, подчеркивание исключительности данного контингента занимающихся – с другой.

3. Подбор средств и методов работы с людьми с ограниченными возможностями, разработку и применение технологий физкультурно-спортивной деятельности следует осуществлять с учетом и исходя из конечных целей индивидуального существования, определяющих всю систему жизненных установок (аксиологической – ценностной – концепции их жизни). Необходимо помнить, что отношение к здоровью, к собственной двигательной активности не существует изолированно от отношения к другим сторонам жизни и поэтому может быть изменено лишь в контексте изменения системы отношений личности в целом. Поэтому, работая со взрослыми инвалидами, необходимо прежде всего выяснить ценностную концепцию жизни каждого занимающегося и попытаться «встроить» в нее ценности адаптивной физической культуры. Если же педагог работает с детьми и подростками, то ему следует, в первую очередь, попытаться сформировать их ценностные ориентации, исходя из установок на здоровый образ жизни.

4. При разработке и практическом применении физкультурно-спортивных технологий необходимо стремиться к тому, чтобы занятия адаптивной физической культурой были интересными и привлекательными для занимающихся, вызывали у них удовольствие и радость. Следует использовать музыкальное сопровождение занятий, включать в них элементы игрового и соревновательного методов.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ!