

государственное бюджетное общеобразовательное учреждение Самарской области
средняя общеобразовательная школа имени Героя Советского Союза Демидова
К.П. с. Черновка муниципального района Сергиевский Самарской области (ГБОУ
СОШ с. Черновка им. Демидова К.П.)

*Доклад на
на тему:*

**Адаптивная физическая культура с детьми с
ограниченными возможностями здоровья.**

Подготовил и выступил: учитель физической культуры
Яшин Виктор Юрьевич

План

1 Введение.

2 Коррекционно-развивающая направленность в АФК с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

3 Особенности работы с умственно отсталыми детьми.

4 Методы и формы работы.

5 Вывод.

6 Список литературы.

1 Введение.

Адаптивная физическая культура - это часть общей культуры, подсистема физической культуры, одна из сфер социальной деятельности, направленная на удовлетворение потребности лиц с ограниченными возможностями в двигательной активности, восстановлении, укреплении и поддержании здоровья, личностного развития, самореализации физических и духовных сил в целях улучшения качества жизни, социализации интеграции в обществе. (1)

Методика адаптивной физической культуры имеет существенные отличия, обусловленные аномальным развитием физической и психической сферы ребенка.

Чтобы строить педагогический процесс, определять дидактические линии, ставить и решать задачи образовательной деятельности, необходимо знать состояние здоровья, физические, психические, личностные особенности детей с нарушениями в развитии, так как характеристика объекта педагогических воздействий является исходным условием любого процесса образования.

Категория этих детей чрезвычайно разнообразна по нозологии, возрасту, степени тяжести и структуре протекания заболевания, медицинскому прогнозу наличию сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений, состоянию соматического здоровья, уровню физического развития и физической подготовленности и другим признакам.

Для детей-инвалидов с умственной отсталостью из-за необратимого поражения ЦНС физическое и психическое развитие протекает на дефектной основе, при этом недоразвитыми оказываются костная, мышечная, эндокринная, сенсорные системы, высшие психические функции: речь, мышление, внимание, память, эмоции и личность в целом.

2.Коррекционно-развивающая направленность в АФК с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Выдвинутый Л.С. Выготским в 30-е гг. XX в., этот принцип и сегодня является ведущим в отечественной дефектологии (Дульнев Л.В., 1981; Лапшин В.А., Пузанов Б.П., 1990; и т.д.). Суть принципа заключается в том, что педагогические воздействия должны быть направлены не

только на преодоление, сглаживание, выравнивание, ослабление физических и психических недостатков детей аномального развития, но и на активное развитие их познавательной деятельности, психических процессов, физических способностей и нравственных качеств.

Коррекционно-развивающее направление АФК имеет широкий диапазон решений педагогических задач, которые условно можно объединить в следующие группы:

- коррекция основных движений в ходьбе, беге, плавании, метании, прыжках, передвижении на лыжах, упражнениях с предметами и др.;
- коррекция и развитие физической подготовленности;
- коррекция и развитие координационных способностей;
- коррекция и профилактика соматических нарушений;
- профилактика, коррекция и развитие психических и сенсорно-перцептивных способностей;
- развитие познавательной деятельности;
- формирование личности ребенка.

По данным президентской программы "Дети России" число детей, обучающихся в специальных школах, за последние три года возросло на 34 тыс., однако, если численность детей с нарушением слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата не изменяется, то среди групп с нарушением интеллекта и задержки психического развития их число возрастает почти вдвое. Повышению числа умственно отсталых детей способствует такой фактор, как женский алкоголизм и курение во время беременности.

Американская ассоциация врачей, изучающих умственную отсталость, характеризуется следующими критериями: коэффициентом интеллекта (IQ) ниже 70; недостаточностью социальной компетенции индивидуума; возникновением этого дефекта в период развития, т.е. до 18-летнего возраста.(2)

3 Особенности работы с умственно отсталыми детьми.

Из всех нарушений здоровья человека умственная отсталость является самой распространённой. В мире насчитывается более 300 млн. человек с умственной отсталостью. Специалисты, занимающиеся изучением данной категории детей, определяют умственную отсталость

не как болезнь, а как состояние психического недоразвития, характеризующееся многообразными признаками, как в клинической картине, так и в комплексном проявлении физических, психических, интеллектуальных, эмоциональных качеств.(2)

Понять особенности нарушения психомоторики умственно отсталых детей возможно, опираясь на уровневую теорию организации движения Н.А. Бернштейна. Двигательные проявления этих детей отражают недостаточность психологической организации движений. Особенно выражена недостаточность во второсигнальной организации движений. Слово не несет смысловой нагрузки, не является регулятором двигательной деятельности. Недостаточность смыслового предметного уровня организации движений вызывает компенсаторное выполнение двигательного акта на более сохранном пространственном уровне.(2)

Психомоторика отражает особенности состояния коркового уровня организации движений, затормаживает проявление подкорково-спинальных автоматизмов. На фоне этого выступает недостаточность нижележащих церебральных уровней, с присущей каждому уровню клиникой двигательной недостаточности. Недостаточность выражается в нарушении регуляции мышечного тонуса с повышением или понижением тонических рефлексов, приводящих к застаиванию в неудобной позе и невозможности удержать конечность в определенном положении, в бедности выразительных, пластических движений при перемещениях в пространстве. При недостаточности теменно-премоторного уровня наблюдается слабость в интеллектуальном, с опорой на память, решение двигательных задач; затруднении автоматизации предметных действий из-за повышенного внимания деталям движения.

Существует несколько степеней отсталости:

1. Умственная отсталость в *глубокой степени* обусловлена многочисленными тяжелыми признаками, диагностируется на первом году жизни, основывается на данных о здоровье семьи, течение беременности и родов, на результатах генетических и пренатальных исследований.
2. Умственная отсталость в *тяжелой степени* обусловлена совокупным воздействием множества факторов, ведущими из которых являются наследственные (хромосомные мутации), совокупность генетических

влияний и специфических патогенных воздействий среды (травмы, нейроинфекции).

3. Умственная отсталость *умеренной степени* обусловлена, выявляют в младенческом возрасте (4-6 мес.), такие дети начинают позже держать голову, говорить, ходить после трех лет, страдает моторика.

4. Умственная отсталость *легкой степени* обусловлена воздействием этиологических факторов семейно-конституционального (наследственного) характера в совокупности с отрицательными воздействиями культурно-семейного и биологического характера.

Так, в работе со здоровыми детьми специально не выделяют упражнения на включение в движение, на координацию, воздействующие на вестибулярный аппарат. Считается, что любое физическое упражнение в какой-то мере используется в этих целях. Но у аномальных детей имеются настолько значительные дефекты при включении в движение, координации движений и сохранении равновесия, что восстановить их общими упражнениями не удастся. В реабилитации умственно отсталых детей выделяют: общеподготовительные и общеразвивающие упражнения, используемые в малых формах занятий, и специальные (ходьба, бег, лазание и т.д.), которые обычно не относятся к этой группе.

Самостоятельно заниматься люди с нарушенным интеллектом не могут. Занятия с олигофренами строятся по общепринятым принципам. Имеет вводную, основную и заключительную часть. Физиологическая кривая нагрузки, как правило, одно- или двухвершинная. Количество упражнений на первых занятиях колеблется в пределах 6-7, постепенно увеличивая до 10-15. Дозировка каждого упражнения не превышает 4-5 раз. Необходимо учитывать, что специфика рефлексорной задержки дыхательного акта при активной двигательной деятельности требует использования дыхательных упражнений статического и динамического характера с акцентом на удлинённый выдох. Это обусловлено требованиями к охранительному режиму. (2)

Так же значительное место в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья занимает *игра*. Загадка и ценность игры имеют глубокие внутренние корни, так как стремление человека играть, зарождаясь еще в раннем детском возрасте, сопровождает его всю жизнь до глубокой старости: от погремушки и куклы до азартных игр. Тайна

этого феномена лежит в психофизиологической сфере человека. Действительно, если ребенок долго сидит в одной и той же позе, то он чувствует потребность в движении. Энергия ищет выхода, и ребенок совершает движения без всякой цели: бегают, прыгает, толкается. Бесспорно, некоторые игры основываются на избавлении от скопившей энергии, на переключении деятельности.

Игра - это неотъемлемый элемент жизни, человеческой культуры, связывающий поколения.

Психологической основой игры является господство чувств в душе ребенка, свобода их выражения, искренний смех, слезы, восторг, то есть та естественная эмоциональная сущность ребенка, которая ищет выражения как в физической, так и в психической сфере.

Игра формирует личность ребенка. Маленький ребенок - это деятель.(3)

4 Методы и формы.

МЕТОДЫ.

Метод отражает способ взаимодействия педагога и ученика, где полем деятельности являются знания, способности ученика, его эмоции, воля, поведение, при этом сам он выступает одновременно объектом и субъектом педагогической деятельности. Воспитание и обучение детей с интеллектуальной недостаточностью при всем многообразии подходов, обусловленных своеобразием их физической и психической сферы, имеет ряд общих методов, совокупность которых характеризует любой физкультурной деятельности. К ним относятся:

1. метод формирования занятий;
2. метод обучения двигательной деятельности;
3. метод развития физических способностей;
4. метод воспитания личности;
5. метод организации взаимодействия педагога и занимающегося;
6. метод регулирования психического состояния детей.

Так же в реабилитации умственно отсталых детей используют 2 группы методов: *реабилитационно-педагогические* и *спортивно-педагогические*

К реабилитационно-педагогическим относятся:

компенсация - метод формирования заменителей,

коррекция - метод устранения нарушений,

подкрепление - метод сохранения достигнутого уровня.

Из спортивно-педагогических используют: метод строго регламентированного упражнения, т.е. упражнений, выполняемых по определенной схеме и дозировке в занятиях; игровой метод.

ФОРМЫ.

Формы занятий в реабилитации умственно отсталых детей имеют свою специфику. Для этой категории целесообразно использовать индивидуальную, групповую и индивидуально-групповую форму занятий. Наиболее эффективными будут индивидуальная и индивидуально-групповая формы в связи с особенностями контингента и степени обучаемости олигофренов.

6.Вывод

Итак, если у ребенка умственная отсталость, прежде всего, следует позаботиться о его физическом воспитании. Всегда надо помнить, что укреплению здоровья ребенка-инвалида способствует *движение*. Именно движение активизирует функции всего организма, усиливает процессы дыхания, кровообращения, улучшает аппетит, нормализует сон. Больным следует не только помогать, но и стремиться к тому, чтобы он выполнял их правильно. Важно помнить, что развитие всех движений начинается с развития контроля за положением головы. Неправильное двигательное развитие также начинается с неправильного положения головы или спины.

Наряду со специальными упражнениями необходим общий двигательный режим. На всех занятиях у детей развивается ощущение позы и направления движения, положения частей тела. При занятиях нужно хорошо использовать звуковые и речевые сопровождения. Важное значение имеют слова, фразы, которые нормализуют психологическую деятельность ребенка, улучшают понимание речи, обогащают его словарь. Важно помнить, что ребенок с умственной отсталостью обычно слабо представляет схему своего тела и схему целостного движения, поэтому нужно фиксировать его внимание на той части тела, которая в данный момент в работе, в движении.

Список литературы

1. Частные методики АФК Под. ред. Л.В. Шапковой. М.: Советский спорт - 2003.
2. Физическая реабилитация, Под. ред. С.Н. Попова. Ростов на Дону 2008.
3. Коррекционные подвижные игры и упражнения для детей с нарушениями в развитии, Под. Ред. проф. Л.В. Шапковой. М. Советский спорт 2002.
4. Физическая реабилитация и спорт инвалидов. Под ред. А.В. Царик. М.: Советский спорт, 2003. - С. 9-48.