МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

Адаптивна фізична культура і спорт

Методичні вказівки
до практичних та самостійних занять
для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
освітньої програми «Середня освіта (Фізична культура)» та
освітньої програми 017 «Фізична культура і спорт»
галузі знань 01 Освіта/педагогіка,
спеціальності 014.11 Середня освіта (Фізична культура),
017 Фізична культура і спорт
денної та заочної форм навчання.

Луцьк 2023

УДК 615.825(07)
А 28
До друку
Голова вченої ради факультету цифрових, освітніх та соціальних технологій ЛНТУ_____Г.А. Герасимчук

Затверджено вченою радою факультету цифрових, освітніх та соціальних технологій ЛНТУ, протокол №_____від «____»_____2023 року.

Електронна копія друкованого видання передана для внесення в репозитарій ЛНТУ.
Директор бібліотеки_____С.С. Бакуменко

Рекомендовано до видання на засіданні кафедри фізичної культури, спорту та здоров'я Луцького НТУ, протокол №_____від «_____»____2023 року.
Завідувач кафедри ФКСЗ_____В.Я. Ковальчук

Укладачі:_____О.В. Гребік, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичної культури, спорту та здоров'я ЛНТУ.
_____ О.О. Панасюк, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичної культури, спорту та здоров'я ЛНТУ.
_____ Н.І. Боровська, асистент кафедри фізичної культури, спорту та здоров'я ЛНТУ.

Рецензент:_____В.С. Дмитрук, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичної культури, спорту та здоров'я ЛНТУ.

Відповідальний за випуск: _____В.Я. Ковальчук, кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри фізичної культури, спорту та здоров'я ЛНТУ.

А 28 **Адаптивна фізична культура і спорт** [Текст] : практичних та самостійних занять для здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти освітньої програми «Середня освіта (Фізична культура)» та освітньої програми 017 «Фізична культура і спорт» галузі знань 01 Освіта/педагогіка, спец. 014.11 Середня освіта (Фізична культура), 017 Фізична культура і спорт денної та заочної форм навчання /уклад. О. В. Гребік, О.О. Панасюк, Н.І. Боровська– Луцьк: ЛНТУ, 2023. – 48 с.

© О. В. Гребік, О.О. Панасюк, Н.І. Боровська 2023

ЗМІСТ

ВСТУП…… 4

Практичне заняття № 1. …… 5

Практичне заняття № 2. …… 8

Практичне заняття № 3. …… 12

Практичне заняття № 4. …… 15

Практичне заняття № 5. …… 19

Практичне заняття № 6. …… 22

Практичне заняття № 7. …… 26

Практичне заняття № 8. …… 31

Практичне заняття № 9. …… 32

Практичне заняття № 10 …… 33

Практичне заняття № 11 …… 35

Практичне заняття № 12 …… 36

Практичне заняття № 13 …… 36

Практичне заняття № 14 …… 37

ТЕСТИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ……..... 38

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ…… 42

ВСТУП

Адаптивна фізична культура і спорт розглядається як частина загальної культури, підсистема фізичної культури, одна з сфер соціальної діяльності, що спрямована на задоволення потреби осіб з обмеженими можливостями в руховій активності, відновленні, зміцненні й підтримці здоров'я, особистісного розвитку, самореалізації фізичних і духовних сил з метою поліпшення якості життя, соціалізації та інтеграції в суспільство. Відмінною особливістю будь-якої культури є творчий початок. Отже, з повним правом можна сказати, що адаптивна фізична культура як нова навчальна дисципліна – це творча діяльність із перетворення людської природи, «окультурення» тіла, її оздоровлення, формування інтересів, мотивів, потреб, звичок, розвитку вищих психічних функцій, виховання і самовиховання особистості, самореалізації індивідуальних здібностей.

Адаптивна фізична культура і спорт належить до комплексних наук. Вивчення даного курсу має на меті формування комплексу знань та вмінь, які органічно вплітаються в загальну систему підготовки спеціалістів, допомагають адаптувати людей з функціональними обмеженнями до фізичних і соціальних умов оточуючого середовища. До основних елементів цього комплексу необхідно віднести вміння студентів застосовувати методики фізичного виховання при різного роду функціональних порушеннях, а також вміти враховувати результати застосування адаптивної фізичної культури в кожному конкретному випадку.

Адаптивне фізичне виховання (АФВ) - новий напрям у вітчизняній системі освіти і науки, що вивчає аспекти фізичного виховання людей, що мають у результаті захворювань або травм різні стійкі порушення життєво важливих функцій організму і пов'язаних з ними обмежень фізичних можливостей.

Предметом вивчення навчальної дисципліни є теоретичні та практичні основи застосування фізичних вправ з профілактичною і лікувальною метою у комплексному процесі відновлення здоров'я, фізичного стану та працездатності людей з інвалідністю різних нозологічних форм.

Адаптивна фізична культура і спорт - соціальний феномен, головною метою якого є соціалізація людей з обмеженими фізичними можливостями, а не тільки їх лікування з допомогою фізичних вправ і фізіотерапевтичних процедур.

Сучасна адаптивна фізична культура базується на фундаментальних поняттях і медико-біологічному обґрунтуванні механізмів впливу фізичних вправ на системи забезпечення гомеостазу організму, їх пристосування до нових умов існування, чи

морфо-функціональних змін організму після травм і перенесених хвороб.

Опанування дисципліни дасть змогу фахівцеві розробити індивідуалізовану реабілітаційну програму, організувати реалізацію й об'єктивізувати її ефективність.

Практичне заняття № 1

Тема. Адаптивна фізична культура як соціальний феномен

Мета: сформувати поняття про адаптивну фізичну культуру як соціальний феномен сучасного суспільства; вивчити основні етапи генезису адаптивної фізичної культури та сучасні напрями розвитку соціалізації людей з обмеженими фізичними спроможностями.

Зміст основної частини заняття

1. Загальна характеристика адаптивної фізичної культури як соціального феномену сучасного суспільства.
2. Сучасні напрями розвитку соціалізації людей з обмеженими фізичними спроможностями.
3. Теорія адаптивного фізичного виховання.

Теоретичні відомості

Стан людей з обмеженими можливостями, обумовлений стійкими структурним і функціональними змінами організму, в даний час охоплює більше 800 мільйонів людей, що складає не менше 10% населення планети. На цьому фоні одним з серйозних підсумків гуманізації суспільного розвитку кінця XX – початку XXI ст. постало зростання значущості соціалізуючих практик, що стосуються осіб з обмеженими можливостями. У числі найважливіших напрямків роботи з даною категорією населення є адаптивна фізична культура (АФК) і спорт. Із цим явищем сьогодні пов'язані численні очікування в розвитку системи комплексної реабілітації інвалідів і перспективи забезпечення умов для всебічного розвитку осіб з відхиленнями в стані здоров'я.

Людина з обмеженим станом здоров'я має функціональні ускладнення в результаті захворювання, відхилень або недоліків у розвитку, у стані здоров'я, зовнішності, у наслідок не пристосованості зовнішнього середовища до їх потреб, а також будь-якого упередження суспільства з відношення до себе. Тому сучасне населення планети повинно усвідомити наявність інвалідів й необхідність надання для них нормальних умов життя.

Особливість будь якої культури є творчий початок. Тому можна стверджувати, що адаптивна фізична культура, як нова навчальна дисципліна, являє собою творчу діяльність, мета якої:

- перетворення людської природи;
- «окультурення» тіла людини;
- оздоровлення людини;
- формування інтересів, мотивів, потреб, звичок;
- розвиток вищих психічних функцій;
- виховання й самовиховання особистості;
- самореалізація особистих здібностей людини.

Треба зазначити, що велике значення у соціалізації інвалідів відіграє саме адаптивна фізична культура. Адаптивна фізична культура – це соціальний феномен, мета якого полягає у налагоджені й закріпленні соціальних зв'язків людини, яка раніше мала обмежений доступ або зовсім не була включена у соціальний процес, залучення її до повноцінного життя, що наповнене новим змістом, емоціями, почуттями.

Тобто, адаптивна фізична культура – це скоріше, не метод лікування, а засіб переключення уваги інвалідів від хвороби на спілкування, активний відпочинок і розвагу.

Л. Шапкова розглядає адаптивну фізичну культуру як частину загальної культури, підсистему фізичної культури, однією із сфер соціальної діяльності, що спрямована на задоволення потреб особистості з обмеженими можливостями у руховій активності, у становленні, збереженні й підтримці здоров'я, особистісного розвитку, самореалізації фізичних і духовних сил, з метою покращення якості життя, соціалізації й інтеграції людини у суспільство.

На думку С. Євсєєва, адаптивна фізична культура – ширше поняття у порівнянні з лікувальною фізичною культурою й фізичним вихованням дітей, які мають відхилення у стані здоров'я. Адаптивна фізична культура – це система вдосконалення й гармонізації усіх боків та властивостей людини з відхиленнями у стані здоров'я (фізичних, інтелектуальних, емоційно-вольових, естетичних, етичних й ін.) за допомогою фізичних вправ, природо-середовищних і гігієнічних чинників; як специфічний процес, результатом якого є оптимізація стану та розвитку людини у процесі комплексної реабілітації й соціальної інтеграції.

Адаптивна фізична культура (АФК) – це вид загальної фізичної культури для осіб з відхиленнями у стані здоров'я. Максимальний розвиток за допомогою засобів і методів адаптивної фізичної культури життєздатності людини, підтримка у неї оптимального психофізичного стану надає можливість кожному інваліду реалізувати свої творчі потенції і досягти видатних

результатів, не тільки у порівнянні з результатами здорових людей, а, й перевищують їх. Для багатьох інвалідів АФК є єдиним способом «розірвати» замкнутий простір, увійти в соціум, придбати нових друзів, отримати можливість для спілкування, повноцінних емоцій, пізнання світу й ін.. Саме тут, найчастіше вперше у своєму житті, вони пізнають радість руху, вчаться перемагати і гідно переносити поразки, усвідомлюють щастя подолання себе.

У людей з відхиленнями у стані здоров'я адаптивна фізична культура формує:

- усвідомлене ставлення до своїх сил у порівнянні з силами середньостатистичної здорової людини;
- здатність до подолання не лише фізичних, але й психічних бар'єрів, що перешкоджають повноцінному життю;
- компенсаторні навички, тобто дозволяють використовувати функції різних систем і органів замість тих, що відсутні;
- здатність до подолання необхідних для повноцінного функціонування у суспільстві за допомогою фізичних навантажень;
- потребу бути здоровим та вести здоровий спосіб життя;
- осмислення необхідності особистісного вкладу у життя суспільства;
- бажання облагороджувати свої особистісні якості;
- збільшувати свою розумову та фізичну працездатність.

Серед багатьох факторів, що обмежують підтримання оптимального психофізичного стану інвалідів, здійснення ними трудової, побутової, культурної діяльності, а головне, що здатні до розвитку цілого «букету» негативних змін в організмі, – гіподинамія та гіпокінезія. Негативний вплив останніх на всі без винятку органи та функціональні системи людини добре відомі й неодноразово описувалися як у науковій, так і популярній літературі. Поставити надійний заслін різним хворобам, й допомога людині яка потрапила в умови змушеної гіподинамії та гіпокінезії (обмежування природних рухів-локомоцій тощо), оптимізувати її психофізичний стан може тільки розумно організована рухова активність. Величезною є роль адаптивної фізичної культури (особливо адаптивного спорту, адаптивної рухової рекреації, креативних (художньо-музичних) і екстремальних видів адаптивної рухової активності та ін.) У вирішенні завдань соціалізації даної категорії населення, реалізації відповідного сучасним умовам способу життя як кінцевої мети реабілітації, підвищення рівня якості їхнього життя.

Адаптивна фізична культура є найважливішим компонентом всієї системи реабілітації інвалідів та осіб з відхиленнями у стані здоров'я, всіх її видів і форм. Вона з усією очевидністю присутня у всіх сферах життєдіяльності людини і тому складає основу соціально-трудової, соціально-побутової та

соціально-культурної реабілітації; виступає в якості важливих засобів і методів медичної, технічної, психологічної, педагогічної реабілітації. Рухова мобільність людини з обмеженими можливостями являє собою один з важливих критеріїв стадійно- рівневої характеристики процесу реабілітації. Це пояснюється тим, що, наприклад, будь-яка придбана інвалідність ставить перед людиною проблему адаптації до життя в своїй новій якості, що, у свою чергу, практично завжди пов'язане з необхідністю освоєння нових життєво і професійно важливих знань, перцептивних, рухових умінь і навичок, розвитку і вдосконалення спеціальних фізичних і психічних якостей і здібностей. А це неможливо без використання засобів і методів адаптивної фізичної культури.

Адаптивна фізична культура - соціальний феномен, головною метою якого є соціалізація людей з обмеженими фізичними можливостями, а не тільки їх лікування з допомогою фізичних вправ і фізіотерапевтичних процедур.

Контрольні питання

1. Охарактеризувати історію процесу інтеграції людей з особливими потребами до суспільства.
2. Які компоненти включає структура системи фізичного виховання дітей з особливими потребами?
3. Розкрити зміст законодавчих основ адаптивної фізичної культури в Україні.
4. Обґрунтувати основні положення теорії адаптивної фізичної культури..

Питання для самостійної роботи

1. Охарактеризуйте основні поняття АФК.
2. Які особливості АФК в порівнянні зі спортом та фізичною реабілітацією?
3. Охарактеризуйте історію виникнення та розвитку АФК.
4. В чому полягають профілактичні позиції АФК?
5. Як АФК пов’язано з іншими науками та навчальними дисциплінами?

Практичне заняття № 2

Тема. Теоретичні аспекти адаптивної фізичної культури

Мета: систематизувати знання про різноманіття форм, засобів і методів адаптивної фізичної культури, які застосовуються з профілактичною, коригуючою і тренувальною метою.

Зміст основної частини заняття

1. Засоби розвитку рухових функцій.

2. Використання засобів загартовування в АФК.

3. Застосування різних методів формування дії по етапах алгоритму.

4. Різноманіття форм АФК, переваги кожної з них.

5. Рекомендації та протипоказання до використання засобів АФК відповідно до завдань навчального процесу.

Теоретичні відомості

В АФК використовують ті самі засоби, що й у фізичній культурі і спорті: фізичні вправи, рухливі і спортивні ігри, засоби загартовування, елементи хореографії та ін. Проблемним для викладача АФК є вибір засобів для певного заняття та конкретного учня. Вибір засобів визначається: 1) завданнями навчального процесу; 2) функціональними можливостями учня; 3) матеріально-технічним забезпеченням; 4) необхідними умовами безпеки.

До засобів розвитку рухових функцій відносять:

- потиличний суглоб: згинання (нахил голови уперед); розгинання (відкидання голови назад); нахили голови в сторони; колові рухи головою (праворуч і ліворуч);
- пояс верхніх кінцівок: рухи вгору ключиці і лопатки; опускання ключиці і лопатки; рухи уперед, рухи назад ключиці і лопатки; рух лопатки, що відбувається на закінчення руху руки вгору;
- плечовий суглоб: згинання; розгинання; відведення; приведення; колові рухи назовні; колові рухи всередину;
- ліктьовий суглоб: згинання; колові рухи назовні; розгинання; колові рухи всередину;
- рухи кисті: розгинання; згинання; приведення; відведення;
- суглоби пальців руки: розгинання чотирьох пальців (без великого); згинання чотирьох пальців (без великого); розведення пальців; приведення пальців до середнього; згинання великого пальця; розгинання великого пальця; відведення великого пальця; приведення великого пальця;
- рухи хребта: розгинання; згинання; колові рухи (поворот праворуч і ліворуч);
- тазостегновий суглоб: приведення; згинання; відведення; колові рухи всередину; колові рухи назовні; розгинання;
- колінний суглоб: розгинання; згинання; колові рухи всередину; колові рухи назовні;
- рухи стопи: поворот усередину і розгинання; поворот назовні і

приведення; згинання;

- суглоби пальців стопи: згинання; розгинання; ходьба на п’ятах; ходьба на носках.

Загартовування - це цілеспрямована дія на організм природними загартовуючими засобами з метою підвищення рівня здоров’я шляхом формування механізмів адаптації до несприятливих дій температури повітря, води, атмосферного тиску, сонячної радіації, виховання морально-вольових якостей: свідомості, відповідальності, стійкості, витривалості.

Водне середовище, окрім загартовуючої дії на організм, виявляє інші специфічні дії: зменшує силу гравітації, нормалізує функції центральної нервової системи, активізує обмін речовин, у процесі фізичних навантажень попереджає зневоднення і втрату з потом мінеральних речовин, знижує відчуття болю, попереджає травматизм, сприяє розвитку здатності управляти рухами в складних умовах, розвиває координацію.

Під час фізичних вправ у воді полегшуються статичні положення, досягаються повільні плавні рухи, швидкими рухами, завдяки підвищеному опору водного середовища, розвивається сила.

У воді застосовуються ігрові вправи, ігри з елементами змагання, сюжетні ігри, естафети, ігри з м’ячем, фізичні вправи.

Вправи на мілководді передбачають глибину 30-50 см. Основні вправи: ходьба, біг, стрибки, пересування по дну за допомогою рук в упорі лежачи.

Вправи при опорному положенні (опора - дно басейну). При цьому рівень води знаходиться на рівні від поясу до плечей. Сюди належать ходьба, біг, стрибки, загальнорозвиваючі вправи, елементи танцю, швидкісні пересування усією площею басейну бігом, стрибками; вправи на гнучкість.

Вправи при безопірному положенні включають лежання на воді, ковзання, дистанційне плавання.

Вправи з предметами: пінопластовими дошками, кругами, м’ячами, надувними іграшками, підтримуючими поясами та іншими спеціальними пристосуваннями.

Цікавими й захоплюючими є заняття на неглибокій воді базовою аеробікою, степ-аеробікою, танцювальною аеробікою, аеробікою з використанням різних обтяжень, еластичного бинта, предметів, завдяки котрим розвиваються координація, витривалість, сила, гнучкість, уміння розслаблятися. Проте слід пам’ятати, що при виконанні вправ у воді витрачання енергії у 2 рази більше, ніж при виконанні аналогічних вправ на суші, внаслідок ефекту опору більш щільного середовища та більшої теплопровідності, та враховувати цей фактор у харчуванні. Застосування засобів фізичного виховання різного характеру і змісту у профілактичних, коригуючих і тренувальних цілях повинно бути реалізоване на основі глибокого знання

анатомо-фізіологічних особливостей відповідної патології, індивідуального підбору оптимальних фізичних навантажень з урахуванням функціонального стану систем організму.

Застосування різних методів формування дії по етапах алгоритму.

- Постановка завдання: вчитель звертає увагу учнів на проблемну ситуацію. Після того як учні сприйняли запропоновану проблему, викладач керує пошуком рішення.

- Створення уявлення: викладач демонструє учню вправу; вчить його виділяти те суттєве, що вимагає засвоєння, залучає учня до виконання цієї вправи; вчитель демонструє, як виконувати цю вправу в різних ситуаціях; учитель просить учня виконати вправу, що вивчається.

- Повторення: застосовуються дзеркальний, ігровий, змагальний методи.

- Здійснення дії на словах: у парах або малих групах обговорюються проблеми, які виникали під час виконання вправи, що вивчається.

- Індивідуальна самостійна робота учня: доведення дій, які вивчаються, до рухової навички, а також самостійний пошук варіантів виконання цих дій у нових умовах.

Діяльність учнів регулюється системою запитань. Правильні запитання викладача допомагають учню побачити суть дії, творчо впроваджувати її **у** життя. Приклади запитань: Чи можна виконати це завдання? Хто знає, як виконати це завдання? Скількома способами можна виконати це завдання? Яким новими способами можна виконати це завдання? Як ми будемо виконувати це завдання?

Різноманітність форм АФК - добрий засіб підвищення мотивації до занять. Сьогодні можна виділити такі форми АФК: ранкова гігієнічна гімнастика; уроки – заняття фізичними вправами в навчальних закладах; фізкультурні паузи; динамічні перерви; самостійні заняття фізичними вправами; прогулянки; загартовуючі процедури; купання, плавання; рухливі і спортивні ігри; туризм: близький і дальній; елементи спорту; спортивні змагання, спортивні свята; заняття з тваринами: плавання з дельфінами, іппотерапія.

Контрольні питання

1. Чим відрізняються засоби розвитку рухових функцій в АФК?
2. Що таке загартовування? З якою метою воно використовується в АФК?
3. Обґрунтуйте застосування різних методів формування дії по етапах алгоритму.
4. Які форми АФК використовують для підвищення мотивації до занять. Охарактеризуйте кожну з них (за варіантами).

5. Які протипоказання існують до використання засобів АФК відповідно до завдань навчального процесу?

Питання для самостійної роботи

1. Які етапи проходить процес навчання дії в АФК?
2. В чому полягає специфіка навчання руховим діям в АФК?
3. Охарактеризуйте методи розвитку фізичних якостей і здатностей в АФК
4. Які методи виховання особистості переважають в АФК?
5. Які методи педагогічного впливу використовують в АФК?

Практичне заняття № 3

Тема. Медично-педагогічний контроль в адаптивній фізичній культурі

Мета: узагальнити знання про складові медично-педагогічного контрою в АФК; навчитися добирати формалізовані тести для визначення успішності та ефективності навчального процесу в АФК.

Зміст основної частини заняття

1. Види медично-педагогічного контролю в АФК: етапний, поточний, оперативний.
2. Складові частини медичного діагностування.
3. Тестування мотивацій учня в АФК.
4. Оцінка психофізіологічного та фізичного розвитку клієнтів.

Теоретичні відомості

У АФК важливо дотриматись етапного, поточного й оперативного контролю.

Завдання *етапного* контролю - оцінка рівня розвитку функціональних можливостей систем і органів, які лежать в основі рухової активності. Проводиться відповідно до етапів навчального-тренувального процесу. Містить медичне обстеження: огляд фахівцями, функціональні проби, лабораторні аналізи й інструментальні дослідження. По етапах оцінюється динаміка фізіологічних процесів, функціональних якостей, регуляція фізіологічних функцій. Етапний контроль проводиться лікарями.

Сучасний лікарсько-педагогічний контроль містить *фізіологічний контроль* рухових якостей: тестування фізичними навантаженнями з метою

визначення рівня сили і структури силових можливостей рухів у різних суглобах, співвідношення сили і швидкості у діапазоні кутових швидкостей рухів, силової витривалості в ізотонічному й ізодинамічному режимах; вимірювання енергетичного потенціалу - меж аеробної й анаеробної працездатності.

Завдання *поточного* контролю:

- визначення відповідності режиму навантажень фізіологічним спроможностям організму через оцінку загальної напруженості функціонального стану організму;
- оцінка відповідності тренувального ефекту поточних навантажень тим, що планувалися;
- визначення адаптаційного потенціалу організму на момент дослідження: оцінка резервів, зміни функціональних можливостей.

Критеріями є скарги на зміну самопочуття, показники частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, зміни функціональних проб і результатів лабораторних та інструментальних досліджень.

Прояви перевантаження:

- біль або відчуття дискомфорту в ділянці грудей, живота, шиї, у щелепах або руках;
- відчуття нудоти під час або після виконання фізичних вправ;
- поява незвичної задишки під час виконання фізичних вправ;
- втрата свідомості під час заняття;
- порушення ритму серцевої діяльності;
- високі показники пульсу після навантаження зберігаються більше 5 хв. відпочинку.

Завдання *оперативного* контролю:

- оцінка впливу кожного заняття на організм;
- визначення спрямованості та напруженості навантажень;
- оцінка ступеня досягнень конкретної мети кожного заняття;
- здійснення оперативної корекції тренувального ефекту окремих вправ і заняття в цілому.

В оперативному контролі визначають:

- під час навантажень - температуру тіла, ЧСС і частоту дихання, їх співвідношення, легеневу вентиляцію;
- після навантажень - характеристики, що відображають стомлення, зміни електрокардіограми, життєвої ємності легенів, сили дихальних м’язів, параметри, які характеризують енергозабезпечення навантаження (рівень лактату, кислотно- основну рівновагу крові), метаболічні показники, що

характеризують навантаження (вміст лактату, сечовини, фосфору, креатинфосфату, креатину, вільних жирних кислот, кетонових тіл, глюкози).

Медичне діагностування містить: вивчення психоемоційної сфери людини; визначення потреб у фізичній та соціальній реабілітації; оцінку ступеня рухових порушень, визначення ступеня фізичної адаптації; вивчення компенсації головних рухових функцій (сидіння, стояння, ходьба, маніпуляційна ручна діяльність); визначення рекомендованих засобів фізичного виховання і спорту, а також протипоказань; виявлення обмежуючих факторів, які перешкоджають або обмежують вибір засобів фізичного виховання і спорту або інтенсивність тренувальних занять; визначення обсягу й інтенсивності навчального процесу; вибір спеціальних заходів, які необхідно проводити до і після тренувань; встановлення класу спортсмена при заняттях спортом.

До медичної діагностики входить: з'ясовування скарг на стан здоров'я, складання історії хвороби, вимірювання температури тіла, антропометрія, огляд, пальпація (прощупування), перкусія (простукування) й аускультація (прослуховування) з метою обстеження шкіри і слизових оболонок, лімфатичних вузлів, жовчовивідної, сечовивідної, ендокринної і нервової систем, а також визначення рівня статевого розвитку людини. Вивчають рефлекси. Досліджують функції органів чуття і рухові функції. Проводять функціональні проби та лабораторні методи досліджень.

Вивчення й оцінка фізичного розвитку дітей проводиться за загальновизнаною методикою: вимірювання зросту, маси тіла, обвідні розміри грудної клітки (у деяких випадках обвідні розміри голови), для підлітків - ступінь статевого розвитку. Результати обстеження порівнюють з табличними віковими нормами.

Тестування сприйняття спрямоване на дослідження функцій пропріоцептивного, вестибулярного, тактильного, зорового, слухового й нюхового аналізаторів. Діагностується сприйняття якості стимулу, часу його, дії і кількості діючих стимулів, здатність до визначення: положення і напрямку свого тіла у просторі, різних його частин (однієї стосовно інших), просторового відношення свого тіла до стимулу, просторово-часових характеристик власних складних рухів.

Мотивація учня в АФК з'ясовується на підставі відповідей викладача на наступні запитання:

- До якого виду рухової активності виявляє інтерес або мимоволі звертається дитина?
- До яких предметів, до якої діяльності звертається у випадку свободи вибору?
- Які дії здійснює самостійно, без стороннього втручання?
- Які індивідуальні рухові й особистісні якості демонструє дитина у своїй

діяльності?

- Чи існує в руховій діяльності дитини періодичність протягом дня, тижня, місяця, року?
- Яким чином дитина демонструє своє прагнення до розвитку?
- Чи здатна дитина і на який час зосередити увагу на своїй діяльності? У тому числі за зовнішніх перешкод.
- Які перешкоди для неї мають значення?
- Чи займається дитина тим, чим займалася після того, як її увагу відволікли?

Оцінюючи психофізіологічний і фізичний розвиток виділяють 3 групи на основі сигмальних відхилень від середньої арифметичної величини: середній рівень розвитку від М - 1 до М + 1; вище середнього – більше М + 1; нижче середнього – менше М - 1.

Контрольні питання

1. В чому полягає специфіка етапного контролю в АФК?
2. Які завдання вирішує поточний контроль в адаптивному фізичному вихованні?
3. Охарактеризуйте особливості оперативного контролю в АФК.
4. Які компоненти включає медичне діагностування людей з обмеженим можливостями?
5. Яким чином проводять тестування мотивацій учня в АФК?
6. Які складові включає програма оцінки психофізіологічного та фізичного розвитку клієнтів?

Питання для самостійної роботи

1. Яким чином здійснюється профілактика травматизму в АФК?
2. Що є основним причинами травматизму в адаптивному фізичному вихованні?
3. Охарактеризувати вимоги до викладача адаптивного фізичного виховання.
4. Розкрити особливості організації роботи з волонтерами в АФК.

Практичне заняття № 4

Тема. Адаптивна фізична культура при глухоті

Мета: узагальнити знання про особливості адаптивної фізичної культури з

особами, які мають вади слуху; вивчити послідовність формування рухових уявлень, умінь і навичок глухих.

Зміст основної частини заняття

1. Сприйняття звуків залежно від рівня ураження системи слуху.

2. Особливості фізичного виховання осіб з вадами слуху як процесу формування певних знань.

3. Послідовність формування рухових уявлень, умінь і навичок глухих.

Теоретичні відомості

Причини і локалізація пошкодження органу слуху впливають на сприйняття звуків. Глухота впливає на зниження рівня здоров'я. Аналіз анатомо-фізіологічних зв'язків слухового аналізатора з іншими органами і системами організму показує, що пошкодження органу слуху може викликати порушення:

- рефлекторних рухових реакцій на слухові подразники;
- відчуття рівноваги;
- функції окорухових м'язів;
- функції оральних, артикуляцій, фарин- і ларингеальних м'язів;
- несвідомих автоматичних рухів, що забезпечуються екстрапірамідною системою;
- вегетативних реакцій організму.

Глухота – повна відсутність слуху або такий його ступінь пониження, при якому розбірливе сприйняття мови стає неможливим. Повна глухота зустрічається рідко. Більшість глухих мають залишки слуху, що дозволяє їм сприймати певні звуки. Такий стан визначають як слабослухання або туговухість.

Причини і локалізація ушкодження органа слуху впливають на сприйняття звуків.

Сприйняття звуків залежно від рівня пошкодження системи слуху

Мета і завдання викладача	Зміст практичної роботи
Знання і розуміння цінностей учня, його мети, проблем, бажань, старань, інтересів Знання і розуміння переконань учня, діапазону його	Визначити коло інтересів учня. З'ясувати зміст самостійних дій учня. Виявити пріоритети учня у виборі предметів діяльності, спортивного інвентарю З'ясувати самооцінку учня, виявити

можливостей і здібностей	причини його сумнівів, побоювань, тривоги, страхів.

Фізичне виховання глухих як процес формування певних знань має свої специфічні особливості. Пов’язані вони з проблемою мови. Слово – засіб систематизації безпосередніх чуттєвих вражень, організації та регуляції пізнавальних дій, поповнення безпосереднього чуттєвого досвіду, відтворення досвіду і включення його до нової системи зв’язків.

Зв'язок мови з мисленням схематично можна уявити таким чином: Об’єкт Сприйняття, Словесний символ, Образ, Мислення, Свідома діяльність суб’єкта.

При глухоті цей алгоритм порушується. Уроджена або рано набута глухота за відсутності необхідних корекцій має як наслідок затримку формування словесного абстрактно-логічного мислення. При цьому зберігаються неушкодженими наочно-діючі й наочно-образні форми мислення Така часткова затримка інтелектуального розвитку проявляється нестійкістю інтересів, швидким пересиченням, недостатньою самостійністю наївністю, навіюваністю.

Таким чином, у процесі фізичного виховання глухих необхідно розширювати обсяг понять, які відображають предмети і явища, й уявлення про взаємовідносини цих понять між собою. У процесі АФВ необхідно розвивати абстрактно-логічне мислення: засобами фізичної культури навчати дітей виділяти суттєві та несуттєві ознаки предметів або дій і на їхній основі формувати абстрактні поняття; встановлювати узагальнені зв’язки між новини й отриманими раніше знаннями. З цією метою виховання рухової дії об’єднують з процесами мислення: спостереженням, порівнянням, узагальненням, творчістю.

Фізичне виховання глухих має ряд специфічних завдань. Розвиток сприймання:

- вестибулярне тренування;
- вдосконалення просторового орієнтування;
- розвиток здатності ідентифікувати людей і предмети;
- підвищення швидкості переключення уваги з метою кращого орієнтування;
- вдосконалення реакції за вибором;
- підвищення бистроти рухових реакцій. Розширення м'язово-рухових уявлень.

Розширення обсягу рухової пам'яті.

Із умінь і навичок при глухоті дуже важливо розвивати: уміння раціонально аналізувати ситуацію; здатність встановлювати зв'язки між попереднім досвідом і новими знаннями; раціональний розподіл фізичних зусиль.

Засоби фізичного виховання:

- загальнорозвиваючі фізичні вправи;
- циклічні аеробні вправи (біг, ходьба, їзда на велосипеді);
- дихальні вправи (з тривалим видихом);
- вправи для зміцнення м’язів хребта; – вправи для розвитку координації;
- елементи гімнастики;
- елементи акробатики;
- аеробіка;
- танцювально-ритмічні вправи;
- танці;
- види спорту: бадмінтон, баскетбол, боротьба вільна і греко-римська, боулінг, бочче, волейбол, гольф, дзюдо, теніс, футбол, хокей, хокей з м'ячем, шашки, шахи.

Стратегія процесу фізичного виховання базується на таких вихідних даних, як причини патології, її прояв, наявність ускладнень і супутніх рухових порушень. У формуванні рухових уявлень, умінь і навичок рекомендується така послідовність тем:

- положення голови (при глухоті часто для кращого вловлювання звуку людина повертає або нахиляє голову, що негативно впливає на поставу, хребет);
- правильне дихання;
- раціональна поза (ця тема особливо важлива при ураженнях вестибулярного аналізатора);
- фундаментальні властивості руху;
- довільні і мимовільні рухи;
- рух очей, що організує рух тіла;
- координація згиначів і розгиначів;
- рух і дихання;
- раціональна дія;
- просторові відношення як засіб координації та раціоналізації дії.

Контрольні питання:

1. В чому полягає специфіка сприйняття звуків залежно від рівня ураження системи слуху?

2. Чим відрізняється фізичне виховання осіб з вадами слуху як процес формування певних знань?

3. Охарактеризуйте алгоритм зв'язку мови з мисленням. Яким чином він порушується при глухоті?

4. Які форми мислення найбільш порушуються у осіб з вадами слуху?

5. За допомогою яких методів АФК їх можна розвивати у глухих?

6. Охарактеризуйте послідовність формування рухових уявлень, умінь і навичок глухих.

Питання для самостійної роботи

1. Охарактеризуйте сучасні методики АФК осіб з вадами слуху.

2. Яким чином побудовані заняття з фізичного виховання з глухими?

3. Які ігри використовуються у фізичному вихованні осіб з вадами слуху? Наведіть приклади.

4. Які особливості АФК при глухоті з особами різного віку?

Практичне заняття № 5

Тема. Адаптивна фізична культура при сліпоті

Мета: узагальнити знання про особливості адаптивної фізичної культури з особами, які мають вади зору; вивчити методи навчання спортивної техніки з використанням тифлологічних пристосувань.

Зміст основної частини заняття

1. Допуск до занять АФК осіб з вадами зору.

2. Матеріально-технічне забезпечення занять АФК сліпих та людей, що слабко бачать.

3. Методи навчання спортивної техніки осіб з вадами зору (метод словесного описування дій, метод вибірково-сенсорної демонстрації, метод спрямо-ваного «відчування» рухів,методсенсорного програмування, метод термінової інформації, метод суворо регламентованої вправи).

Теоретичні відомості

При патології органу зору в АФК особливу увагу приділяють питанню *допуску до занять.* До занять фізичними вправами отримують допуск особи з патологією, при якій відсутній ризик погіршення функції зору від фізичного навантаження. Такі хвороби виділяють в групу А. До цієї групи належать не

прогресуючі форми короткозорості, атрофія і субатрофія очного яблука та інші види абсолютної сліпоти незалежно від їхнього походження за умови відсутності запального процесу, схильності до крововиливів і больового синдрому, а також пігментна абіотрофія сітківки, центральні хориоретинальні дистрофії, уроджені аномалії розвитку очного яблука, не прогресуюча атрофія очного нерва, помутніння рогівки, катаракта. Діти, включені до групи А, не потребують особливих обмежень при заняттях фізичною культурою. Група Б об'єднує людей із захворюваннями очей, схильними до прогресування і погіршення функцій зору, такими, як прогресуючі форми короткозорості, глаукома, центральна хориоретинальна атеросклеротична дистрофія, відшарування сітківки, вивих і підвивих кришталика, атрофія зорового нерва, стафілома склери і рогівки. Віднесення до цієї групи має на увазі повну заборону фізичних вправ або значні обмеження, вказані лікарем-офтальмологом.

Формуючи групи для занять АФК, враховують:

1) патологію очей;

2) рівень фізичної підготовки;

3) захворювання інших органів, систем;

4) ступінь зорового дефекту (центральний зір, вид оптичної корекції, поле зору);

5) участь в роботі окремих груп м'язів;

6) психоемоційний стан;

7) вік;

8) стать.

У роботі з незрячими значну роль відіграє матеріально-технічне забезпечення: загального характеру, загального характеру з тифлодоробками, спеціальне тифлотехнічне.

Тифлотехніка фізичної культури - сукупність тифлологічних приладів і пристосувань, які допомагають незрячим людям оволодівати рухами тіла, займатися спортивною ходьбою, бігом, стрільбою, плаванням та ін. Сюди належать тактильні й вібраційні дисплеї, візуальні дисплеї для тих, хто слабко бачить, полісенсорні діагностичні пристрої, засоби оптичної корекції, аудіовізуальні прилади й апарати, електронно-оптичні запам'ятовуючі системи, спеціальні замкнені телевізійні пристрої з відеозаписом, апаратура, призначена для визначення еталонів і порівняння.

Методи навчання спортивній техніці. Заняття АФК повинні проводитися з використанням тифлологічних пристосувань, які покращують орієнтування незрячих людей і гарантують безпеку під час занять. Важливою є точна оцінка

тренером (або його помічником) рухів, які виконує учень, передбачених кожною методикою. Введення термінових коректив сприяє найефективнішому навчанню диференціюванню точності рухів у просторі, у часі та за ступенем м'язових зусиль.

Метод словесного описування дій, які необхідно виконувати спортсмену-адаптанту, включає опис частин тіла, що задіяні у виконанні рухів. Контроль техніки виконання, активізація і поглиблення сприйняття, оцінка результатів, напрям поведінки учня вимагають майстерності володіння словом.

Метод вибірково-сенсорної демонстрації має на увазі відтворення окремих рухів (найчастіше тимчасових і просторово-часових) за допомогою апаратурних пристроїв, що дозволяють сприйняти на слух освоювані параметри (наприклад, акустична демонстрація за допомогою метронома або радіоапаратури).

Метод направленого "відчуття " рухів виражається зосередженням уваги учня на сприйнятті сигналів від м'язово-зв'язкового апарату в крайніх точках амплітуди рухів. В процесі тренування удосконалюють пропріоцепцію. Так, рекомендується повторювати пояснення і показ правильного виконання вправи 4 - 8 разів, після чого вислухати 2 - 3 відповіді учнів про виконання вправ. Після цього викладач пояснює положення окремих частин тіла у вправі, а учні, виконуючи його, визначають і оцінюють точність рухів.

Метод застосування спеціальних тренажерів і різних пристосувань, які "примусово" задають параметри рухів, що вимагаються, дозволяючи практично відчути їх.

Автокардіолідери, які задають програму вправ циклічного характеру, по частоті серцевих скорочень звіряють задану частоту з фактичною, регульованою в учня за допомогою автоматичного електронного пристрою.

Метод лідирування (поточного сенсорного програмування) полягає в застосуванні звуколідерів в бігу для тренування "прямого бігу", що при даній нозології є одним з найскладніших етапів навчання.

Метод термінової інформації - сучасний технічний метод, який передбачає екстрене отримання учнем об'єктивних відомостей про хід рухів з ціллю їх корекції або збереження заданих параметрів шляхом зв'язку з радіо, або завдяки мініатюрним електронним звуковим інформаторам, що кріпляться на тіло спортсмена і подають сигнал при порушенні техніки виконання рухів, також, тензоелектронних пристроїв моделювання гучності звуку, що подає інформацію про величину зусиль, прикладених до спортивного снаряда.

В ході занять можна також керуватися методами строго регламентованої вправи, такими, як:

- *метод розчленовано-конструктивної вправи* (розучування дії в розчленованому вигляді з послідовним об'єднанням частин в ціле);

- *метод виборчої вправи* (виборча дія на окремі сторони структури рухів або окремі фізичні якості).

Особливістю методики АФК при сліпоті є розвиток:

- м'язово-суглобового відчуття;
- орієнтування в просторі;
- орієнтування в часі;
- здатності відчувати темп і швидкість рухів, їх амплітуду і ступінь напруження м'язів.

У роботі з незрячими розрізняють два види орієнтації в просторі: макроорієнтацію (в просторі, який не має обмежень) і мікроорієнтацію (в "малому" просторі, обмеженому зоною дії рук).

Для правильного сприйняття при слабозрячості необхідно створити певні умови: забезпечити достатню кутову величину об'єктів, контрастність, яскравість, необхідний рівень освітлення.

Контрольні питання:

1. Які особи з патологією органів зору та яким чином отримують допуск до занять фізичними вправами?
2. Що включає лікарсько-педагогічний контроль занять АФК сліпих?
3. Чим відрізняється тифлотехніка фізичної культури? Що до неї належить?
4. Які методи навчання спортивної техніки використовують для осіб з вадами зору? В чому специфіка кожного з них?

Питання для самостійної роботи

1. Охарактеризуйте сучасні методики АФК осіб з вадами зору.
2. Яким чином побудовані заняття з фізичного виховання з сліпими та особами, які слабко бачать?
3. Які ігри використовуються у фізичному вихованні осіб з вадами зору? Наведіть приклади.
4. Які особливості АФК при сліпоті та слабкобаченні з особами різного віку?

Практичне заняття № 6

Тема. Адаптивна фізична культура при порушеннях опорно-рухового апарату

Мета: узагальнити знання про особливості адаптивної фізичної культури з

особами, які мають порушення опорно-рухової системи; вивчити специфіку занять фізичними вправами з різними нозологічними групами клієнтів.

Зміст основної частини заняття

1. Фізичний стан людей після ампутації.
2. Специфіка занять АФК після ампутації кінцівок.
3. Фізичний стан людей при ураженнях спинного мозку.
4. Особливості методики АФК при травмах спинного мозку.

Теоретичні відомості

Рухова діяльність людини надто складна. Всі опірні та рухові функції забезпечуються скелетом, м'язами і нервовою системою. Ушкодження будь-якої з цих ланок призводить до обмеження рухових можливостей.

Ампутація - хірургічна операція, яка полягає в повному або частковому відтинанні будь-якого органа (кінцівки тощо). Аналогічний ампутації стан спостерігається при вродженому дефекті розвитку кінцівки (її відсутності та недорозвиненості).

Причинами ампутації за статистикою, як правило, є травми, опіки, пухлини, судинні захворювання тощо. У результаті страждає весь організм людини: відсутність кінцівки, зменшення маси тіла, гіпокінезія, хронічний стрес призводять до ряду складних функціональних і патофізіологічних порушень. Значно порушуються функції серцево-судинної, дихальної систем (змінюється артеріальний тиск, знижуються адаптаційні можливості), вегетативної нервової системи, ендокринної системи і процеси обміну. Знижуються адаптаційно- компенсаторні процеси усього організму, його толерантність до фізичних навантажень. Порушення співвідношення мас частин тіла призводить до зміщення центру ваги тіла, порушення стійкості і рівноваги.

При ампутації колінного суглоба функціональні показники людини знижуються на 70%, а при відсутності гомілковостопного - на 40%. Знижуються показники сили м'язів, розташованих вище ампутації, розвиваються контрактури. Дисбаланс м'язів, зміщення центру мас, скривлення поперечного відділу хребта, перекошення тазу з боку ампутації, нерівномірний розподіл маси тіла на нижні кінцівки з часом призводять до розвитку дегенеративно-дистрофічних процесів у суглобах ампутованої й опірної кінцівок, у хребті, а також до порушення рухового стереотипу ходьби. Ускладненнями ампутацій бувають захворювання хребта і суглобів нижніх кінцівок, плоскостопість, які супроводжуються болями і заважають

пересуванню на протезі.

Викладачеві потрібно знати, в якому стані знаходиться спортсмен: у стані компенсації чи її порушення. Компенсація значною мірою залежить від якості протезу. Коли він добре підігнаний, відбувається рівномірне навантаження на куксу з опорою на її кінець. При порушеннях компенсації протезом користуватися не можна, ампутаційна кукса значно атрофована, непокоїть швидка стомлюваність, періодичні болі в куксі, фантомні болі, обмеження рухів і біль у суглобах здорової кінцівки, болі у хребті.

При достатній компенсації втраченої функції людина може займатися тими видами фізичної діяльності, які їй подобаються.

Після ампутації кінцівок відбувається перебудова рухових навичок, розвивається компенсаторне пристосування, можливості якого визначаються переважно силою і витривалістю м'язової системи. У зв'язку з цим АФК відіграє важливу роль у формуванні кукси, у підготовці її до первинного протезування й у навчанні користування протезом.

На першому етапі (ранній післяопераційний період) АФК застосовують, щоб поліпшити кровообіг у куксі, найшвидше ліквідувати післяопераційний набряк та інфільтрат, стимулювати процеси регенерації, а також для профілактики контрактур і м'язових атрофій, поліпшення загального стану.

На другому етапі (після зняття швів) АФК спрямована на формування раціональної кукси (правильної форми, безболісної, опороспроможної, сильної, витривалої до навантаження) і підготовку її до протезування. Для цього необхідно відновити рухливість у проксимальному суглобі, нормалізувати м'язовий тонус у куксі; зміцнити м'язові групи; підготувати вищерозташовані сегменти кінцівки і тулуба до механічного впливу гільзи, кріплень і тяг протезів; розвинути м'язово- суглобове відчуття, координацію і рівновагу роздільних і поєднаних рухів; удосконалити форми рухових компенсацій. Відновлення рухливості у збережених суглобах ампутованої кінцівки має першочергове значення.

На заключному етапі АФК застосовують, щоб виробити навички самообслуговування, навчити користуватися робочими пристосуваннями, тимчасовими і постійними протезами, сформувати правильну поставу.

Обсяг рухових можливостей при *ураженнях спинного мозку* залежить від рівня ураження.

При ураженні хребта на рівні CI – CIV шийних хребців відмічається спастичний параліч усіх чотирьох кінцівок, втрата усіх видів чутливості з відповідного рівня донизу, розлад сечовипускання за центральним типом.

Ураження на рівні С7 – ТІ хребців характеризується тим, що збережена іннервація м’язів шиї, плечового пояса і рук, за виключенням довгих згиначів і дрібних м’язів руки, які іннервовані частково. Відмічається порушення

дихальної функції через парез частини дихальної мускулатури, спастичний параліч нижніх кінцівок, розлади сечовипускання та дефекації.

Людина може пересуватися і перевертатися в ліжку в усі боки, а при доброму тренуванні переходити з ліжка на візок. Веде головним чином сидячий спосіб життя. Може самостійно управляти візком у межах невеликого простору. Потребує допомоги у побутовій діяльності, такій, як туалет, одягання та ін. Проблематичною є діяльність, яка вимагає тонкої моторики рук.

При ураженні на рівні Т2 хребців відмічається повний обсяг рухів у руках, спастична параплегія нижніх кінцівок, розлад сечовипускання і дефекації, втрата усіх видів чутливості в нижніх відділах, рівновага в сидячому положенні недостатньо стійка. Людина потребує допомоги при переміщенні з візка до автомобіля.

При ураженні на рівні хребця Т7 має місце спастична параплегія нижніх кінцівок, розлад сечовипускання і дефекації. Обсяг рухів у руках відповідає обсягу рухів здорової людини. Може самостійно здійснювати усі види побутової діяльності і навіть ходити без сторонньої допомоги. Головний спосіб пересування

- візок. Не може самостійно підніматися сходами.

При ураженні спинного мозку на рівні поперекового потовщення, відповідного LI – SI хребцям, має місце периферичний параліч нижніх кінцівок з порушенням чутливості, розлад сечовипускання і дефекації. Збережено іннервацію м’язів верхніх кінцівок, грудної клітки і живота. Людина самостійна в усіх видах побутової діяльності та при пересуванні на візку, ходить на милицях, може ходити без сторонньої допомоги. Ускладненим залишається вставання із сидячого положення і піднімання сходами. Може виконувати будь-яку роботу, що не пов’язана з тривалим перебуванням стоячи на ногах. Для відпочинку потребує візок.

Ушкодження Conusmeduearis (SIII – SV хребці) характеризується відсутністю паралічів. Відсутня чутливість в ділянці промежини. Відмічається розлад сечовипускання периферичного типу.

Ураження спинного мозку супроводжується відсутністю усіх видів чутливості у нижніх відділах, порушеннями крово- і лімфообігу, функцій дихальної, травної, видільної систем і статевої сфери. Значно патологічно впливають примусове положення тіла і гіподинамія. Процеси, що розвиваються при цьому, погіршують практично усі функціональні можливості організму: уповільнюють швидкість реакції на зовнішні подразники; знижують рівень функції аналізу і синтезу центральної нервової системи; погіршують координацію рухових дій. Одним із тяжких ускладнень спинної травми є трофічні виразки, пролежні, які стають хронічним джерелом інфікування організму і частою причиною ускладнень з боку системи сечовипускання.

Контрольні питання:

1. Чим характеризується фізичний стан людей після ампутації?
2. В чому полягає специфіка занять АФК після ампутації кінцівок?
3. Від чого залежить обсяг рухових можливостей при ураженнях спинного мозку?
4. Як змінюється фізичний стан людей при ураженнях спинного мозку?
5. Які особливості мають методики АФК при травмах спинного мозку?

Питання для самостійної роботи

1. Охарактеризуйте сучасні методики АФК осіб з порушенням опорно-рухового апарату (за нозологіями).
2. Яким чином побудовані заняття з фізичного виховання з клієнтами після ампутації кінцівок?
3. Яким чином побудовані заняття з фізичного виховання з клієнтами при ураженнях спинного мозку?
4. Які особливості АФК при порушеннях опорно-рухового апарату з особами різного віку?

Практичне заняття № 7

Тема. Адаптивна фізична культура при дитячому церебральному паралічі

Мета: узагальнити знання про особливості адаптивної фізичної культури при дитячому церебральному паралічі; вивчити специфіку занять фізичними вправами при різних за важкістю формах ДЦП.

Зміст основної частини заняття

1. Особливості фізичного та сенсорного розвитку осіб з ДЦП.
2. АФК при тяжких формах ДЦП.
3. АФК при ДЦП середнього і легкого ступеня.

Теоретичні відомості

Порушення моторного розвитку при вираженій патології визначається вже у віці 3 місяців, коли у результаті певного «дозрівання» центральної нервової системи остаточно зникає вплив рефлексів новонароджених. При затримці розвитку наявність проявів лабіринтового тонічного рефлексу у віці старше 3

місяців призводить до відсутності або недорозвинення нормальних відношень між згиначами й розгиначами шиї, результатом чого стає відсутність контролю положення голови. Виявлення тонічного рефлексу з голови на тулуб робить неможливим роздільний поворот голови та тулуба і відповідно тонічного рефлексу з тулуба на таз у віці старше 4-5 місяців.

Прояви симетричного шийного тонічного рефлексу призводять до залежності тонусу згиначів і розгиначів кінцівок від положення голови.

Прояви асиметричного шийного тонічного рефлексу затримують розвиток координацій око - рука, орієнтування у просторі, рухливість погляду, здатність до фіксації погляду та розширення поля зору. Вертикальність тіла, тобто забезпечення його вертикального положення через подолання дії сили ваги, відбувається завдяки певному алгоритму: прояви лабіринтових тонічних рефлексів пригнічуються лабіринтовими установочними рефлексами, їх у відповідний час пригнічують ланцюгові рефлекси, на базі яких формуються реакції опори і реакції рівноваги. Порушення на будь-якому з цих етапів призводить до зупинки розвитку і формування патологічних компенсацій.

Проявами порушень рухової сфери у віці до одного року є перерозгинання м’язів шиї, скутість рухів у ногах і руках. Переворот зі спини на живіт відбувається за допомогою перерозгинання, при цьому дитина вигинається дугою, спираючись на голову і п’ятки, і під дією сили ваги падає на бік, а потім перекочується на живіт. Підвищений тонус розгиначів шиї перешкоджає згинанню голови. Пізніше з метою утримування голови розвивається патологічна компенсація - піднімання плечей, що ще більше заважає розвитку активних рухів голови і шиї.

Через затримку розвитку деяких структур нервової системи, порушення процесів мієлінізації нервових волокон, затримку редукування примітивних тонічних рефлексів і розвиток установочних і випрямних рефлексів, порушення координаційних відношень різних рівнів регуляції довільної моторики та м’язового тонусу розвивається патологічний руховий стереотип. Останній при ДЦП має такі особливості: відхилення центру ваги тіла; патологія статичної й динамічної складових рухового стереотипу; скорочення великих грудних м’язів, клубово-поперекових, поперекових квадратних, привідних м’язів стегна, триголових м’язів гомілки; зниження сили нижніх фіксаторів лопатки, м’язів живота, сідничних м’язів, відвідних м’язів стегна.

Неабияку роль при ДЦП відіграють порушення зору, слуху, емоційно-вольової сфери, інтелекту, поведінки, мовлення. У 20-25% хворих на ДЦП гострота слуху знижена на одне або обидва вуха. Недостатньо розвинена здатність розрізняти звукові частоти, особливо високої тональності. Наслідком цього є складні мовні порушення. Вада зору проявляється зменшенням його периферійних полів або, навпаки, недостатністю центрального бачення.

Нерідко спостерігаються порушення фіксацій і простежування предмета, іноді за рахунок штовхоподібних мимовільних рухів очних яблук (ністагм). Ці порушення заважають формуванню уваги і вмінню зосередитися на завданні. Таким чином, значно страждають сприйняття. При ДЦП нерідко мають місце розумова відсталість різних ступенів, епілептичні напади, проте слід пам'ятати про присутній у багатьох випадках ДЦП феномен дисоціації між задовільним рівнем логічного мислення та недорозвиненістю функцій, що забезпечують аналіз і синтез простору, здатністю розпізнавати предмети через дотик, процесами впізнавання речей та їхніх відображень, кінестезією, моторикою, мовленням. Важливо враховувати, що такі діти з недорозвиненим мовленням, неповноцінною моторикою, уповільненими реакціями, нерідко зі слинотечею, мають вигляд глибше розумово відсталих, ніж це є насправді.

За відсутності реабілітаційних заходів і лікування при ДЦП до 2-5 років життя формуються контрактури, деформації суглобів, спотворені постави та установлення, патологічний руховий стереотип. До 5-8 років деформації нижніх кінцівок призводять до скривлення хребта і деформацій грудної клітки, дисторзії таза, внаслідок чого виникають сколіози, кіфосколіози, функціональні блоки тазостегнових суглобів і хребта. Ці зміни мають стійкий характер, значно обмежують рухові можливості людини і можуть призводити до порушень інших життєво важливих систем і органів. Отже, ДЦП супроводжується порушеннями діяльності серцево-судинної і дихальної систем, вегетативних функцій.

АФК при тяжких формах ДЦП, коли людина не здатна приймати і самостійно утримувати вертикальну позу, рухові здібності розвивають у наступній послідовності:

- стимулюють вестибулярну функцію;
- добиваються ліквідації патологічного впливу тонічних рефлексів;
- розвивають настановні рефлекси;
- нормалізують м'язовий тонус;
- добиваються реакції повороту голови на звук або інший подразник;
- формують вміння контролювати положення голови у просторі, вчать піднімати голову без підняття плечей;
- добиваються роздільних рухів голови і тіла при зміні положення;
- нормалізують м'язовий тонус рук (у тому числі великих грудних м'язів) і формують вміння випрямляти руки;
- розвивають зорово-рухову координацію голови і рук,
- формують вміння виконувати повороти тулуба із спини на живіт і навпаки;
- розвивають уміння повзати на животі і пересуватися в упорі;

- формують вміння сідати з допомогою і самостійно;
- розвивають маніпулятивну діяльність рук;
- формують вміння вставати на ноги і утримувати вертикальну позу;
- розвивають навики циклічних рухів: плавання, ходьба, біг.

З цією метою застосовують методики Боббат, Війта, Козявкіна і ін.

На початку навчального процесу бажано використовувати індивідуальний метод; згодом - індивідуально-груповий (групи 3-6 чоловік); метод "однорідної групи", при якому в групу підбирають дітей одного рівня за віком, фізичним розвитку, формам ДЦП, ступенем рухових порушень, супутніми виявами. У міру соціалізації дитини групи збільшують до 7-12 осіб. Ефективні ігри із загальним для всіх учасників предметом: обручем, м'ячем, тентом. Велику роль у заняттях відіграє музичний супровід ритмічного характеру у вигляді коротких музичних фрагментів і пісень.

АФК при ДЦП середнього і легкого ступеня характеризується такими особливостями:

- розвиток мови через рух: об'єднання звуку і руху; звукове забарвлення руху; ролеві рухливі ігри з мовним виразом; ритмізація рухової активності; оволодіння регуляцією дихання як складовою звукоутворення; розвиток дрібної моторики рук і т.п.;
- формування в процесі фізичного виховання просторових і тимчасових уявлень, як, наприклад: далі-ближче; вище-нижче; зліва-справа; більше-менше; багато- мало; швидко-поволі; часто-рідко;
- формування у процесі рухової діяльності понять про предмети, рухи та їх якості;
- управління емоційною сферою дитини, розвиток її етично-вольових рис засобами спеціальних рухливих завдань, ігор, естафет.

Підбираючи *вправи для розминки,* керуються відповідністю їх цілі заняття, специфічною спрямованістю, ритмічною врівноваженістю і завершеністю. Для розминки загального характеру підбирають 8 - 10 вправ, техніка яких вже добре засвоєна учнем, або не вимагає тривалого навчання. У послідовності рухів повинне бути присутнє поступове збільшення амплітуди, складності і кількості задіяних м'язів. Перенесення рухових навиків рекомендується здійснювати у послідовності з вправи на вправу, із однієї м'язової групи на іншу. Після вправ, спрямованих на окремі м'язові групи, застосовують вправи, які об'єднують попередні вправи у великі складні комбінації для всього тіла. Наприклад: нахили тулуба з поворотами голови; рухи плечима - з нахилами тулуба. У завершальній частині розминки - вправи для розвитку гнучкості: вправи на розтягування нижньої частини спини, задньої поверхні стегон. Вправи виконуються ритмічно, плавно, з поступовим нарощуванням амплітуди.

Підбір вправ основної частини уроку, вимагає дотримання таких принципів: відповідність завданням, забезпечення ефективності і безпеки; бути цікавими і різноманітними. Інтенсивність повинна поступово збільшуватися на початку основної частини заняття і зменшуватися до закінчення. Необхідно задіювати максимальне число м'язових груп, обов'язково - пошкоджені. Підбирати вправи, які залучають до роботи м'язи-антагоністи. Рухи, які є стресовими для організму, застосовувати в обмеженій кількості повторень залежно від показань.

Доступність, інтенсивність, складність варіюють в логічній послідовності. Увагу концентрують на техніці виконання рухів, а не на кількості повторень. Переходи між вправами повинні бути плавними, неважкими для виконання, вказівки - однозначними і зрозумілими учню. Починають основну частину аеробним розігріванням: ходьба, біг, рухи руками і ногами із збільшенням амплітуди, махові рухи. Після цього переходять до вправ в такій послідовності: розтягання великих грудних м'язів, розвиток сили нижніх фіксаторів лопатки; розтягання поздовжньо-поперекових, квадратних поперекових м'язів, розвиток сили м'язів живота; розтягування привідних м'язів стегна, силові вправи для сідничних м'язів, відвідних м'язів; розтягування трицепсів гомілки (саме ці м'язи, як правило, уражені при ДЦП).

У заключній ("підтримуючій") частині необхідно підбирати вправи індивідуальної спрямованості; залучати в дію основні групи м'язів, формуючи правильну поставу. Перевагу віддається вправам на розтягнення: підколінних сухожилків, привідних м'язів стегна, квадрицепсів, згиначів стегна, гомілкових м'язів. Заняття завершують грою або змаганням, естафетою, танцем, з метою забезпечення в учнів позитивних вражень від отриманих результатів.

Контрольні питання:

1. Чим характеризується фізичний стан людей з ДЦП?
2. Які порушення сенсорного розвитку спостерігаються при ДЦП?
3. Яким чином змінюється діяльність функціональних систем організму людини при ДЦП?
4. Які існують класифікації ДЦП? Яка з них використовується в практичній роботі з АФК?
5. В чому проявляється специфіка АФК при тяжких формах ДЦП?
6. Чим відрізняється методика АФК при ДЦП середнього і легкого ступеня?

Питання для самостійної роботи

1. Охарактеризуйте сучасні методики АФК при ДЦП (за важкістю прояву захворювання).

2. Які ігри використовуються у фізичному вихованні осіб з ДЦП? Наведіть приклади.

3. Яким чином побудовані заняття з фізичного виховання для клієнтів з ДЦП?

4. Які особливості АФК при ДЦП з особами різного віку?

Практичне заняття № 8

Тема: Види адаптивної фізичної культури, їх характеристика

Мета: охарактеризувати АФВ, як науку та навчальну дисципліну, визначити зв'язок АФВ з іншими науками та дисциплінами та визначити сучасний стан і проблеми інвалідності.

План

1. Мета та завдання адаптивного фізичного виховання.
2. Зв'язок адаптивного фізичного виховання з іншими науками та навчальними дисциплінами.
3. Охарактеризувати поняття: «адаптивна фізична культура»,«фізична реабілітація»,«адаптивне фізичне виховання»,«адаптивний спорт», «інвалід»,«інвалідність»,«соціальний захист інвалідів»,«дифектологія», «корекційна педагогіка».
4. Сучасний стан проблеми інвалідності у світі. 5.Актуальні проблеми АФВ в Україні та світі.

Контрольні запитання та завдання

1. Мета та завдання адаптивного фізичного виховання.
2. Який сучасний стан проблеми інвалідності у світі ?
3. Які актуальні проблеми адаптивного фізичного виховання в Україні ?
4. Які причини збільшення кількості інвалідів у світі?
5. За даними МОЗ України скільки українців є інвалідами і скільки відсотків населення вважається практично здоровими?
6. Зв'язок адаптивного фізичного виховання з іншими науками та навчальними дисциплінами.

Методи і прийоми самостійної роботи над завданнями до самостійного заняття № 8

1. Вивчення і конспектування методичного матеріалу,термінів і понять адаптивного фізичного виховання.

2. Письмові відповіді на запитання та проблемне завдання: «Адаптивне фізичне виховання, як засіб інтеграції людей з особливими потребами в суспільство»:

2.1. Характеристика сучасного адаптивного фізичного виховання в Україні.

2.2. Державна система реабілітації.

2.3. Система корекційної педагогіки – 4етапи (за віковим принципом).

Види контролю

Співбесіда з ведучим викладачем, перегляд конспектів.

Практичне заняття № 9

Тема: Адаптивне фізичне виховання для дітей і підлітків з порушенням зору.

Мета: ознайомитись загальними відомостями про сліпоту та слабозорість, визначити завдання АФВ при сліпоті та слабозорості, охарактеризувати засоби АФВ при сліпоті та слабозорості, визначити особливості методики АФВ при вадах зору.

План

1. Загальні відомості про сліпоту та слабозорість.
2. Завдання АФВ при сліпоті та слабозорості.
3. Засоби АФВ при сліпоті та слабозорості.
4. Допуск до занять АФВ при сліпоті та слабозорості.
5. Лікарський контроль та профілактика травматизму.
6. Особливості методики АФВ при сліпоті та слабозорості.
7. Специфічні завдання та засоби АФВ при сліпоті та слабозорості.
8. Особливості роботи викладача з АФВ з сліпими та слабозорими.

Контрольні запитання

1. Які загальні відомості про вади зору ви знаєте?
2. Які завдання адаптивного фізичного виховання при вадах зору?
3. Які засоби адаптивного фізичного виховання при вадах зору?
4. Які особливості методики АФВ при вадах зору ?
5. Які специфічні завдання та засоби АФВ при вадах зору ?
6. Які особливості роботи викладача з АФВ з вадами зору ?

7. АФВ при станах після ампутації з вадами зору.
8. Які засоби АФК і рекреації частіше використовують у сліпих дітей?

Методи і прийоми самостійної роботи над завданнями до самостійного заняття № 9

1. Вивчення і конспектування методичного матеріалу,термінів і понять адаптивного фізичного виховання.
2. Письмові відповіді на запитання та проблемне завдання:

2.1. Особливості побудови процесу адаптивного фізичного виховання осіб з вадами зору.

2.2. Адаптивне фізичне виховання осіб з наркотичною залежністю.

Практичне заняття № 10

Тема: Адаптивне фізичне виховання для дітей і підлітків з порушенням слуху

Мета: ознайомитись з загальними відомостями про глухоту,визначити завдання АФВ при глухоті. Охарактеризувати засоби АФВ при дефектах слуху та особливості методики АФВ при дефектах слуху.

План

1. Загальні відомості про глухоту.
2. Завдання АФВ при глухоті.
3. Засоби АФВ при дефектах слуху.
4. Особливості методики АФВ при дефектах слуху.
5. Вплив глухоти на стан здоров’я та рухову функцію організму.
6. Особливості роботи викладача АФВ з глухими.

Контрольні запитання

1. Загальні відомості про вади слуху.
2. Які завдання АФВ при вадах слуху ?
3. Засоби АФВ при дефектах слуху.
4. Особливості методики АФВ при дефектах слуху.
5. Вплив глухоти на стан здоров’я та рухову функцію організму.
6. У чому полягають особливості роботи викладача з адаптивного фізичного виховання з глухими ?
7. Які засоби АФК і рекреації частіше використовують у глухих дітей ?

Методи і прийоми самостійної роботи над завданнями до самостійного заняття № 10

1.Вивчення і конспектування методичного матеріалу,термінів і понять адаптивного фізичного виховання.

2. Письмові відповіді на запитання та проблемне завдання:

2.1 Фізкультурно-спортивні споруди для людей обмеженими можливостями.

3. Особливості побудови процесу адаптивного фізичного виховання осіб з вадами слуху.

Практичне заняття № 11

Тема: Адаптивне фізичне виховання і спорт осіб з порушеннями інтелектуального розвитку.

Мета: визначити мету та завдання АВФ при розумових вадах, охарактеризувати особливості використання засобів АФВ при вадах інтелекту, визначити особливості методики АФВ при розумових вадах.

План

1. Загальні відомості про відхилення розумового розвитку.
2. Мета та завдання АФВ при розумових вадах.
3. Специфічні завдання АФВ при розумових вадах.
4. Методи та засоби АФВ при відхиленнях розумового розвитку.
5. Особливості методики АФВ при розумових вадах.
6. Особливості роботи викладача з АФВ з особами з розумовими вадами.

Контрольні запитання та завдання

1.Які рухові порушення виділяють при відхиленні розумового розвитку?

2.Фактори, які призводять до відхилення розумового розвитку.

3. Перелічте чотири ступені зниження інтелекту.

4. Поясніть,що таке ступінь психічного недорозвинення ?

5. Що таке затримка психічного розвитку ?

6. Які засоби АФВ при розумових вадах ?

7. У чому полягає особливість методики АФВ при відхиленнях розумового розвитку?

Методи і прийоми самостійної роботи над завданнями до

самостійного заняття №12

1. Вивчення і конспектування методичного матеріалу,термінів і понять адаптивного фізичного виховання.

2. Письмові відповіді на запитання та проблемне завдання:

2.1.Адаптивне фізичне виховання у Будинку дитини.

2.2. Методика розвитку психомоторних умінь і навичок у дітей 1-го року життя.

2.3. Адаптивне фізичне виховання в похилому віці та старості.

Види контролю

Співбесіда з ведучим викладачем, перегляд конспектів.

Практичне заняття №12

Тема: Адаптивне фізичне виховання дітей і підлітків з інвалідизуючими захворюваннями центральної нервової системи

Мета: визначити мету та завдання адаптивного фізичного виховання(АФВ) при дитячому церебральному паралічу(ДЦП), охарактеризувати методи та засоби АФВ при ДЦП.

План

1. Мета та завдання адаптивного фізичного виховання при ДЦП.
2. Методи та засоби адаптивного фізичного виховання при ДЦП.
3. Особливості методики при дитячому церебральному паралічу.

Контрольні запитання

1. Загальні відомості про ДЦП.
2. Які причини виникнення дитячих церебральних паралічей (ДЦП)?
3. Мета та завдання АФВ при ДЦП.
4. Методи та засоби АФВ при ДЦП.
5. Які види дитячих церебральних (спастичних) паралічей (ДЦП)?
6. АФВ при важких формах ДЦ.
7. АФВ при ДЦП середньому і легкому ступені важкості.
8. У чому полягає о собливість роботи викладача з АФВ з особами при ДЦП?
9. Які ви знаєте специфічні завдання та засоби АФВ при ДЦП?

10. Фізичні вправи і тренажерні пристрої для збільшення активних рухів при ДЦП.

11. Які причини інвалідності хворих при вадах опорно-рухового апарату?

12. Дії персоналу в разі виникнення приступу судом у хворого (елементарна домедична допомога) при епілепсії.

Методи і прийоми самостійної роботи над завданнями до самостійного заняття №13

1. Вивчення і конспектування методичного матеріалу,термінів і понять адаптивного фізичного виховання.
2. Письмові відповіді на запитання та проблемне завдання:

2.1. Особливості побудови процессу адаптивного фізичного виховання осіб з вадами інтелекту.

2.2. Адаптивне фізичне виховання осіб з алкогольною залежністю.

Практичне заняття № 13

Тема: Адаптивне фізичне виховання дітей та підлітків з інвалізуючими травмами спинного мозку.

Мета: охарактеризувати особливості використання засобів і методику АФВ при ураженнях спинного мозку та при станах після ампутації.

План

1.Загальні та часткові завдання АВФ при ураженнях спинного мозку.

2.Особливості використання специфічних засобів АФВ при ураженнях спинного мозку.

3. Методичні вказівки з АФВ для людей з ушкодженням спинного мозку.
4. Мета та загальні завдання АВФ при станах після ампутації. 5.Специфічні завдання АВФ при станах після ампутації. 6.Особливості використання засобів АФВ при станах після ампутації.

Контрольні запитання

1. Зміст та особливості завдань АФВ при порушеннях опорно - рухового апарату.
2. Які загальні завдання АВФ при ураженнях спинного мозку?
3. Які часткові завдання АВФ при ураженнях спинного мозку?
4. У чому полягають особливості використання специфічних засобів АФВ при ураженнях спинного мозку ?

5. Які ви знаєте засоби АФВ при порушеннях опорно - рухового апарату?

6. Які є методи АФВ при порушеннях опорно - рухового апарату?

Методи і прийоми самостійної роботи над завданнями до самостійного заняття №14

1. Вивчення і конспектування методичного матеріалу,термінів і понять адаптивного фізичного виховання.

2. Письмові відповіді на запитання та проблемне завдання:

2.1. У чому полягають особливості використання специфічних засобів АФВ при ураженнях спинного мозку ?

2.2. Специфічність вимог до організації спортивних заходів для інвалідів.

Практичне заняття № 14

Тема: Інваліди молодого віку внаслідок травм і каліцтв.

Мета: охарактеризувати особливості використання засобів і методику АФВ при ураженнях спинного мозку та при станах після ампутації.

План

1. Мета та загальні завдання АВФ при станах після ампутації.
2. Специфічні завдання АВФ при станах після ампутації.
3. Особливості використання засобів АФВ при станах після ампутації.

Контрольні запитання

1. Поясніть термін «ампутація».
2. У чому полягають причини ампутації ?
3. Яка мета та загальні завдання АВФ при станах після ампутації?
4. Які ви знаєте специфічні завдання АФВ при станах після ампутації ?
5. АФВ при ампутації і вроджених дефектах верхніх кінцівок.
6. АФВ при ампутації колінного суглоба.
7. Які загальні завдання АВФ при станах після ампутації ?
8. Яким біомеханічним вимогам повинен відповідати протез під час занять фізичними вправами?
9. У чому полягає особливість роботи викладача з АФВ з ампутантами та спинальниками ?

Методи і прийоми самостійної роботи над завданнями до самостійного заняття №15

1. Вивчення і конспектування методичного матеріалу,термінів і понять адаптивного фізичного виховання.

2. Письмові відповіді на запитання та проблемне завдання:

2.1. Інваліди молодого віку внаслідок травм і каліцтв.

2.2. Специфічність вимог до організації спортивних заходів для інвалідів.

ТЕСТИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Механізми лікувальної дії фізичних вправ:

а) тонізуючий, трофічний, нормалізуючий, компенсаторний; б) тонізуючий, психологічний, лікувальний, компенсаторний; в) тонізуючий, трофічний, нервовий, гуморальний;

г) нормалізуючий, зміцнюючий, психологічний, нервовий.

2. Соціальний феномен, головною метою якого є соціалізація людей з обмеженими фізичними спроможностями, а не тільки їх лікування з допомогою фізичних вправ і фізіотерапевтичних процедур – це:

а) адаптивна фізична культура; б) корекційна педагогіка;

в) дефектологія;

г) спорт інвалідів.

3. Підвищення інтенсивності біологічних процесів у організмі, загального тонусу організму під впливом дозованого м’язового навантаження (за рахунок відновлення моторно-вісцеральних рефлексів) – це:

а) тонізуючий вплив фізичних вправ; б) трофічна дія фізичних вправ;

в) нормалізація функцій за допомогою фізичних вправ;

г) формування компенсацій за допомогою фізичних вправ.

4. Засоби адаптивної фізичної культури:

а) фізичні вправи, ігри, засоби загартовування; б) масаж, фізіотерапія, аеротерапія;

в) фітотерапія, психотерапія, масаж;

г) механотерапія, фітотерапія, дієтотерапія.

5. Прискорення місцевого кровообігу, обмінних процесів під впливом фізичних вправ, внаслідок чого відбувається регенерація – це:

а) трофічна дія фізичних вправ;

б) нормалізація функцій за допомогою фізичних вправ; в) тонізуючий вплив фізичних вправ;

г) формування компенсацій за допомогою фізичних вправ.

6. Що відображає фізіологічна крива фізичного навантаження заняття АФК:

а) зміни показників функціональних систем організму під дією фізичних вправ;

б) зміни показників емоційного стану хворого;

в) зміни показників спритності, сили, витривалості; г) зміни настрою клієнта.

7. Сурдопедагогіка – це:

а) педагогіка глухих і тих, хто слабко чує; б) корекція мовних порушень;

в) корекція психічних порушень;

г) педагогіка сліпих і тих, хто слабко бачить.

8. Система гігієнічних заходів, спрямованих на підвищення стійкості організму до несприятливих впливів різних метеорологічних факторів (холоду, тепла, сонячної радіації, зниженого атмосферного тиску) – це:

а) загартовування; б) масаж;

в) фізіотерапія; г) працетерапія.

9. Головними засобами адаптивної фізичної культури є: а) фізичні вправи;

б) елементи масажу;

в) складові фізіотерапії; г) природні чинники.

10. Форми адаптивної фізичної культури:

а) ранкова гігієнічна гімнастика, самостійні заняття фізичними вправами, теренкур;

б) ранкова гігієнічна гімнастика, фітотерапія, масаж; в) лікувальна гімнастика, вільна боротьба, масаж;

г) психотерапія, теренкур, масаж.

11. Найбільша інтенсивність заняття фізичними вправами повинна бути: а) в основній частині заняття АФК;

б) в заключній частині заняття АФК; в) у вступній частині заняття АФК; г) впродовж всього заняття АФК.

12. Адаптувати людей, які мають функціональні обмеження, до фізичних і соціальних умов навколишнього середовища – це:

а) мета адаптивного фізичного виховання; б) визначення фізичної реабілітації;

в) визначення масажу;

г) мета гідрокінезотерапії.

13. Ранкова гігієнічна гімнастика спрямована на:

а) стимуляцію діяльності всього організму;

б) стимуляцію функції лише серцево-судинної системи; в) стимуляцію діяльності лише системи дихання;

г) стимуляцію функції переважно нервової системи.

14. Загальні методи педагогіки, які використовуються в АФК: а) репродуктивний, проблемний, ігровий;

б) комплексний, щадно-тренуючий, тренуючий;

в) лікувальний масаж, лікувальна гімнастика, ранкова гігієнічна гімнастика;

г) гімнастичний, спортивно-прикладний, ігровий.

15. В АФК використовують матеріально-технічне забезпечення:

а) загального та спеціального призначення (відповідно до нозології); б) тільки загального призначення;

в) тільки спеціального призначення (відповідно до нозології); г) медичного призначення.

16. Зниження навантаження на серцевий м'яз відбувається при виконанні вправ в положенні:

а) сидячи, лежачи; б) стоячи, сидячи; в) тільки стоячи;

г) стоячи, лежачи.

17. Тимчасове або постійне заміщення порушеної чи втраченої під впливом хвороби функції, адаптація ушкодженого органа за рахунок оптимізації регуляторних механізмів, під впливом м'язових навантажень - це:

а) формування компенсацій за допомогою фізичних вправ; б) трофічна дія фізичних вправ;

в) нормалізація функцій за допомогою фізичних вправ; г) тонізуючий вплив фізичних вправ.

18. Для визначення статичної рівноваги в АФК використовують: а) тест «фламінго»;

б) стрибки в довжину з місця; в) елементи боротьби;

г) комплексні вправи.

19. Обов'язковою складовою АФК є:

а) медично-педагогічний контроль;

б) досягнення високих спортивних результатів; в) отримання спортивних розрядів;

г) участь у параолімпійських змаганнях.

20. Загальна структура рухових здібностей людини включає:

а) силові, швидкісні, координаційні здібності, витривалість, гнучкість; б) силові, швидкісні здібності, витривалість;

в) сила, швидкість, гнучкість, антропометричні показники; г) координаційні здібності, сила, швидкість.

21. Об'єктивний показник інтенсивності фізичних вправ: а) величина пульсу;

б) стомленість;

в) пітливість шкіри; г) сухість шкіри.

22. Спеціальні завдання АФК вирішуються у частині заняття: а) основній;

б) вступній; в) заключній; г) додатковій.

23. На заняттях АФК з глухими викладач обов'язково повинен: а) володіти знаковою мовою;

б) мати гучний голос;

в) використовувати ігри зі складними правилами; г) мінімально використовувати міміку та жести.

24. Для покращання функції зору в АФК використовують наступні засоби:

а) гімнастика Бейтса, вправи для шийного відділу хребта, вправи для м'язів очей;

б) комплекси фізичних вправ з навантаженням; в) біг на довгі дистанції, стрибки;

г) важка атлетика.

25. В АФК хворих з інсультом основну увагу приділяють відновленню: а) рухових функцій та мови;

б) частоти серцевих скорочень;

в) роботи кишково-шлункового тракту; г) нормального сечовиділення.

РЕКОМЕНДОВАНІ ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ

1. Бріскін Ю. А. Спорт інвалідів: [підручник] / Ю. А.Бріскін. – К. : Олімпійська література, 2006. – С. 5-124.

2. Круцевич Т. Ю. Теорія і методика фізичного виховання: підручник для студ. ВНЗ / Т. Ю. Круцевич. - К.: Олімпійська література, 2008. – 393 с.

3.Клапчук В.В. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина / В.В. Клапчук, Г.В. Дзяк, І.В. Муравов [та ін.] / за ред. В.В. Клапчука, Г.В. Дзяка. – К.: Здоров'я, 1995. − 312 с.

4.Кравченко А.І. Медико-біологічна та реабілітаційна термінологія для студентів спеціальностей "Фізична реабілітація", "Фізична культура": навч. посіб. / А.І. Кравченко, Ю.О. Лянной, В.В. Купина. – Суми: СумДПУ ім. А.С.Макаренка, 2002. – 212 с.

5.Лікувальна фізкультура в санаторно-курортних закладах / за ред. Л.І. Фісенко. - К.: Купріянова, 2005. – 400 с.

6.Лікувальна фізкультура при остеохондрозі шийного відділу хребта в людей середнього та літнього віку: метод. реком.; уклад. В.В. Поворознюк та ін. – К.: Ін-т геронтології, 2000. – 26 с.

7.Лутай М.І. Медикаментозне лікування стабільної стенокардії: методичні рекомендації Робочої групи з проблемами атеросклерозу та хронічних форм ІХС Асоціації кардіологівУкраїни / М.І. Лутай, Г.Ф. Лисенко. - К.: ПП ВМБ, 2008. – 64 с.

8.Михайлова Н.Є. Методологія фізичної реабілітації дітей, хворих на вроджену клишоногість: монографія / Н.Є. Михайлова. – Рівне, 2012. – 216 с.

9.Мурза В.П. Фізична реабілітація в хірургії: навч. посіб. / В.П. Мурза, В.М. Мухін. - К.: Науковий світ, 2008. - 247 с.

10.Мухін В.М. Фізична реабілітація: підруч. / В.М. Мухін. – 3-тє вид., переробл. та доповн. - К.: Олімп. л-ра, 2009. – 488 с.

11.Ногас А.О. Фізична реабілітація при множинних захворюваннях: навчально-метод. посіб. А.О. Ногас, І.М. Григус. - Рівне, 2007. - 100с.

© О. В. Гребік, О.О. Панасюк, Н.І. Боровська

Адаптивна фізична культура і спорт [Текст] : практичних та самостійних занять для здобувачів першого (бакалаврського) рівня
А 28 вищої освіти освітньої програми «Середня освіта (Фізична культура)» та освітньої програми 017 «Фізична культура і спорт» галузі знань 01 Освіта/педагогіка, спец. 014.11 Середня освіта (Фізична культура), 017 Фізична культура і спорт денної та заочної форм навчання /уклад. О. В. Гребік, О.О. Панасюк, Н.І. Боровська – Луцьк: ЛНТУ, 2023. – 48 с.

Комп'ютерний набір: Д. В. Перевознік
Редактор: О. В. Гребік

Підп. до друку «__»_____2023 р. Формат 60х84/16. Папір офс.
Гарн. Таймс. Ум. друк. арк. 2,5.
Тираж 30 прим.

Відділ іміджу та промоції ЛНТУ
43018, м. Луцьк,
вул. Львівська,75
Друк – Кафедра фізичної культури, спорту та здоров'я
ЛНТУ