|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОТДЕЛ ОБРАЗОВАНИЯ АДМИНИСТРАЦИИ ЕГОРЛЫКСКОГО РАЙОНАМУНИЦИПАЛЬНОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ«ДЕТСКО-ЮНОШЕСКАЯ СПОРТИВНАЯ ШКОЛА»ЕГОРЛЫКСКОГО РАЙОНА

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **«Рассмотрена»** |  | **«УтверждЕНА»** |
| на заседании  |  | ДиректорОМ МБОУДО «ДЮСШ» ЕР |
| тренерско-педагогического совета |  | С.М. КлимовЫМ |
| протокол № «1»  |  | приказ № «45»  |
| от 30 августа 2019 г. |  | от 30 августа 2019 г.  |

 |
| Дополнительная общеобразовательная общеразвивающая программа **«Адаптивная физическая культура и спорт»** |
|  |
| Возраст детей 9-12 летСрок реализации программы: 3 года |
|  **Автор: Рябова О.О.** |

ст. Егорлыкская

2022 год

СОДЕРЖАНИЕ

1. Пояснительная записка 3 стр.

2. Характеристика психофизических возможностей детей с ограниченными возможностями здоровья, коррекция развития средствами физического воспитания.

2.1.Характеристика детей с нарушением зрения. 6 стр.

2.2. Характеристика детей с нарушением слуха. 8 стр.

2.3. Характеристика детей с поражением опорно-

 двигательного аппарата (ПОДА). 10 стр.

2.4. Характеристика детей с интеллектуальными нарушениями. 12 стр.

2.5. Характеристика детей с сахарным диабетом. 13 стр.

2.6. Характеристика детей страдающих эпилепсией. 15 стр.

3. Этапы и периоды обучения. 17 стр.

4.Особенности организации обучения.

4.1. Возрастные особенности детей дошкольного, младшего и

 среднего школьного возраста. 18 стр.

4.2. Минимальный возраст обучающихся для зачисления

 на обучение и минимальное количество обучающихся в группах. 21 стр.

4.3. Рекомендуемые параметры по наполняемости в спортивно -

 оздоровительных группах. 23 стр.

5. Учебный план. 25-29

6. Методическая часть Программы

6.1. Требования техники безопасности в процессе реализации Программы. 30 стр.

6.2. Методика работы по предметным областям.

6.2.1. Теория и методика физической культуры и спорта. 31 стр.

6.2.2. Общая физическая подготовка (ОФП). 31 стр.

6.2.3. Методические приемы для развития координационных способностей. 36 стр.

7. Система контроля и зачетные требования Программы. 38 стр.

8. Требования к результатам освоения Программы. 40 стр.

9. Оборудование и спортивный инвентарь, необходимый

 для прохождения обучения по образовательной программе

 «Адаптивная физическая культура и спорт». 41 стр.

10. Перечень информационного обеспечения Программы

10.1. Список литературы 44 стр.

10.2. Перечень Интернет-ресурсов 45 стр. 11. Приложение 46 стр.

Приложение 1. Рекомендуемые тренировочные задания и упражнения при постановки диагноза 46 стр. Приложение 2.Нейропатия, невропатия 48 стр.

Приложение 3.Аэробика 50 стр.

Приложение 4.Развитие гибкости. 50 стр.

Приложение 5.Силовые физические упражнения 51 стр.

Приложение 6.Общие упражненияч 51 стр.

Приложение 7.Гимнастика 53 стр.

Приложение8.Примерный комплекс дыхательных упражнений 53 стр.

Приложение.9 Силовые упражнения 54стр. Приложение.10 Медицинские мячи и фитболы 54 стр.

Приложение 11.Эспандеры 55 стр

Приложение12. Доска баланса 55 стр.

Приложение 13.Гантели 55 стр.

**1. Пояснительная записка**

Дополнительная общеобразовательная общеразвивающая программа «Адаптивная физическая культура и спорт» (далее – Программа) является программой, направленной на физическое воспитание детей и лиц с ограниченными возможностями здоровья, получение ими начальных знаний о физической культуре и спорте. Программа составлена с учетом следующих нормативно-правовых документов, определяющих основную направленность, объем и содержание тренировочных занятий:

Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

Федеральный закон от 4 декабря 2007 г. № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации»;

Приказа минпросвещения России №196 от 9 ноября 2018 года.

В соответствии со статьей 31 Федерального закона «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» адаптивная физическая культура является частью физической культуры, использующей комплекс эффективных средств физической реабилитации инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Развитие спорта для лиц с ограниченными возможностями здоровья основывается на принципах приоритетности, массового распространения и доступности занятий спортом.

Для лиц с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в соответствующих образовательных учреждениях, организуются занятия с использованием средств адаптивной физической культуры и адаптивного спорта с учетом индивидуальных способностей и состояния здоровья таких обучающихся.

Программа составлена для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (лиц с нарушением слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, интеллекта, сахарного диабета и другие).

Изложенный в программе материал является частью целостной системы многолетней спортивной подготовки, предполагает решение следующих задач:

- содействие физическому и психическому развитию, разносторонней физической подготовке, укреплению здоровья обучающихся;

- коррекция психофизического развития и интеграция обучающихся с ограниченными возможностями здоровья;

- воспитание смелых, волевых, настойчивых, инициативных, трудолюбивых и дисциплинированных обучающихся;

- повышение самостоятельности обучающихся, имеющих ограниченные возможности здоровья;

- формирование представлений о пользе занятий физической культурой и спортом для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья посредством воспитательной работы;

- профилактика вредных привычек и правонарушений;

- выявление и отбор наиболее одаренных детей, получение ими начальных знаний о физической культуре и спорте.

***Основными формами учебно-тренировочного процесса являются:*** групповые и индивидуальные учебно-тренировочные занятия, рекреационные мероприятия, занятия по индивидуальным планам в летний период, спортивно-оздоровительные мероприятия, тестирование по ОФП, медицинский контроль.

**Цель программы:**

Развитие физических качеств и способностей, совершенствование функциональных возможностей организма, укрепление индивидуального здоровья.

 Задачи программы:

- обеспечение развития и тренировки всех систем и функций организма ребёнка через оптимальные физические нагрузки;

 - формирование жизненно необходимых двигательных умений и навыков;

 - содействие воспитанию нравственно-волевых качеств, развитию коммуникативной и познавательной деятельности;

- воспитание бережного отношения к своему здоровью, формирование потребности в систематических занятиях физическими упражнениями, устойчивой мотивации к здоровому образу жизни;

- социализация и интеграция детей с ограниченными возможностями здоровья в общество здоровых людей.

Образовательные задачи:

1. Освоение системы знаний, необходимой для сознательного освоения двигательных умений и навыков.

2. Формирование и развитие жизненно необходимых двигательных умений и навыков.

3.  Обучение технике правильного выполнения физических упражнений.

4.  Формирование навыка ориентировки в схеме собственного тела, в пространстве.

Развивающие задачи:

1. Развитие двигательных качеств (быстроты, ловкости, гибкости, выносливости, точности движений, мышечной силы, двигательной реакции).
2. Формирование и совершенствование двигательных навыков прикладного характера.
3. Развитие пространственно-временной дифференцировки.
4. Обогащение словарного запаса.

Оздоровительные и коррекционные задачи:

1. Укрепление и сохранение здоровья, закаливание организма.
2. Активизация защитных сил организма ребёнка.
3. Повышение физиологической активности органов и систем организма.
4. Укрепление и развитие сердечнососудистой и дыхательной системы.
5. Коррекция нарушений опорно-двигательного аппарата (нарушение осанки, сколиозы,   плоскостопия).
6. Коррекция и компенсация нарушений психомоторики (преодоление страха, замкнутого пространства, высоты, нарушение координации движений, завышение или занижение самооценки).
7. Коррекция и развитие общей и мелкой моторики.
8. Обеспечение условий для профилактики возникновения вторичных отклонений в состоянии здоровья.

Воспитательные задачи:

1. Воспитание в детях чувства внутренней свободы, уверенности в себе, своих силах и возможностях.
2. Воспитание нравственных и морально-волевых качеств и навыков осознанного отношения к самостоятельной деятельности, смелости, настойчивости.
3. Воспитание   устойчивого   интереса к занятиям физическими упражнениями.
4. Формирование у учащихся осознанного отношения к своему здоровью и мотивации к здоровому образу жизни.
5. Социализация и интеграция детей с ограниченными возможностями здоровья в общество здоровых людей.

 **Формы и методы работы**

К специфическим принципам работы по программе относятся:
1. Создание мотивации;
2. Согласованность активной работы и отдыха;
3. Непрерывность процесса;
4. Необходимость поощрения;
5. Социальная направленность занятий;
6. Активизации нарушенных функций;
7. Сотрудничество с родителями;
8. Воспитательная работа.

Ожидаемый результат: повышение реабилитационного потенциала детей с ОВЗ через коррекцию физического развития. Развитие и поддержание интереса занятиями адаптивной физкультурой как образа жизни.
В ходе реализации программы оценивается уровень физического развития, развитие координации движений.
Формами подведения итогов реализации программы являются:
- включенное наблюдение за обучающимися в процессе учебно-тренировочных занятий;
-проверка выполнения отдельных упражнений;
-выполнение установленных для каждого индивидуально заданий.

**Средства, используемые при реализации программы:**

1. физические упражнения;
2. корригирующие упражнения;
3. коррекционные подвижные игры, элементы спортивных игр;
4. материально-технические средства адаптивной физической культуры: спортивные тренажеры, спортивный инвентарь, настольные игры;
5. наглядные средства обучения.

В спортивно-оздоровительные группы принимаются дети с ограниченными возможностями здоровья в возрасте от 5 до 18 лет, желающие заниматься адаптивной физической культурой и спортом, при наличии у них показаний и рекомендаций специалистов службы медико-социальной экспертизы, разрешения (допуска) лечащего врача к занятиям адаптивной физической культурой и спортом.

Обучающиеся должны иметь письменное заявление от родителей, допуск врача с указанием диагноза, сопутствующих заболеваний, рекомендации относительно ограничений выполнения каких-либо физических упражнений.

Для детей с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в спортивной школе, организуются занятия с учетом индивидуальных особенностей и состояния здоровья.

**2. Характеристика психофизических возможностей детей с ограниченными возможностями здоровья, коррекция развития средствами физического воспитания.**

**2.1.Характеристика детей с нарушением зрения.**

Зрение – источник информации о внешнем мире. Частичное или глубокое нарушение зрения вызывает ряд отклонений в физическом и психическом развитии ребенка. Нарушения зрения бывают врожденные и приобретенные.

Врожденные могут быть обусловлены генетически, либо в период эмбрионального развития (инфекционных и воспалительных заболеваний, нарушений обмена веществ матери и др.).

Приобретенные – обычно следствие заболеваний и травм органа зрения, заболеваний центральной нервной системы (менингит, энцефалит, опухоль мозга и др.), а также травматические повреждения (ушибы, ранения) и общие заболевания (корь, грипп и др.).

Дети по степени нарушения зрения, делятся на слабовидящих и слепых.

К слабовидящим относятся дети, имеющие остроту зрения лучше видящим глазом с коррекцией от 0,05 до 0.2 (0,3) у.е.

К слепым относят детей:

с полным отсутствием зрительных функций (тотально слепые);

с сохранным светоощущением (отличают свет от тьмы);

с остаточным зрением (максимальная острота зрения лучше видящим глазом с очковой коррекцией 0,04 у.е.).

Главное отличие слабовидящих от слепых состоит в том, что у первых зрение остается основным средством восприятия, у слепых же восприятие окружающего мира осуществляется посредством осязания, слуха и других анализаторов.

Дефекты зрения отрицательно влияют на формирование двигательной сферы ребенка, замедляют его физическое развитие, затрудняют пространственно-ориентировочную деятельность.

Потеря зрения оказывает влияние на эмоционально-волевую сферу ребенка и его характер. Трудности в учении, игре, бытовые проблемы вызывают переживания и негатив.

*Методы и приемы;*

В процессе физического воспитания детей с нарушением зрения применяют следующие методы.

*Словесный метод обучения.*

Слепому гораздо труднее воспринимать и представлять двигательный образ, чем зрячему, поэтому тренер должен пользоваться простым, но доступным языком. Упражнение необходимо объяснять так, чтобы оно стало понятным незрячему ребенку во всех деталях. Если объяснение кратко, четко, эмоционально, представления незрячего об упражнении более ярки и правильны.

Команды тренера должны быть спокойные, уверенные, твердые. Необходимо широко использовать звуковые сигналы: свисток, бубен, колокольчик, хлопки, озвученные мячи.

*Метод наглядности.*

У слепых детей он реализуется посредством осязания: пальцевым, кистевым и ладонным способами. Вначале идет изучение предмета по частям (форма, размер, поверхность, качество, вес и пр.), а затем целостное его восприятие. В работе со слабовидящими детьми применяют красочное спортивное оборудование и инвентарь.

*Метод показа или «контактный»* применяют, когда учащийся не понимает действия со слов. Тренер, взяв руки ученика, выполняет вместе с ним движения. Упражнения также можно показывать на макете или альбоме с помощью рельефного рисунка.

*Метод дистанционного управления* – команды тренера ученику с расстояния: «поверни направо», «поверни налево», «иди вперед», «3 шага вперед» и т.п.

*Метод стимулирования двигательной активности.* Тренер должен как можно чаще поощрять детей, помогать им избавиться от «комплекса неполноценности», от чувства страха, пространства, неуверенности.

**2.2. Характеристика детей с нарушением слуха.**

Нарушение слуха, прежде всего, сказывается на психике школьника, своеобразии его общения с людьми. Отсутствие речи ограничивает объем внешней информации и всегда сопровождается замедленностью и снижением восприятия, мышления, внимания, памяти, воображения и всей познавательной деятельности в целом.

Двигательные особенности глухих школьников:

* относительная замедленность овладения двигательными навыками;
* недостаточно точная координация и неуверенность движений;
* трудность сохранения статического и динамического равновесия;
* относительно низкий уровень развития пространственной ориентировки;

замедленная скорость выполнения отдельных движений и темпа двигательной деятельности в целом;

* отклонения в развитии моторной сферы, мелкой моторики кисти и пальцев рук, согласованности и ритмичности движений, расслабления мышц, нарушение координационных способностей;
* отставание в развитии жизненно важных физических способностей – скоростно-силовых, силовых, выносливости.

Перечисленные нарушения в двигательной сфере глухих учащихся носят взаимосвязанный характер и обусловлены общими причинами: структурой слухового дефекта, недостаточностью речевой функции, сокращением объема поступающей информации.

Происходит перестройка работы других анализаторных систем: у слепых утраченные зрительные функции замещаются деятельностью тактильного и кинестетического анализаторов, у слабовидящих доминирующим видом восприятия остается зрение;

- психические процессы приобретают своеобразие в формировании и реализации:

восприятие: снижение избирательности восприятия и апперцепции, недостаточность осмысленности и обобщенности воспринимаемых объектов, нарушение их константности и целостности;

память: снижение скорости запоминания, страдает продуктивность сохранения и качество воспроизведения. Отмечаются недостаточная осмысленность запоминаемого материала, низкий уровень развития логической памяти, затруднения в припоминании. В то же время память выполняет компенсаторную функцию, поэтому важна коррекция дефектов и развитие слуховой и тактильной памяти;

мышление: затруднены операции анализа и синтеза, отмечается недостаточная полнота сравнения, наблюдаются нарушения классификации, обобщения, абстрагирования и конкретизации;

речь: сниженная динамика накопления языковых средств, своеобразие содержания лексики и соотношения слова и образа, некоторое отставание формирования речевых навыков и языкового чутья. В то же время речь, как и память, выполняет компенсаторную функцию, так как получить представление о многих предметах и явлениях дети с нарушениями зрения могут только при помощи речи;

- личностные особенности: изменения в динамике потребностей, связанные с затруднением их удовлетворения, сужение круга интересов, обусловленное ограничениями в сфере чувственного опыта, отсутствие или нарушение внешнего проявления внутренних состояний и, как следствие - недостаточность эмоциональной сферы. При определенном типе воспитания могут возникнуть эгоистические черты характера, равнодушие к окружающим, установка на постоянную помощь. Ограниченность социальных контактов может привести к замкнутости, некоммуникабельности, стремлению уйти в свой внутренний мир.

Адаптация программы позволяет расширить возможности детей с нарушениями зрения, создать условия для вхождения в те или иные социальные сообщества, позволяющие им осваивать социальные роли, расширять рамки свободы выбора при определении своего жизненного и профессионального пути.

*Методы и приемы.*

Отсутствие слуха создает определенные трудности при обучении физическим упражнениям. Поэтому в работе с такими детьми особая роль отводится показу. Он облегчает формирование правильных движений. Показ должен быть четким и выразительным, разделенный на отдельные фрагменты, многократность повторений показа трудных для усвоения элементов. Большую помощь в работе с глухими детьми оказывает применение наглядных пособий: таблиц, рисунков, слайдов и др. Показ упражнений следует сочетать с доступными для глухих детей объяснениями посредством жестовой и письменной речи, считывания с губ. Рекомендуется дать упражнению название (термин) и затем вместе с учащимися проговаривать его вслух. Включение речевого материала в содержание учебных занятий способствует накоплению учащимися словарного запаса, связанного с формированием двигательных навыков, названий учебного оборудования, тренажеров и т.д.

Таким образом, применение методов наглядности в сочетании со словесным, способствует качественному выполнению упражнений, их прочному усвоению, повышает интерес к занятиям.

**2.3. Характеристика детей с поражением опорно-двигательного аппарата (ПОДА).**

Вследствие своих физических недостатков, а также перенесенного травматического шока («ампутанты») с трудом контактируют не только со сверстниками но и с взрослыми.

У «ампутантов», как правило, наблюдаются психические и физиологические отклонения из-за невозможности владеть конечностью как ранее. Это может быть представлено в следующих классификационных показателях:

* отставание от нормы в показателях силы основных мышечных групп туловища и конечностей, быстроты движений, выносливости, скоростно-силовых качеств, гибкости и подвижности суставов;

Врожденные пороки развития конечностей.

Частота врожденных пороков развития опорно-двигательного аппарата составляет 55% всех пороков развития опорно-двигательной системы.

К ним относятся:

* аномалии развития нижних конечностей;
* аномалии развития верхних конечностей.

Таких детей отличает психическая напряженность, нерешительность, неудовлетворенность собой.

Дети с заболеванием ДЦП – особая категория людей, развитие личности которых зависит от ряда факторов: времени и степени поражения, уровня интеллекта и отношений в семье. Для таких заболеваний характерны спазмы и слабость мышц нижних и верхних конечностей, малая подвижность в суставах, гипертрофия мышечных групп и другие двигательные нарушения. Все это сопровождается дисгармоничным физическим развитием:

* неточная координация и неуверенность в движениях;
* трудность сохранения равновесия;
* замедленность овладения двигательными навыками;
* замедленная скорость выполнения отдельных упражнений;
* низкий уровень силовых качеств;
* неточность движений.

Все выше перечисленные особенности психофизического развития ведут к вторичным отклонениям:

* эмоционально-волевая незрелость, повышенная возбудимость;
* истощаемость памяти, внимания, работоспособности;
* неуверенность в своих силах, несамостоятельность;
* отсутствие инициативы и пр.

Речевые расстройства характеризуются лексическими, грамматическими и фонетико-фонематическими нарушениями.

Психические расстройства проявляются в виде задержки психического развития или умственной отсталости. Кроме того, нередко наблюдаются изменения зрения, слуха, вегетативно-сосудистые, судорожные проявления и пр.

Часто наблюдаются нарушения глазодвигательных функций, нарушение деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма.

*Методы и приемы.*

Тренер-преподаватель должен понимать, что начинать работать необходимо с того уровня, на котором остановился ребенок в своем развитии, а не исходя из своего возраста.

Наблюдения желательно проводить совместно с медицинским работником для определения степени сформированности условных уровней у детей:

I уровень – развитие основных функций: удерживание головы, захват предметов, сидение, ползание, вертикальная стойка, ходьба и др;

II уровень – комплекс основных движений: лазание, ходьба, бег, метание и ловля, прыжки и т.п.;

III уровень – двигательные действия по самообслуживанию, игровой, учебной и производственной практике.

Определение характера зависимости детей от посторонней помощи. Результативность двигательных действий.

Тренер-преподаватель совместно с медработником производит ориентировочное диагностирование для определения классификации двигательных нарушений по степени тяжести:

* поражение только на III уровне соответствует легкой степени тяжести;
* поражение III и II уровней соответствует средней степени тяжести;
* поражение III, II и I уровней одновременно – соответствует тяжелой степени двигательных нарушений.

Необходимо также выявить степень зависимости ребенка от посторонней помощи:

* если ребенок почти не зависит от помощи взрослого, то это легкая степень;
* если ребенок частично зависит от помощи взрослого – это средняя степень тяжести;
* если же ребенок практически полностью зависит от помощи взрослого, то имеет место тяжелая степень двигательных нарушений.

Для таких детей проводят индивидуальные занятия, как правило, в соревнованиях они не участвуют.

Работая с такими детьми, тренер-преподаватель должен включать в занятия разнообразные упражнения на преодолении слабости (гипотофии, атрофии) и нормализации тонуса мышц, на улучшение подвижности в суставах, тактильных ощущений, деятельности сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Вместе с тем, шаг за шагом, терпеливо педагог разучивает с детьми упражнения на развитие пальцев рук, координацию движений и ориентировки в пространстве. В обязательном порядке применяются упражнения на расслабление (общая релаксация) тела и конечностей.

Необходимо включать в тренировочные занятия разнообразные задания: основные исходные положения, упражнения для формирования равновесия, правильной осанки, прикладные упражнения (построения и перестроения), лазанье, упражнения с гимнастическими палками, мячами, подвижные игры и другие.

- обеспечение особой пространственной и временной организации образовательной среды;

- предоставление различных видов дозированной помощи;

- наглядно-действенный характер содержания обучения и упрощение системы учебно-познавательных задач, решаемых в процессе образования;

- специальная помощь в развитии возможностей вербальной и невербальной коммуникации;

- адаптация предлагаемого ребенку текстового материала (увеличение шрифта, обозначение цветом и т.п.);

- возможность перерывов во время занятий для проведения необходимых медико-профилактических процедур;

- соблюдение максимально допустимого уровня нагрузок;

- соблюдение комфортного режима образования, в том числе ортопедического режима;

- создание благоприятной ситуации для развития возможностей ребенка справляться с тревогой, усталостью, пресыщением и перевозбуждением;

- обеспечение обстановки сенсорного и эмоционального комфорта (внимательное отношение, ровный и теплый тон голоса учителя).

Необходимо, чтобы тренировочные занятия для обучающихся, имели коррекционную направленность и носили воспитательный характер.

**2.4. Характеристика детей с интеллектуальными нарушениями.**

Из всех нарушений здоровья человека умственная отсталость является самой распространенной. Умственную отсталость определяют не как болезнь, а как состояние психического недоразвития, характеризующееся в комплексном проявлении физических, психических, интеллектуальных, эмоциональных качеств.

Олигофрения включает многообразную группу отклонений, в основе которой лежит недоразвитие головного мозга и всего организма. Формы умственной отсталости чрезвычайно многообразны, однако общим признаком для всех форм является поражение ЦНС до 2-х летнего возраста ребенка. Дальнейшее физическое и психическое развитие протекает на дефектной основе.

У детей с интеллектуальными нарушениями наблюдаются нарушения в развитии основных двигательных качеств:

* отставание от нормы в показателях силы основных мышечных групп туловища и конечностей на 15-30%;
* выносливости динамического характера на 2-4%;
* быстроты движений на 10-20%;
* гибкости и подвижности в суставах на 10-20%;
* нарушение точности в движениях;
* грубые ошибки при дифференциации мышечных усилий;
* низкий уровень развития функций равновесия;
* ограничение амплитуды движения в беге, прыжках, метаниях;
* отсутствие легкости и плавности в движениях;
* напряженность и скованность движений.

У таких детей малоразвита речь, бедный словарный запас. Подростки обычно завышают свою самооценку, предъявляют повышенные требования к окружающим. Коммуникативные навыки у них развиты слабо, дети с трудом вступают в контакт с незнакомыми людьми, им трудно войти в общество нормальных людей, их часто не принимают и не понимают.

*Методы и приемы.*

На тренировочных занятиях с умственно-отсталыми детьми, тренер должен соблюдать условия, позволяющие осуществлять коррекцию недостатков движений. Ему необходимо:

* учитывать тяжесть и характер двигательных нарушений, возрастные и половые различия учащихся;
* добиваться от учащихся осмысления и выполнения данных им заданий;
* стремиться совершенствовать познавательную деятельность детей средствами физической культуры.

Двигательная деятельность содействует улучшению координации, формированию двигательных умений и навыков, повышению умственной работоспособности.

Одним из эффективных средств физического воспитания для таких детей является подвижная игра.

Эмоциональная игровая нагрузка оказывает стимулирующее воздействие на организм, она способствует восстановлению утраченного здоровья, укреплению функций организма, развитию физических способностей.

В подвижных играх используются знакомые и доступные виды естественных движений: ходьба, бег, лазанье, прыжки, упражнения с мячом, в которых нет сложной техники. Во время игры дети охотно и с интересом выполняют то, что вне игры кажется неинтересным и трудным, поэтому в игре легче преодолеваются психические и эмоциональные проблемы. Соединение в подвижной игре трех компонентов – физического упражнения, эмоционального фона и умственной нагрузки – приближает ребенка к естественной жизни, освоению взаимоотношений, развитию личности.

**2.5. Характеристика детей с сахарным диабетом.**

Распространенность сахарного диабета по разным оценкам составляет 1-4% населения, из них 3-8% —дети. Это заболевание характеризуется нарушением всех видов обмена веществ, в первую очередь углеводного, в результате абсолютной или чаще относительной недостаточности инсулина в организме, и проявляется повышенным содержанием сахара в крови (гипергликемия) и моче (глюкозурия). Когда инсулина не хватает, уровень глюкозы (или сахара) в крови сильно повышен. Человек часто пьет, много мочится, теряет энергетические запасы организма, худеет. Разделяют два основных клинических типа диабета. Инсулинозависимый диабет (1-й тип диабета, или юношеский) характеризуется острым началом, склонностью к частому развитию кетоа-цидоза, ограниченностью выработки инсулина. Чаще этот тип диабета встречается у детей и юношей, однако возможен в любом возрасте. Инсулинонезависимый диабет (2-й тип, диабет взрослых, стабильный) протекает с минимальными обменными нарушениями, свойственными диабету.

Психологические особенности детей с сахарным диабетом:

•агрессивны,

•тревожны, раздражительны (страхи, фобии)

•самооценка на средне-зрелом уровне,

•уровень притязаний низкий,

•может быть высокий показатель лживости,

•проявляется не уверенность в себе,

•социальная адаптация затруднена,

•конфликтны

•могут быть безответствены,

•низкий уровень волевых качеств,

•эмоциональное состояние не стабильно,

•снижение уровня общего развития.

Как работать с такими детьми: не заострять внимание на болезни и на том, что ребенок отличается от остальных. Создавать условия, при которых не возникает психотравнимурующих ситуаций. Постоянный контроль физического и психического состояния (физические нагрузки очень важны, но они должны быть ориентированы на уровень сахара). Избегать травм. Мотивировать на развитие.

Основной целью психологической помощи детям с сахарным диабетом является: обучение ребёнка управлению своими эмоциями. Обучение детей снижению нервного напряжения (самоуспокоению, нормализации своего психологического состояния). Обучение волевому поведению (умению преодолевать трудности, связанные со здоровьем, общением с другими людьми, определённым образом жизни, проявлять сдержанность в пищевом поведении без негативных эмоций. Диабет способствует возникновению множества заболеваний, развивающихся как следствие нарушения обмена веществ. Наиболее опасными из них можно считать нарушения функции почек(нефропатия), изменения глазного дна (ретинопатия), мелких и крупных кровеносных сосудов (микро-и макроангиопатии). Спорт не запрещен ребенку-диабетику, напротив, результаты исследований показывают, что влияние физической нагрузки на уровень глюкозы крови зависит от концентрации в ней инсулина в момент самой нагрузки и количества глюкозы. Поэтому в нормальных объемах и под контролем любые виды спорта и физических упражнений диабетикам показаны.

Физические упражнения заставляют организм "сжигать" сахар быстрее, чем в обычной обстановке. Тренеру-преподавателю необходимо иметь в виду, что дети, страдающие диабетом, перед занятиями должны обязательно поесть или съесть что-нибудь сладкое (например, шоколадный батончик). Если у ребенка все же начнут развиваться симптомы гипогликемии во время занятий физкультурой, то ему необходимо срочно дать что-нибудь сладкое, а затем отправить его поесть. Особенно внимательно следует наблюдать за диабетиками в плавательном бассейне, так как вода и плавание сильно снижают сахар в крови. Если же ребенок принимает участие в спортивном мероприятии, например, в соревновании, кроссе, футбольном матче, то у него должны быть в кармане сахар, а у организаторов соревнования —сладкая "пепси-кола" или другой сладкий напиток. Они могут потребоваться срочно в ситуации гипогликемии. Об этом необходимо помнить взрослым. Вообще физические нагрузки в умеренных дозах и под контролем полезны диабетикам; они благотворно влияют на течение болезни, ее стабилизацию. Во всем мире масса примеров того, как профессиональные спортсмены, будучи диабетиками, не меняют образа жизни из-за болезни, просто умело рассчитывают физические нагрузки, режим и инсулинотерапию. Дети, страдающие сахарным диабетом, не должны стать объектом особого покровительства. Они могут в равной мере выполнять все правила, как другие дети. Речь идет лишь о небольшой дополнительной заботе о них. Вместе с тем такие воспитанники требуют ненавязчивого, осторожного присмотра. Необходимо помочь ребенку адаптироваться в окружающем мире, научить его самого справляться с различными ситуациями, не бояться болезни, а управлять ею.

**2.6. Характеристика детей страдающих эпилепсией.**

Эпилепсия — болезнь, характеризующаяся судорожными приступами с расстройством сознания и своеобразными нарушениями психической деятельности. Судорожный приступ может возникать ночью и днем. Ему предшествуют отдаленные и ближайшие предвестники. К отдаленным предвестникам (возникают за несколько часов до приступа) относятся дисфории (изменение настроения), головные боли, боли во внутренних органах. К ближайшим признакам наступающего приступа относится проявляющееся симптомами раздражения органов чувств явление — "аура" (дуновение): зрительная, слуховая, обонятельная, вкусовая, осязательная, двигательная аура (больной бежит куда-то), психогенная (страх за спиной), вегетативная (боли в области живота или других органах). У каждого больного своя постоянная аура, указывающая на основной очаг поражения. Больные знают свою ауру, иногда успевают сказать, что сейчас будет приступ, или принять удобную позу. В других случаях время ауры бывает очень коротким и больной не успевает предупредить окружающих. Тренеру-преподавателю необходимо правильно ориентироваться в тех случаях, когда в группе у обучающегося случится эпилептический припадок. Прежде всего, необходимо следить, чтобы ребенок не нанес себе травматических повреждений во время сильных судорог. Рекомендуется поддерживать голову ребенка. Во избежание прикуса языка следует вложить между челюстями жгут из носового платка или полотенца. Категорически запрещается во время припадка давать пить воду или какое-либо лекарство, так как больной может раздавить зубами посуду, лекарственная жидкость может попасть в дыхательное горло и вызвать аспирацию. Желательно, чтобы другие обучающиеся не были свидетелями припадка. Если припадок начался в зале, лучше вывести всех в коридор. Не рекомендуется во время острого припадка переносить больного и вообще тормошить его. После окончания острой стадии (судорог) необходимо обеспечить покой, перенеся больного в изолированное помещение.
Возможность обучения ребенка зависит от состояния его психической сферы. В тех случаях, когда припадки редки и психическая сфера ребенка не пострадала, он может обучаться в спортивной школе, получая соответствующее лечение и выдерживая определенный режим. Не переутомляться, совершать только умеренные движения - таковы существующие рекомендации для страдающих эпилепсией. Многочисленные наблюдения показывают, что именно активная деятельность препятствует наступлению припадков. Последние, как правило, не возникают во время бега, плавания, в период спортивных состязаний. Виды упражнений и длительность занятий зависят от возраста, физической подготовки, тренировки и других индивидуальных особенностей. Больным, которые прежде не занимались физкультурой, следует начинать с легких упражнений. Вначале занятия ограничиваются непродолжительным временем – 5 -10 мин, затем длительность их постепенно увеличивается до 20 - 30 мин в день. Упражнения индивидуально усложняются. Важно лечебную гимнастику проводить регулярно с постепенным возрастанием нагрузки и разнообразием упражнений. Необходимо, чтобы со временем лечебная гимнастика стала привычкой и потребностью каждого больного. В комплекс должны входить упражнения, охватывающие различные мышечные группы. Особое внимание следует уделять дыхательным упражнениям, включающим в себя деятельность мышц живота. Физиологические нагрузки должны быть строго индивидуализированы. В комплекс не рекомендуется включать упражнения на быстроту, скорость перехода из одного положения в другое, на равновесие. Занятия должны проводиться в форме элементов гимнастики, специальной индивидуальной и групповой лечебной гимнастики, а также в виде подвижных и спортивных игр. Больным эпилепсией показаны разные виды гимнастики (ходьба), некоторые спортивные игры (теннис, волейбол, городки). Противопоказаны бокс, борьба. Что касается бега и плавания на различные дистанции, этот вопрос решается индивидуально.

**3. Этапы и периоды обучения.**

Программа рассчитана на весь срок обучения в спортивно-оздоровительных группах и включает следующие периоды обучения:

СОГ-1 (диагностический этап), первый год обучения.

СОГ-2 (этап реализации потенциальных возможностей), второй и последующие года обучения.

Спортивно-оздоровительный этап первого года обучения (диагностический). Продолжительность 1 год.

Отличительная особенность данного этапа является достижение компенсации сопутствующих дефектов физического развития и профилактика соматических заболеваний. На этот этап обучения зачисляются дети, не имеющие медицинских противопоказаний к занятиям по физической культуре, допущенные ПМПК (психолого-медико-педагогической комиссией).

Задачи данного этапа:

* расширение двигательных возможностей и компенсация дефицита двигательной активности;
* выявление степени тяжести нарушений движения и сформированности двигательных навыков;
* установление наличия и степени выраженности сопутствующих дефектов;
* формирование основных двигательных умений и навыков прикладного характера: ходьбы, бега, метания, равновесия, лазания, не сложных акробатических элементов и др.;
* развитие двигательных качеств: силы, быстроты, выносливости, гибкости и др.
* воспитание морально-волевых качеств.

Спортивно-оздоровительный этап второго и последующего годов

обучения (реализация потенциальных возможностей). Продолжительность определяется индивидуально.

В группы зачисляются дети, прошедшие этап «диагностики».

Задачи этапа:

* стабилизация состояние здоровья детей ОВЗ;
* формирование двигательных навыков, направленных на овладение элементов техники плавания, легкой атлетики, гимнастики, спортивных игр;

воспитание устойчивого интереса к тренировочным занятиям;

* определение специализации и проведение отбора учащихся в группы начальной подготовки и по избранному виду спорта.

На основании контрольных испытаний, психолого-медико-педагогический консилиум дает заключения и рекомендации обучающимся в выборе спортивной специализации.

**4.Особенности организации обучения.**

Тренировочные занятия образовательного процесса в спортивной школе на спортивно-оздоровительном этапе рассчитан на 36 недель.

Максимальный объем учебной нагрузки обучающихся, предусмотренный программой «Адаптивная физическая культура», не превышает 6 часов в неделю.

В учебном году предусматриваются каникулы.

Расписание занятий (тренировок) составляется администрацией спортивной школы по предоставлению тренера-преподавателя, психолога, медицинского персонала, в целях установления благоприятного режима тренировок, отдыха обучающихся, обучения их в общеобразовательных учреждениях.

Особенностями построения образовательного процесса является:

* направленность на коррекцию основного дефекта (сенсорных систем, интеллекта, речи, опорно-двигательного аппарата и других), коррекцию сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений, обусловленных основным дефектом, с помощью физических упражнений и других немедикаментозных средств и методов;
* профилактика сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений;
* обучение жизненно и профессионально важным знаниям, умениям и навыкам, развитие и совершенствование физических и психологических качеств и способностей.

Основными формами образовательного процесса являются: групповые и индивидуальные, теоретические и психологические занятия, самоподготовка.

**4.1. Возрастные особенности детей дошкольного, младшего и среднего школьного возраста.**

Поскольку среди начинающих заниматься физической культурой и спортом в основном дети младшего и среднего школьного возраста, при построении тренировочных занятий тренер-преподаватель должен учитывать возрастные особенности данного периода.

Ребёнок 5-6 лет стремится познать себя и другого человека как представителя общества, постепенно начинает осознавать связи и зависимости в социальном поведении и взаимоотношениях людей. В 5-6 лет дошкольники совершают положительный нравственный выбор (преимущественно в воображаемом плане). Чаще начинают употреблять и более точный словарь для обозначения моральных понятий - вежливый, честный, заботливый и др. Повышаются возможности безопасности жизнедеятельности ребенка 5-6 лет. Это связано с ростом осознанности и произвольности поведения, преодолением эгоцентрической позиции (ребёнок становится способным встать на позицию другого). В 5-6 лет ведущее значение приобретает наглядно-образное мышление, которое позволяет ребёнку решать более сложные задачи с использованием обобщённых наглядных средств. Без крепкого здоровья и надлежащей физической подготовки ребёнок теряет необходимую работоспособность, не в состояние проявлять волевые качества и настойчивость в преодолении трудностей, что, безусловно, будет мешать ему в развитие личности. Поэтому так важна диагностика психомоторной одаренности и физического развития детей.

Дети дошкольного возраста (до 7 лет) продолжают расти быстро, хотя и не так, как в первые, годы жизни. У них продолжается формирование костной системы, образуются физиологические изгибы позвоночника в шейном, грудном и поясничном отделах. Скелет детей дошкольного возраста в значительной степени состоит из хрящевой ткани, обладающей большой гибкостью и подвижностью, и неблагоприятные условия могут вызвать деформации позвоночника и нарушение осанки.

Осанка формируется в процессе роста ребенка в тесной связи с развитием костно-мышечной системы и совершенствованием двигательных функций организма. При правильной осанке голова чуть приподнята, спина прямая, живот втянут, грудь выдвинута вперед, ноги прямые (не согнуты в коленях), ступни параллельны. Однако у детей преддошкольного и дошкольного возраста осанка неустойчива и может легко изменяться в результате неправильного положения тела на протяжении длительного времени. Мышечная система малыша развивается постепенно и неравномерно: крупные мышцы достигают полной зрелости значительно раньше, чем средние и особенно мелкие (кистей, стоп, пальцев). В костном же скелете ребенка в преддошкольном и дошкольном возрасте идет замена хрящевой ткани на костную, однако кости эти еще не достаточно прочны, в них мало минеральных солей, и первые их деформации начинаются именно в этом возрасте. Сидение для детей раннего возраста не отдых, а акт статического напряжения, так как они еще не только учатся удерживать равновесие, которое легче сохранить в движении. Поэтому дети охотнее бегают, меньше уставая при этом. Когда осанка формируется ее нарушения можно предотвратить и исправить. Для формирования правильной осанки необходима разнообразная двигательная активность, направленная на укрепление мышечной системы спины, груди, живота. При нарушении осанки, следует немедленно принять меры к их устранению. Исправляют осанку лечебной физкультурой. Детям с нарушениями осанки рекомендуется заниматься плаванием, гимнастикой, и др. Период жизни ребёнка с 5-6 лет называют воспроизводящим, в этом возрасте у ребенка еще более значительные сдвиги в усовершенствовании моторики и силы. Скорость движений продолжает возрастать, заметно улучшается их координация. Ребенок любит бегать, соревноваться, он может выполнять несколько движений одновременно. Дети к 6 годам становятся менее возбудимыми, у них более уравновешены возбудительные и тормозные процессы коры головного мозга. Эти физиологические особенности оказываются благоприятным условием для развития у детей сосредоточенности**,** наблюдательности и внимания. У ребенка этого возраста продолжается процесс окостенения скелета и развитие крупной и особенно мелкой мускулатуры. Главным достижением старших детей является постепенное овладение своими движениями, особенно мелкими движениями руки, управление не только крупной, но и мелкой мускулатурой, движениями каждого пальца. В дошкольном возрасте продолжается дальнейшее совершенствование движений. Однако у младших дошкольников еще нет достаточной четкости движений при ходьбе и беге, для них характерен мелкий семенящийся шаг. Дети этого возраста охотно играют с мячом, однако движения их еще недостаточно согласованы, глазомер слабо развит, поэтому им трудно ловить мяч, попадать им в цель. Они не могут бросить далеко. У 6-летних детей появляется легкость, ритмичность бега, исчезают боковые раскачивания. Они могут прыгать в высоту, в длину и на одной ноге. Развивается глазомер, осваивается метание на дальность и в цель.

Дошкольный возраст является наиболее важным периодом для формирования двигательной активности и благоприятным для развития многих физических способностей, а так же способности длительно выполнять циклические действия в режимах умеренной и большой интенсивности. В условиях возрастания объёма учебно-познавательной деятельности двигательная активность стала занимать более чем скромное место в жизни современного ребёнка-дошкольника.

Развитию способностей у дошкольников, в первую очередь способствует игра. На фоне прогрессирующей гиподинамии возникает настоятельная необходимость совершенствования двигательного режима ДОО путём приобщения детей к спортивным играм. Спортивные игры, формируют основные виды движений и физические качества и воспитывают положительное отношение к спорту. При этом необходимо помнить, что используются именно лишь некоторые элементы техники спортивных игр, доступные и полезные детям дошкольного возраста**.** На основе этих, разученных детьми, элементов, могут быть организованы игры, которые проводятся по упрощенным правилам.Итак, в основу эффективного воспитательного процесса берется система методов, приёмов и средств. Но состав и количество методов, приёмов и средств развития способностей постоянно изменяется и варьируется в зависимости от возраста детей и уровня их воспитания. Таким образом, детям дошкольного возраста следует вести образ жизни, насыщенный подвижными играми, при проведении занятий за столом, необходимо следить за осанкой, регулярно проводить обследования детей, по контролю роста костно-мышечной ткани и своевременному осуществлению профилактических мероприятий по предотвращению нарушения осанки.

Школьный возраст — это самое благоприятное время воспитания физических качеств, таких как сила, выносливость, быстрота, гибкость, ловкость. Зная возрастные особенности, тренер может правильно построить тренировку, грамотно пользоваться методами и средствами.

В младшем школьном возрасте (1-4 классы) у детей продолжается формирование структуры тканей, их рост. По сравнению с дошкольным периодом темп роста в длину несколько замедляется, а масса тела увеличивается. Ежегодно рост увеличивается примерно на 4 см, а масса тела - на 2 кг. Уже в этом периоде важен дифференцированный подход к мальчикам и девочкам при дозировании физических нагрузок.

По некоторым показателям развития большой разницы между мальчиками и девочками нет. В 7 лет масса тела у мальчиков больше массы тела девочек всего на 0,2 кг, в 10 лет - меньше на 0,4 кг. До 10–11 лет пропорции частей тела у них почти одинаковы, окружность грудной клетки у девочек на 1–2 см меньше, чем у мальчиков, а жизненная емкость легких меньше на 100– 200 см3.

В применении упражнений на развитие силы нужно знать о том, что к примеру, сила мышц кисти у девочек меньше в 7–8 лет примерно на 5 кг, а в 10–11 лет — на 10 кг меньше, чем у мальчиков, поэтому, число повторений при выполнении силовых упражнений у девочек могут быть такое же, как и у мальчиков, но по напряжению значительно меньшими.

Наиболее важным моментом в физической подготовке школьников младших классов является развитие у них такого качества, как *ловкость*. Установлено, что с 7 до 11–12 лет в развитии координации движений происходят значительные изменения. Дети точно воспроизводят амплитуду движений и темп, контролируют степень напряжения и расслабления мышц, у них формируется чувство времени и пространства. Устойчивость тела у младших школьников при статических позах постепенно улучшается. Упущенные возможности в развитии ловкости у школьников этого возраста восстановить очень трудно, а иногда и невозможно.

*Гибкость* начинает ухудшаться уже в начальных классах, поэтому развитию гибкости, как и ловкости, необходимо уделять особое внимание в младшем школьном возрасте. Подвижность в суставах у мальчиков в среднем на 15–20% меньше, чем у девочек. Это требует увеличения объема и высокой интенсивности нагрузок.

Дети с ограниченными возможностями здоровья – это необычные дети. У каждого ребенка своя история болезни, имеются сопутствующие заболевания. Работая с таким контингентом, тренер-преподаватель должен грамотно подбирать комплекс упражнений для занимающихся, правильно дозировать нагрузку, чтобы не навредить здоровью учащихся. Целесообразно использовать индивидуальный подход.

**4.2. Минимальный возраст обучающихся для зачисления на обучение и минимальное количество обучающихся в группах.**

Распределение обучающихся на группы по степени функциональных возможностей для занятий по программе проводится по рекомендации психолого-медико-педагогический консилиум (далее – ПМПК) и осуществляется один раз в год (в начале учебного года).

Группа степени функциональных возможностей, к которой относится обучающийся, определяется в зависимости от степени функциональных возможностей, требующихся для занятий определенным видом спорта.

К III группе степени функциональных возможностей относятся лица, у которых функциональные возможности, требующиеся для занятий определенным видом спорта, ограничены незначительно, в связи с чем, они нуждаются в относительно меньшей посторонней помощи во время занятий или участия в соревнованиях.

Ко II группе относятся лица, у которых функциональные возможности, требующиеся для занятий определенным видом спорта, ограничиваются достаточно выраженными нарушениями.

К I группе относятся лица, у которых функциональные возможности, требующиеся для занятий определенным видом спорта, ограничены значительно, поэтому они нуждаются в посторонней помощи во время занятий.

В случае необходимости объединения в одну группу спортивной подготовки разных по возрасту, функциональному классу или уровню спортивной подготовленности, разница в степени функциональных возможностей не должна превышать трех функциональных классов.

На всех периодах подготовки могут привлекаться к деятельности дополнительно к тренеру-преподавателю психологи, медицинские работники, сурдопереводчики и другие специалисты при условии их одновременной с основным тренером-преподавателем работы с обучающимися.

Спортивная школа предоставляет возможность обучающимся продолжать физкультурно-оздоровительную деятельность до 18 лет, независимо от имеющихся спортивных результатов.

**4.3. Рекомендуемые параметры по наполняемости в спортивно-оздоровительных группах.**

Таблица 1

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Этапы подготовки | Продолжительность этапов (в годах) | Минимальный возраст для зачисления в группы (лет) | Периоды подготовки | Функциональные группы | Наполняемость групп (человек) |
| **С нарушением зрения** |
| Спортивно-оздоровительный этап 1 года обучения (диагностический этап) | 1 год | с5 до18 | До года | III |  до 8  |
| II |  до 6 |
| I |  до 3 |
| Спортивно-оздоровительный этап второго и последующие года обучения (этап реализации потенциальных возможностей) | До 10 лет |  | Второй и последующие года обучения | III |  до 8  |
|  II |  до 6 |
|  I |  до 3 |
| **С поражением опорно-двигательного аппарата** |
| Спортивно-оздоровительный этап 1 года обучения (диагностический этап) | 1 год | с5 до18 | До года | III |  до 8  |
| II |  до 6 |
| I |  до 3 |
| Спортивно-оздоровительный этап второго и последующие года обучения (этап реализации потенциальных возможностей) | До 10 лет |  | Второй и последующие года обучения | III |  до 8  |
|  II |  до 6 |
|  I |  до 3 |
| **С нарушением интеллекта** |
| Спортивно-оздоровительный этап 1 года обучения (диагностический этап) | 1 год | с5 до18 | До года | III |  до 8  |
| Спортивно-оздоровительный этап второго и последующие года обучения (этап реализации потенциальных возможностей) | До 10 лет |  | Второй и последующие года обучения | III |  до 8  |
| **С нарушением слуха** |
| Спортивно-оздоровительный этап 1 года обучения (диагностический этап) | 1 год | с5 до18 | До года | III |  до 8  |
| Спортивно-оздоровительный этап второго и последующие года обучения (этап реализации потенциальных возможностей) | До 10 лет |  | Второй и последующие года обучения | III |  до 8  |
| **С заболеванием сахарным диабетом** |
| Спортивно-оздоровительный этап 1 года обучения (диагностический этап) | 1 год | с5 до18 | До года | III |  до 10  |
| Спортивно-оздоровительный этап второго и последующие года обучения (этап реализации потенциальных возможностей) | До 10 лет |  | Второй и последующие года обучения | III |  до 8  |
| **С заболеванием эпилепсией** |
| Спортивно-оздоровительный этап 1 года обучения (диагностический этап) | 1 год | с5 до18 | До года | III |  до 8  |
| Спортивно-оздоровительный этап второго и последующие года обучения (этап реализации потенциальных возможностей) | До 10 лет |  | Второй и последующие года обучения | III |  до 8  |

**5. Учебный план**

Учебные планы разработаны в соответствии с графиками образовательного процесса.

Учебный план программы «Адаптивная физическая культура» содержит следующие предметные области:

* теория и методика физической культуры и спорта;
* общая физическая подготовка;
* легкая атлетика;
* элементы гимнастики;
* подвижные игры (элементы спортивных игр), настольные игры;

и разделы: соревновательная деятельность, медицинское обследование, промежуточная (итоговая) аттестация.

Планирование тренировочного процесса осуществляется на: учебный год (годовой план); на месяц; тренировочное занятие (рабочая программа).

*Годовой план* составляется исходя из круглогодичной подготовки, в соответствии с данной программой, наполняемостью групп и режимов тренировочной работы

На период отпуска тренера-преподавателя оставшаяся нагрузка выдается занимающимся для самостоятельной работы. Задания по самостоятельной работе входят в рабочую программу тренера-преподавателя в виде приложения.

Учет тренировочной работы в каждой группе ведет тренер-преподаватель в рабочем журнале.

**Нормативы максимального объема тренировочной нагрузки**

Таблица 2

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Этапный норматив  | Спортивно-оздоровительная группа 1 года обучения (диагностический этап)  | Спортивно-оздоровительная группа второго и последующих годов обучения (этап реализации потенциальных возможностей)  |
| Количество часов в неделю  | до 6 | 6 |
| Количество тренировок в неделю  | 2-3 | 3 |
| Общее количество часов в год  | до 216 | 216 |
|  |  |  |

Распределение времени в учебном плане на основные предметные области, разделы подготовки по годам обучения осуществляется в соответствии с конкретными задачами тренировки.

**Примерный план на весь период обучения СОГ – 1 (для 4 ч/нед)**

Таблица 3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п.п.  | Разделы  | СОГ-1(диагностический этап) |
| 1.  | Режим тренировочной работы (час/нед)  | **4** |
| 2.  | Теория и методика физической культуры и спорта  | 9 |
| 3.  | Общая физическая подготовка  | 62 |
| 4.  | Плавание (водные процедуры) | 4 |
| 5.  | Легкая атлетика  | 13 |
| 6.  | Элементы гимнастики | 20 |
| 7.  | Подвижные игры (элементы спортивных игр)  | 28 |
| 8.  | Соревновательная деятельность  | 4 |
| 9.  | Медицинское обследование  | 2 |
| 10.  | Промежуточная (итоговая) аттестация  | 2 |
| 11.  | Итого часов/год  | **144** |

**Примерный годовой план-график тренировочных занятий спортивно-оздоровительной группы первого года обучения (СОГ-1)**

**(диагностический этап)**

Таблица 4

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Предметные области | месяцы | Итого часов |
| сентябрь | октябрь | ноябрь | декабрь | январь | февраль | март | апрель | май |
| Теория и методика физической культуры и спорта | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 |
| Общая физическая подготовка | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 7 | 6 | 62 |
| Плавание (водные процедуры) | 1 | - | - | - | - | - | - | 1 | 2 | 4 |
| Легкая атлетика  | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 13 |
| Элементы гимнастики | 2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 20 |
| Подвижные игры (элементы спортивных игр)  | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 2 | 2 | 28 |
| Соревновательная деятельность  | - | 1 | 1 | - | - | - | 1 | 1 | - | 4 |
| Медицинское обследование  | 1 | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 2 |
| Промежуточная и итоговая аттестация  | - | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 | 2 |
| Всего часов  | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 16 | 144 |

**Примерный план на весь период обучения СОГ – 2 (для 6 ч/нед)**

Таблица 5

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № п.п.  | Разделы  | СОГ-2(и последующие годы) |
| 1.  | Режим тренировочной работы (час/нед)  | **6** |
| 2.  | Теория и методика физической культуры и спорта  | 12 |
| 3.  | Общая физическая подготовка  | 80 |
| 4.  | Плавание (водные процедуры) | 7 |
| 5.  | Легкая атлетика  | 27 |
| 6.  | Элементы гимнастики | 33 |
| 7.  | Подвижные игры (элементы спортивных игр)  | 43 |
| 8.  | Соревновательная деятельность  | 9 |
| 9.  | Медицинское обследование  | 2 |
| 10.  | Промежуточная (итоговая) аттестация  | 3 |
| 11.  | Итого часов/год  | **216** |

**Примерный годовой план-график тренировочных занятий спортивно-оздоровительной группы второго года обучения**

**(СОГ-2 и последующие годы)**

**(этап реализации потенциальных возможностей)**

Таблица 6

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Предметные области | месяцы | Итого часов |
| сентябрь | октябрь | ноябрь | декабрь | январь | февраль | март | апрель | май |
| Теория и методика физической культуры и спорта | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 12 |
| Общая физическая подготовка | 8 | 9 | 10 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 8 | 80 |
| Плавание (водные процедуры) | 2 | - | - | - | - | - | - | 2 | 3 | 7 |
| Легкая атлетика  | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 27 |
| Элементы гимнастики | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 33 |
| Подвижные игры (элементы спортивных игр)  | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | 5 | 5 | 3 | 43 |
| Соревновательная деятельность  | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 9 |
| Медицинское обследование  | 1 | - | - | - | - | - | - | - | 1 | 2 |
| Промежуточная и итоговая аттестация  | 1 | - | - | - | 1 | - | - | - | 1 | 3 |
| Всего часов  | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 24 | 216 |

В учебном плане в зависимости от года обучения, может конкретизироваться часовая нагрузка предметных областей, разделы подготовки от особенностей тренировочных занятий, методов и способов проведения тренировочных занятий.

**Годовой календарный учебный график образовательного процесса**

Таблица 7

|  |  |
| --- | --- |
|  | Спортивно-оздоровительный этап |
|  | Диагностический этап | Этап реализации потенциальных возможностей |
| Продолжительность учебного года  | 36 недель | 36 недель |
| Начало учебного года  | 01 сентября | 01 сентября |
| Каникулы  | 13 недель | 13 недель |
| Проведение промежуточной аттестации  | январьмай | сентябрьянварь |
| Проведение итоговой аттестации  | - | май |
| Участие в соревновательной деятельности | в соответствии с календарным планом и проведения спортивно-массовых мероприятий | в соответствии с календарным планом и проведения спортивно-массовых мероприятий |
| Окончание учебного года  | июнь | июнь |

**Примерный учебно-тематический план (на месяц) для СОГ -1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | темы | Количество часов по программе | Описание примерного содержания занятий | Дата проведения по плану | Дата проведения по факту |
| Теория | Практика |
| **Раздел 1. Теория** |
| 1 | 1.1.Техника Безопасности. Здоровый образ жизни.История развития спорта в России | **1** |  | Теоретические основыВ процессе занятий |  |  |
| **Раздел 2. Профилактика заболеваний и травм рук** |
| 2 | 2.1. Упражнения на расслабление мускулатуры плечевого пояса.2.2. Упражнения на тонизацию и активную работу плечевым поясом2.3. Упражнения на согласованность работы рук и ног.2.4. Силовые упражнения на мышцы плечевого пояса. | - | **7** | Следить за тонусом мускулатуры.Упражнения с отягощениями. |  |  |
| 3 | Дыхательные упражнения. | **-** | **1** | Дыхательные упражнения и релаксация |  |  |
| 4 | Упражнения на координацию |  | **1** | Упражнения на равновесие и меткость |  |  |
| 5 | Упражнения на мышцы брюшного пресса |  | **1** | Выполнение упражнений на мышцы всех отделов брюшного пресса |  |  |
| 6 | Упражнения на гибкость |  | **2** | Выполнение различных упражнений на растяжение мышц и связок |  |  |
| 7 | Элементы спортивных игр - футбол;-волейбол. | **-** | **3**2**1** | Выполнение подачи и передачи мяча.Отбивание мяча руками, коленями, стопами |  |  |
| ВСЕГО **16 ч** |

**6. Методическая часть Программы**

**6.1. Требования техники безопасности в процессе реализации Программы.**

Проведение тренировочных занятий разрешается:

- на спортивных сооружениях, принятых в эксплуатацию согласно акту приемной комиссии;

- при погодных условиях, не представляющих опасности для здоровья и жизни обучающихся;

- при соответствии мест занятий, инвентаря и одежды обучающихся метеорологическим условиям и санитарно-гигиеническим нормам.

При реализации программы устанавливаются следующие требования техники безопасности:

- осуществление постоянного контроля за состоянием мест занятий в соответствии с санитарно-гигиеническими требованиями;

- проведение инструктажа обучающихся по технике безопасности на тренировочных занятиях определённым видом спорта с обязательной регистрацией в журнале учёта занятий или журнале регистраций инструктажа;

- обязательное включение в каждое тренировочное занятие упражнений в самостраховке, страховке и оказании помощи при выполнении различных упражнений и технических действий;

- тщательное проведение разминки;

- тщательное планирование занятий (последовательность тренировочных заданий, определение величины тренировочных нагрузок в зависимости от индивидуальных особенностей обучающихся и т.д.);

- осуществление постоянного контроля состояния обучающихся;

- снижение нагрузки в случае утомления, первыми признаками которого являются бледность, блеск глаз, перевозбуждение, нарушение координации движений, ухудшение внимания, апатия, сонливость и др.;

- обязательное регулярное медицинское обследование обучающихся;

- соблюдение строгого режима и правил здорового образа жизни;

- соблюдение всех педагогических принципов организации и построения тренировочных занятий (доступность, постепенность, прочность, наглядность, активность, индивидуальность и др.);

- индивидуальный подход к обучающимся при занятиях видами спорта;

- оптимально сочетание нагрузки и отдыха;

- постоянная воспитательная работа с обучающимися (строгая дисциплина на занятиях, взаимопомощь, требовательность к себе и к своим товарищам, максимальная собранность на занятиях, своевременное пресечение грубости, запрещённых приёмов, воспитание уважения к противнику, воспитание творческого отношения к тренировке и т.п.).

Запрещается допуск к тренировочным занятиям и соревнованиям обучающихся, не прошедших врачебного обследования, не выполнивших назначенные лечебно-профилактические мероприятия, не получивших разрешения врача к занятиям и соревнованиям после перенесенных травм и заболеваний или прибывших на тренировку без соответствующей медицинской документации.

**6.2. Методика работы по предметным областям.**

**6.2.1. Теория и методика физической культуры и спорта.**

Предметная область «Теория и методика физической культуры и спорта» связана с другими предметными областями учебного плана (общая физическая подготовка, избранный вид спорта, другие виды спорта и подвижные игры) как элемент теоретических знаний. Теоретические знания должны иметь определённую целевую направленность: вырабатывать у обучающихся умение использовать полученные знания на практике в условиях тренировочных занятий и соревновательной деятельности. Тренер-преподаватель должен логически связать материал теоретических занятий с практическими занятиями.

При проведении теоретических занятий следует учитывать возраст обучающихся и излагать материал в доступной им форме. Теория и методика физической культуры и спорта проводится в форме бесед, лекций, непосредственно на тренировке в процессе проведения занятий. Теоретические сведения рекомендуется давать в начале и повторять в конце тренировки. Продолжительность их должна быть не более 10-15 мин. Если программный материал рассчитан на большее время, то его лучше сообщать в конце занятий.

При подборе конкретного учебного материала по указанным темам следует учитывать специфику детей в соответствии с их физическими, психологическими способностями и (или) двигательными умениями. В процессе теоретических занятий необходимо выбирать соответствующие дефекту методы и средства обучения, изменять количество часов, отведенных на учебную тему с учетом специфики восприятия и усвоения обучающихся. При этом должно достигаться 50% усвоение программного материала.

Во время бесед применяются различные наглядные пособия: учебные фильмы, фотографии, макеты, показ практических действий.

**6.2.2. Общая физическая подготовка (ОФП).**

Общая физическая подготовка повышает функциональные возможности организма, способствует разностороннему физическому развитию и укреплению здоровья, способствует более быстрому и качественному освоению специальных навыков.

В качестве средств общей физической подготовки рекомендуется использовать комплексы общеразвивающих упражнений, различные тренировочные задания, направленные на развитие скоростных способностей, выносливости, гибкости. Бытовая, физкультурная и спортивная деятельность ребенка часто сопряжена с необходимостью быстро реагировать на внешние сигналы, выполнять движения с максимальной скоростью, предвидеть опасность, мгновенно перестраивать деятельность в соответствии с меняющимися условиями. Эти естественные проявления реакции вызывают определенные трудности у детей с ОВЗ, поэтому необходимо развивать у них скоростные способности при помощи физических упражнений.

Скоростные способности имеют сложную структуру, в которой выделяют:

* способность быстро реагировать на внешний сигнал;
* способность к быстрому выполнению одиночных движений;
* способность поддерживать максимальный темп движений;
* способность к быстрому началу действий (стартовое ускорение).

Комплексное проявление скоростных способностей характерно для сложнокоординационных движений, в которых условия постоянно меняются и выполнения движений невозможны без разных проявлений быстроты (эстафеты, подвижные игры, слалом в коляске, волейбол сидя, хоккей на полу и др.).

Быстрота реакций ребенка зависит от типа его нервной деятельности и является качеством, наследуемым от родителей. Поэтому, воспитание быстроты у подростка представляет определенные сложности, а у детей даже с незначительными отклонениями в развитии вообще затруднено. Соответственно этому подбираются наиболее простые и доступные упражнения.

Существует два типа быстроты двигательной реакции – простая и сложная.

*Простая -* выражается временем реагирования на внезапный сигнал. Для слепых и слабовидящих используются звуковые сигналы, для глухих и слабослышащих – зрительные, тактильные, вибрационные. Простая двигательная реакция у детей аномального развития проявляется по- разному, что обусловлено временем переработки информации в ЦНС. Именно это звено прохождения нервного импульса поддается тренировке и может сократить время простой двигательной реакции.

Для развития быстроты реакции можно применять упражнение на реагирование внезапно возникающего сигнала: во время бега по хлопку – остановка, поворот кругом, упор присев и т.п. Варьирование сигналов по типу, силе, расстоянию развивает слуховое и зрительное внимание и в практической деятельности используется в игре.

*Сложная двигательная реакция* бывает двух видов: реакция на движущийся объект и реакция выбора. Оба вида тесным образом связаны с координационными способностями, с ориентацией в пространстве.

Реакция на движущийся объект определяется быстротой зрительного или слухового восприятия, чаще встречается в игровой обстановке и развивается постепенно, сначала при помощи облегченных заданий, затем с последующим их усложнением. Реакция выбора также развивается в играх, когда нужно предугадать действия партнеров и из множества вариантов выбрать наиболее выгодный (убежать, уклониться, опередить и т.п.).

Особенность развития быстроты реакции у детей с нарушениями развития состоит в том, что в каждой нозологической группе есть свои особенности (отсутствие или недостаток зрительного или слухового восприятия, замедление мышления, рассеянное внимание и т.п.), что требует индивидуального подбора упражнений.

*Выносливость – это совокупность психических, морфологических и физиологических компонентов организма, обеспечивающая его устойчивость к утомлению в условиях мышечной деятельности.*

Общая выносливость необходима всем лицам любого возраста. Любая двигательная деятельность, связанная с напряжением сердечно-сосудистой и дыхательной систем, несет развитие выносливости. Для детей с нарушением слуха, зрения, интеллекта, легкой формой ДЦП, ампутацией сегментов верхних конечностей используют упражнения циклического характера (плавание, бег, передвижения и др.). У лиц с ампутацией нижних конечностей, тяжелыми формами ДЦП и умственной отсталости, нарушениями функций спинного мозга развитие выносливости достигается в основном путем передвижения на коляске, реже плавание, спортивные игры.

*Гибкость – комплекс психологических, морфологических и физиологических компонентов организма, обеспечивающий способность выполнять движения с максимальной амплитудой.*

Этот комплекс включает следующие факторы:

* морфологическое и функциональное состояние центральной и периферической нервной системы (нервная регуляция тонуса мышц);
* морфологическое и функциональное состояние суставов;
* психологическое состояние (порог болевых ощущений, способность к волевым усилиям).

Педагогическими задачами при развитии гибкости являются:

* обеспечить развитие гибкости для выполнения движений с полной амплитудой без ущерба для нормальной работы опорно-двигательного аппарата;
* предотвратить, насколько возможно, утрату достигнутого уровня гибкости;
* обеспечить восстановление гибкости, утраченной в результате заболевания, травмы, других причин.

Различают общую и специальную гибкость.

В адаптивной физической культуре общую гибкость развивают во всех возрастных группах, она имеет всестороннюю направленность. Специальная гибкость реализуется подбором упражнений, которые воздействуют на суставы и мышцы, определяющие результат в избранном виде спорта (например, в плавании кролем – плечевой и голеностопный суставы, брассом – тазобедренный, коленный и голеностопный).

В практике адаптивной физической культуры упражнения на гибкость выполняются в комплексе с массажем:

* для пальцев рук: массаж, разгибание пальцев надавливанием другой руки – сначала легким, затем сильными пружинистыми движениями и статическим удержанием в разогнутом положении;
* для запястья: массаж, сгибание, разгибание, вращение, статическое удержание в разогнутом положении за счет надавливания другой рукой или упором в неподвижный предмет (пол, стену);
* для плечевых суставов: вращения, маховые движения в разных направлениях и плоскостях, висы на кольцах, наклоны вперед хватом за рейку гимнастической стенки, «выкруты» гимнастической палки;
* для туловища: прогибание назад в мост у опоры, стоя на коленях, наклоны назад, вперед прогнувшись, волнообразные движения, наклоны, повороты, наклоны туловища;
* для голеностопных суставов: массаж, оттягивание носков, подошвенное сгибание – разгибание, сед на пятках, на наружном и внутреннем своде;
* для тазобедренных суставов: глубокие приседания на полной ступне – в положении ноги врозь, выпады вперед и в стороны, наклоны вперед из положения ног врозь, вместе, стоя на гимнастической скамейке; махи ногами вперед, назад, в стороны и др.

Степень использования упражнений и дозировка определяется потребностью дальнейшего развития гибкости. Также для разностороннего физического развития и укрепления здоровья рекомендуется развивать специальную физическую подготовку.

В тренировочные занятия по специальной физической подготовке включаем упражнения для развития силовых качеств и координационных способностей.

Развитие силовых способностей.

Дети с нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, интеллекта в большинстве своем имеют слабое физическое развитие и нуждаются в укреплении всех мышечных групп. Для детей с ДЦП силовые упражнения подбираются индивидуально в зависимости от степени поражения двигательной системы.

*Мышечная сила – это совокупность психических, морфологических и физиологических компонентов организма, единство которых в структуре двигательной функциональной системы обеспечивает способность к преодолению внешнего сопротивления с помощью мышечных напряжений.*

Выделяют следующие группы упражнений, направленные на развитие мышечной силы: упражнения с преодолением массы собственного тела; упражнения с внешним сопротивлением; упражнения в изометрическом режиме.

Первая группа упражнений наиболее доступная и распространенная среди всех категорий ОВЗ, она включает:

* силовые упражнения основной гимнастики: лазанье, висы, подтягивание, сгибание-разгибание рук в упоре, перемещения по гимнастической скамейке лежа с помощью рук и др.;
* силовые упражнения для профилактики нарушений осанки, предупреждения сколиоза;
* легкоатлетические упражнения;
* подвижные игры, например игра в футбол на ограниченной площадке, передвигаясь на корточках или ягодицах и перекатывая мяч руками.

Вторая группа - упражнения с внешним сопротивлением, включает:

* упражнения с преодолением внешней среды: бег по песку, по снегу;
* упражнения с сопротивлением при помощи эспандеров, резиновых амортизаторов или колец;
* плавание;
* упражнения на тренажерах;
* упражнения с утяжелителями – гантелями, набивными мячами, «блинами», (в парах).

Эта группа упражнений относится к высокоэффективным средствам развития силы, но требует индивидуального подхода: веса отягощения, количества повторений, учета медицинских показаний и противопоказаний.

Третью группу упражнений составляют изометрические кратковременные напряжения:

* виды спорта (пауэрлифтинг, армрестлинг);
* мышечные напряжения конечностей при вынужденной неподвижности (гипс) или ограниченной подвижности;
* изометрическое напряжение мышц путем мысленного представления движений отсутствующей конечностью.

Развитие координационных способностей

*Под координационными способностями человека понимают согласованные, целесообразные, координированные движения и способность управлять ими.*

Природной основой координационных способностей являются свойства нервной системы, индивидуальные особенности строения коры головного мозга, уровень развития сенсорных систем (зрения, слуха и др.), продуктивность психических процессов (ощущений, восприятия, памяти, мышления), темперамент, характер.

В структуру координационных способностей входят:

* координация движений;
* ориентировка в пространстве;
* ритмичность движений;
* равновесие; быстрота реагирования;
* точность мелкой моторики.

**6.2.3. Методические приемы для развития координационных способностей**.

*Развитие координации движений*

Рекомендуется использовать приемы, способствующие улучшению координации движений:

* необычные исходные положения;
* зеркальные выполнения упражнений;
* изменение скорости и темпа движений;
* изменение пространственных границ выполнения упражнения;
* смена способов выполнения упражнения;
* изменения противодействия в парных упражнениях;

*Развитие пространственной ориентации.*

Методические приемы развития способности к пространственной ориентации направлены на формирование необходимых знаний и двигательных умений с помощью зрительных, слуховых, тактильных, кинестетических представлений, являющихся ориентировочной основой действий в замкнутом или открытом пространстве. Создание таких представлений особенно важно для детей с сенсорными нарушениями:

* знание и развитие навыков ориентации в структуре пространства и внешних ориентирах (верхний, нижний, правый, левый угол зала, окно, дверь, гимнастическая стенка и т.п.);
* знания и развитие навыков о положениях позах тела (правильная осанка, положение стоя, сидя, лежа на животе и др.);
* знания и развитие навыков о направлениях движения: вперед-назад, вправо, влево, вниз-вверх;
* знания и развитие навыков о видах размещения (в шеренге, колонне, круге, в парах);
* представления о величине (большой – маленький), весе (легкий – тяжелый), форме (квадратный, круглый), фактуре (гладкий, шершавый), материале (деревянный, резиновый…), цвете;
* дифференцирование внешних сигналов (звуковых, световых, вибрационных), предметных и символических ориентиров (хруст снега, шум воды), указывающих направление, амплитуду, траекторию, длину и количество шагов.

*Развитие способности усвоения ритма движений*

Ритм – это выполнение сильных, акцентированных движений, связанных с мышечными усилиями по времени.

Ритм присутствует в циклических и ациклических видах спорта. Затруднения в усвоении правильного ритма особенно испытывают дети с умственной отсталостью. Неритмичный бег означает неравномерность усилий при отталкивании при каждом шаге и соответственно нестабильную скорость. В целях обучения правильному ритму и его относительной стабилизации используют счет, хлопки и пр. С этой же целью применяют музыкальное сопровождение, которое развивает музыкальную память, координацию движений, быстроту реакции, выразительность, пластичность и ритм движений.

*Развитие способности к статическому и динамическому равновесию*

Детям с ОВЗ важны два проявления равновесия: устойчивость статической позы и сохранения ее при выполнении упражнений.

В практической работе с детьми ОВЗ применяются следующие упражнения:

* ходьба на носках, фиксация стойки носках;
* ходьба с поворотами, наклонами, круговыми движениями головы;
* чередование ходьбы вперед и назад с поворотами на 180 и 360 градусов;
* танцевальные шаги;
* стоя у опоры, сохранение равновесия при наклонах назад, вперед, в стороны, стоя на одной ноге;
* то же, без опоры;
* прыжки на двух ногах, на одной ноге, на скакалке; выпрыгивание вверх и др.;
* махи ногами вперед, назад, в стороны;
* катание на качелях, каруселях, прыжки на батуте;
* подвижные игры с ускорениями, остановками, сменой направления и т.п.;
* ходьба по наклонной гимнастической скамейке вверх, вниз, руки в стороны;
* выполнение упражнений с закрытыми глазами и другие.

*Развитие способности к быстрому реагированию*

Под реагирующей способностью понимается умение быстро отвечать на различные сигналы, перестраивать формы двигательных действий в соответствии с меняющимися условиями.

Для развития простой двигательной реакции используются внезапные звуковые, двигательные, световые, вибрационные сигналы.

Сложные реакции связаны со слежением, зрительным восприятием (у незрячих – слуховым восприятием), умением предвидеть, например траекторию полета мяча или предугадать ситуацию, движения соперника и т.п.

Проявление этой способности связано с лимитом времени, поэтому она лучше развивается в игровой деятельности.

Для развития такой способности используются упражнения:

* во время ходьбы или бега по одному сигналу выполняется остановка, по другому – смена направления движения;
* реагирование движением на летящий мяч (отскочить или поймать);
* реагирование на сигнал переключением на другой вид деятельности;подвижные игры, требующие быстрого реагирования на изменяющиеся условия и др.

*Развитие мелкой моторики*

Одним из наиболее выраженных проявлений поражения ЦНС является нарушение нервной регуляции моторики мелких движений рук – кистей и пальцев. От координации пальцев и кисти зависит освоение различных спортивных действий инвалидами всех нозологических групп.

Для разработки кистей и пальцев рук используют мелкий инвентарь: разные по объему и весу мячи, надувные, пластмассовые, деревянные шары, мячики-ежики, флажки, ленты, резиновые кольца, обручи, гимнастические палки, кубики, мягкие модули.

Развивают мелкую моторику при помощи игровых и индивидуальных упражнений.

К ним относятся:

* катание мяча, шарика, сидя на полу;
* подбрасывание и ловля мяча двумя руками, одной;
* перебрасывание мяча из руки в руку;
* удары мяча об пол, в стену и ловля;
* броски мяча в цель;
* сжимание-разжимание кисти с резиновым кольцом;
* малоподвижные игры;
* пальчиковые игры.

Такие упражнения способствуют развитию ловкости, умению управлять своими движениями, активируют моторику руки.

**7. Система контроля и зачетные требования Программы.**

Оценка качества реализации дополнительной общеразвивающей программы «Адаптивная физическая культура» включает в себя педагогический контроль, промежуточную и итоговую аттестацию обучающихся.

Таблица 7

|  |  |
| --- | --- |
| Предметные области | Форма проведения промежуточной аттестации |
| Теория и методика физической культуры и спорта | зачет |
| Общая физическая подготовка | зачет |
| Подвижные игры (элементы спортивных игр) | зачёт |

**Основными *показателями выполнения программных требований являются:***

- овладение основами техники физических упражнений;

- овладение основами теоретических знаний;

- показать динамику индивидуальных показателей физического развития и основных физических качеств (сила, быстрота, выносливость, гибкость, координационные способности);

- показать динамику индивидуальных показателей, характеризующих состояние основного дефекта (заболевания), сопутствующих заболеваний и вторичных отклонений;

- освоить навыки гигиены, самоконтроля, бытового самообслуживания, общения с окружающими.

Обучающимся, не выполнившим предъявляемые требования предоставляется

возможность продолжить обучение повторно в физкультурно-коррекционных группах.

***Формы подведения итогов реализации программы****:* тестирование по общей физической подготовке; тестирование антропометрических показателей.

В программе определены допустимые объемы тренировочных нагрузок по основным средствам с учетом возрастных особенностей, должного уровня физической подготовленности и функциональных возможностях занимающихся.

Оценка результативной деятельности тренера-преподавателя по работе с детьми ОВЗ является положительной, если в конце учебного года дети могут показать прирост знаний относительно начала учебного года. Для определения подготовленности обучающихся можно использовать опросы, тесты.

Под педагогическим контролем в физическом воспитании принято понимать совокупность средств, методов и методических приемов, позволяющих оценивать состояние занимающихся с целью основанного управления развитием разных сторон методики тренировки.

Тренер-преподаватель, который работает на спортивно-оздоровительных группах, должен систематически контролировать состояние здоровья обучающихся, видеть уровень их физического развития, уметь анализировать данные обследований.

Основными методами педагогического контроля являются:

- педагогические наблюдения;

- контрольные упражнения (тесты).

*Предварительный контроль* проводится в начале учебного года. Данные такого контроля позволяют уточнить учебные задачи, средства и методы их решения;

*Оперативный контроль* проводится на одном учебном занятии с целью целесообразного чередования нагрузки и отдыха.

*Текущий контроль* проводится для определения реакции организма на нагрузку после занятия, т.е. на восстановительные процессы.

*Итоговый контроль* проводится в конце учебного года для определения успешности выполнения годового плана-графика учебного процесса, что является основой для последующего планирования учебно-воспитательного процесса.

Основным документом учета служит журнал учета работы учебной группы.

Сопутствующими документами являются: протоколы контрольных тестирований; обследования детей; документы спортивных соревнований и спортивно-массовой и воспитательной работы; планы индивидуальной реабилитации занимающихся адаптивным спортом.

**8. Требования к результатам освоения Программы.**

Результатом освоения Программы является приобретение обучающимися следующих знаний, умений и навыков:

***в области теории и методики физической культуры и спорта:***

история развития видов спорта;

место и роль физической культуры и спорта в современном обществе;

необходимые сведения о строении и функциях организма человека;

гигиенические знания, умения и навыки;

режим дня, закаливание организма, здоровый образ жизни;

основы спортивного питания;

требования к оборудованию, инвентарю и спортивной экипировке;

требования техники безопасности при занятиях избранным видом спорта.

***в области общей физической подготовки:***

освоение комплексов физических упражнений;

развитие основных физических качеств (гибкости, быстроты, силы, координации, выносливости) и базирующихся на них способностях и их гармоничное сочетание применительно к специфике занятий избранным видом спорта;

укрепление здоровья, повышение уровня физической работоспособности и функциональных возможностей организма, содействие гармоничному физическому развитию, воспитанию личностных качеств и нравственных чувств.

***в области освоения других видов спорта и подвижных игр:***

умение точно и своевременно выполнять задания, связанные с требованиями вида спорта и правилами подвижных игр;

умение развивать специфические физические качества в избранном виде спорта, дисциплине вида спорта (при наличии) средствами других видов спорта и подвижных игр;

умение соблюдать требования техники безопасности при самостоятельном выполнении упражнений;

навыки сохранения собственной физической формы.

***в области соревновательной деятельности:***

правила проведения соревнований по избранному виду спорта;

участие в соревнованиях избранного вида спорта в соответствии с подготовленностью обучающегося.

***в области промежуточная (итоговая) аттестация обучающихся:***

динамика контрольных упражнений для оценки результатов общей и специальной физической подготовки.

***в области здоровья:***

динамика улучшения общего физического состояния здоровья, адаптация к жизни в обществе.

**9. Оборудование и спортивный инвентарь, необходимый для прохождения обучения по образовательной программе**

**«Адаптивная физическая культура и спорт».**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N п/п  | Наименование оборудования, спортивного инвентаря  | Единица измерения  | Количество изделий  |
|  Баскетбол  |
| 1  | Доска тактическая  | штук  | 2  |
| 2  | Конструкция баскетбольного щита в сборе (щит, корзина с кольцом, сетка, опора)  | комплект  | 2  |
| 3  | Мяч баскетбольный  | штук  | 30  |
| 4  | Секундомер  | штук  | 4  |
| 5  | Стойка для обводки  | штук  | 20  |
| 6  | Фишки (конусы)  | штук  | 30  |
| Дополнительное и вспомогательное оборудование и спортивный инвентарь  |
| 1  | Барьер легкоатлетический  | штук  | 20  |
| 2  | Гантели массивные от 0,5 до 5 кг  | комплект  | 3  |
| 3  | Корзина для мячей  | штук  | 2  |
| 4  | Мяч волейбольный  | штук  | 2  |
| 5  | Мяч набивной (медицинбол) от 1 до 5 кг  | штук  | 15  |
| 6  | Мяч теннисный  | штук  | 10  |
| 7  | Мяч футбольный  | штук  | 2  |
| 8  | Насос для накачивания спортивных мячей в комплекте с иглами  | штук  | 4  |
| 9  | Скакалка  | штук  | 24  |
| 10  | Скамейка гимнастическая  | штук  | 4  |
| 11  | Утяжелитель для ног  | комплект  | 15  |
| 12  | Утяжелитель для рук  | комплект  | 15  |
| 13  | Эспандер резиновый ленточный  | штук  | 24  |
|  Волейбол  |
| 1  | Мяч волейбольный  | штук  | 25  |
| 2  | Протектор для волейбольных стоек  | штук  | 4  |
| 3  | Сетка волейбольная со стойками  | комплект  | 2  |
| Легкая атлетика - бег на короткие дистанции, легкая атлетика - бег на средние и длинные дистанции, легкая атлетика - метания, легкая атлетика - прыжки мужчины, женщины  |
| 1  | Барьер легкоатлетический универсальный  | штук  | 40  |
| 2  | Брус для отталкивания  | штук  | 1  |
| 5  | Палочка эстафетная  | штук  | 20  |
| Дополнительное и вспомогательное оборудование, спортивный инвентарь  |
| 9  | Мат гимнастический  | штук  | 10  |
| 10  | Мяч для метания 140 г  | штук  | 10  |
| 11  | Мяч набивной (медицинбол) от 1 до 5  | комплект  | 8  |
| 15  | Рулетка 10 м  | штук  | 3  |
| 19  | Секундомер  | штук  | 10  |
| 20  | Скамейка гимнастическая  | штук  | 20  |
| 22  | Стенка гимнастическая  | пар  | 2  |
|  Плавание  |
| 1  | Средства спасения комплект (круг, шест, фал, поплавки)  | комплект  | 1  |
| 2  | Плавательные доски  | штук  | 4  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Дополнительное и вспомогательное оборудование, спортивный инвентарь  |
|  Футбол  |
| 1  | Ворота футбольные  | комплект  | 2  |
| 2  | Ворота футбольные, переносные, уменьшенных размеров  | штук  | 4  |
| 3  | Мяч футбольный  | штук  | 22  |
| 4  | Стойки для обводки  | штук  | 20  |
| 5  Настольные игры12345 | Флаги для разметки футбольного поля АэрохоккейФутболБильярд Керлинг напольныйЭлектронный тир  | штук штукштукштукштукштук | 6 11111 |

1. **Перечень информационного обеспечения Программы**

**10.1. Список литературы**

1.Авдиенко В.Б. Плавание. Методические рекомендации (учебная программа) для тренеров детско-юношеских спортивных школ и училищ олимпийского резерва / В.Б. Авдиенко, И.П. Волков 2000. -233

2.Гончарова М.Н., Гринина А.В., Мирзоева И.И. Реабилитация детей с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата. - Л.: «Медицина», 1974.

3.Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник.Т.2: / С.П. Евсеев. – М.: Советский спорт, 2009. – 448 с.

4.Левченко И.Ю., Приходько О.Г. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Учебное пособие. Издательство «ACADEMA», М., 2001.

5.Лечебная физическая культура: Справочник / Под ред. Проф. В.А.Епифанова. М.: Медицина, 2004. Мельников А.Ю. Практикум по легкой атлетике для лиц с ограниченными функциональными возможностями / А.Ю. 6.Мельников; Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2009. – 116 с.

7.Портных Ю.И. Спортивные и подвижные игры: Учебник для средних спец. учебных заведений физ. Культ.- Изд. 3-е, перераб., доп. / Ю.И. Портных. – М.: Физкультура и спорт, 1984. – 344 с.

8.Семенов Ю.А. Навык плавания - каждому / Ю.А. Семенов – М.: Физкультура и спорт, 1983. – 144 с.

9.Уфимцева Л.П. Психолого-педагогические основы коррекции психофизического развития детей – инвалидов средствами физвоспитания (методическое пособие) / Л.П. Уфимцева, Н.И. Венсловене, Т.М. Гаврилова; Детско-юношеская спортивно-адаптивная школа – Красноярск, 2006. – 58 с.

10.Холодов Ж.К. Теория и методика физического воспитания и спорта / 11.Холодов Ж.К., Кузнецов В.С.: Учеб.пособие для студ. высших учеб. Заведений. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 480 с.

12.Царик А.В. Паралимпийский спорт: нормативное правовое и методическое регулирование / авт.- сост. А.В. Царик; под общ.ред. П.А. Рожкова. – М.: Советский спорт, 2010. – 1272 с.

13.Шапкова Л.В. Частные методики адаптивной физической культуры: учебник / Л.В. Шапкова.- М.: Советский спорт, 2009. – 608 с.

**10.2. Перечень Интернет-ресурсов, необходимых для использования в образовательном процессе**

Национальная информационная сеть «Спортивная Россия», http://www.infosport.ru

Российская Спортивная Энциклопедия, http://www.libsport.ru/

Научно-теоретический журнал "Теория и практика физической культуры" . http://www.teoriya.ru/journals/.

Научно-методический журнал "Физическая культура: воспитание, образование, тренировка" http://www.teoriya.ru/fkvot/

Научно теоретический журнал «Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта», http://lesgaft-notes.spb.ru/.

Международный олимпийский комитет http://www.olympic.org/

Международный паралимпийский комитет http://www.paralympic.org/

Российский олимпийский комитет http://www.olympic.ru/

Центральная отраслевая библиотека по физической культуре и спорту Российского государственного университета физической культуры и спорта, http://lib.sportedu.ru/

Библиотека Сибирского государственного университета физической культуры,http://www.sibsport.ru/www/sibsport.nsf/0/5638BC150E2675F546256E62002384EB?opendocument

Наука о тренерской работе (Abstracts), http://www-rohan.sdsu.edu/dept/coachsci/index.htm

Энциклопедия по видам спорта http://www.infosport.ru/sp/

Всемирный антидопинговый кодекс на русском языке http://lib.sportedu.by/internet/title/code\_ru.pdf

Министерство спорта РФ, <http://mon.gov.ru/>

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

**Рекомендуемые тренировочные задания и упражнения при постановки диагноза**

**Особенности ЛФК при заболеваниях нервной системы.**

1). Раннее начало применения лечебной физкультуры.

2). Адекватность физической нагрузки: физическая нагрузка подбирается индивидуально с постепенным нарастанием и усложнением заданий. Небольшое усложнение упражнений психологически делает предыдущие задания «легкими»: то, что раньше казалось трудным, после новых чуть более сложных заданий выполняется более легко, качественно, постепенно появляются утраченные движения. Нельзя допускать перегрузку  во избежание ухудшения состояния больного: могут усилиться двигательные нарушения. Чтобы прогресс происходил быстрее, нужно заканчивать занятие на том упражнении, которое получается у данного больного, акцентировать на этом внимание. Большое значение я придаю психологической подготовке пациента к следующему заданию. Это выглядит примерно так: «Завтра мы будем учиться вставать (ходить)».  Пациент все время думает об этом, происходит общая мобилизация сил и готовность к новым упражнениям.

3). Простые упражнения сочетаются со сложными для тренировки высшей нервной деятельности.

4). Двигательный режим постепенно неуклонно расширяется: лежа – сидя – стоя.

5). Используются все средства и методы ЛФК: лечебная гимнастика, лечение положением, массаж,  экстензионная  терапия (механическое выпрямление или вытяжение по продольной оси тех частей тела человека, у которых нарушено правильное анатомическое расположение (контрактуры)).

Основной метод лечебной физкультуры при заболеваниях нервной системы — лечебная гимнастика, основные средства ЛФК – упражнения.

Применяются

1. изометрические упражнения, направленные на укрепление мышечной силы;
2. упражнения с чередованием напряжения и расслабления мышечных групп;
3. упражнения с ускорением и замедлением;
4. упражнения на координацию;
5. упражнение на равновесие;
6. рефлекторные упражнения;
7. идеомоторные упражнения (с мысленным посылом импульсов). *Именно эти упражнения при заболеваниях нервной системы я применяю наиболее часто в сочетании с Су-джок – терапией.*

Поражение нервной системы бывает на разных уровнях, от этого зависит неврологическая клиника и, соответственно, подбор лечебных упражнений и других физиотерапевтических лечебных мероприятий в комплексном лечении конкретного неврологического больного.

Гидрокинезотерапия — упражнения в воде — очень эффективный метод восстановления двигательных функций.

**ЛФК при заболеваниях нервной системы** подразделяется в соответствии с отделами нервной системы человека в зависимости от того, какой отдел нервной системы поражен:

ЛФК при заболеваниях центральной нервной системы;
ЛФК при заболеваниях периферической нервной системы;
ЛФК при заболеваниях соматической нервной системы;
ЛФК при заболеваниях вегетативной нервной системы.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

**Нейропатия** (**невропатия,** полинейропатия) – это комплекс нарушений, которые возникают вследствие повреждения отдельных участков нервной системы, не считая головного и спинного мозга. ЛФК при нейропатиии лучевого нерва или конечностей способна улучшить общее состояние пациента и поспособствовать снижению интенсивности симптомов отклонения.

Сразу сложно сказать, из-за чего у человека появляется данное заболевание. В этом случае у него будет наблюдаться нарушение в работе отдельных нервов и в целом всей периферической системы. Патология опасна тем, что приводит к затруднению циркуляции крови, впоследствии это приводит к потере чувствительности пораженных частей тела.

Содержание[[скрыть](https://fiziotera.ru/lfk-lechenie-neiropatii/)]

* [Какие существуют простые упражнения для лечения нейропатии?](https://fiziotera.ru/lfk-lechenie-neiropatii/#i)
	+ [Аэробика при нейропатии](https://fiziotera.ru/lfk-lechenie-neiropatii/#i-2)
	+ [Какие существуют упражнения на баланс для пациентов с нейропатией?](https://fiziotera.ru/lfk-lechenie-neiropatii/#i-3)
	+ [Развитие гибкости при нейропатии](https://fiziotera.ru/lfk-lechenie-neiropatii/#i-4)
	+ [Силовые физические упражнения при нейропатии](https://fiziotera.ru/lfk-lechenie-neiropatii/#i-5)
	+ [Общие упражнения](https://fiziotera.ru/lfk-lechenie-neiropatii/#i-6)
* [Как улучшить кровообращение при нейропатии?](https://fiziotera.ru/lfk-lechenie-neiropatii/#i-7)
	+ [Как правильно сделать массаж при нейропатии в домашних условиях?](https://fiziotera.ru/lfk-lechenie-neiropatii/#i-8)

**Какие существуют простые упражнения для лечения нейропатии?**

После проведения ряда исследований ученым удалось доказать, что ЛФК при нейропатии лицевого нерва или конечностей способна улучшать мышечную ткань, снимать симптомы в виде болей и положительно воздействовать на уровень сахара в крови. Упражнения, направленные на лечение патологии, включают в себя следующие виды физической активности:

* силовые упражнения;
* аэробика;
* развитие гибкости;
* работа над умением балансировать.
* гимнастика

Чтобы проявились первые положительные стороны данной техники, необходимо заниматься ею как минимум 25-35 минут не менее 4 раз в неделю. Если пациент чувствует неуверенность в своих силах, рекомендуется проводить 10 минутные тренировки, а затем постепенно увеличивать нагрузку. Если удобно, можно распределить эту физическую активность на 3 части дня: утро, обед и вечер. Перед каждой из тренировок рекомендуется проводить прогулки на свежем воздухе или заниматься прямо на улице.

Обратите внимание! Перед тем, как приступить к выполнению упражнений, необходимо провести разминку, чтобы подготовить организм и разогреть мышцы.

 ПРИЛОЖЕНИЕ 3

 **Аэробика при нейропатии**

В этом случае пациенты занимаются следующими видами физической активности:

1. Ежедневная пробежка или езда на велосипеде с умеренной нагрузкой.
2. Плаванье в бассейне и одновременное выполнение различных аэробных упражнений в воде.
3. Регулярные пешие прогулки на свежем воздухе.

**Какие существуют упражнения на баланс для пациентов с нейропатией?**

Такая ЛФК проявляет эффективность при нейропатии верхних и нижних конечностей. Чтобы выполнить одно из упражнений, необходимо взять стул и стать за его спинкой. Ноги должны стоять на ширине плеч, а руками нужно держаться. Теперь одну ногу постепенно поднимать в стороны, примерно на 35 сантиметров от пола. Находиться в такой позе нужно 5-10 секунд, по мере возможности.

То же самое необходимо проделать и с другой ногой. Очень важно, чтобы на протяжении всего времени колени и спина оставались прямыми. Такую тренировку проводят 2 раза в день по несколько минут.

 ПРИЛОЖЕНИЕ 4

**Развитие гибкости при нейропатии**

Растяжка при нейропатии помогает избежать травм, которые могут возникать вследствие выполнения других физических упражнений. Она позволит держать суставы в тонусе и поспособствует их гибкости. Начать упражнения стоит с растяжки икроножной мышцы.

Для этого одна нога ставится позади таким образом, чтобы носок смотрел вперед. Другой ногой нужно сделать шаг вперед, согнув колено, чтобы было более удобно, можно наклониться вперед, но пятки обеих ног должны оставаться на полу. В таком положении нужно простоять не менее 15 секунд, а затем поменять ноги. Упражнение рекомендуется повторять 2 раза в сутки ежедневно.

 ПРИЛОЖЕНИЕ 5

 **Силовые физические упражнения при нейропатии**

Чтобы выполнить одно из упражнений, необходимо подготовить устойчивое кресло или стул с подлокотниками и сесть в него. Если такой нашелся, нужно поставить его перед собой, одну ногу поставить под переднюю часть кресла, а вторую выставить перед собой и в сторону примерно на 20 сантиметров.

Далее центр тяжести перемещается вперед до тех пор, пока обе ноги не почувствуют напряжение. Теперь можно начинать постепенно подниматься и опускаться обратно, также не спеша. Такие действия стоит повторять по 10-15 раз, меняя ноги 2 раза в день.

 ПРИЛОЖЕНИЕ 6

**Общие упражнения**

К остальным упражнениям, способным улучшить состояние больного, можно отнести следующее:

1. Для улучшения кровообращения конечностей нужно взять руками пальцы ног и начать тянуть на себя. В таком положении необходимо простоять несколько секунд. Одновременно с этим используются повороты стоп в разные стороны и массажные движения для каждого пальца и подошвы.
2. Перекаты с носка на пятку после нескольких секунд стояния на носках.
3. Сжимание и разжимание кистей рук.
4. При нейропатии рук можно приобрести специальный резиновый мячик. Когда выпадает свободное время, нужно мять его обеими руками поочередно.
5. Вращающие упражнения в левую и правую сторону при сжатых пальцах в кулак.

 ПРИЛОЖЕНИЕ 7

**Как улучшить кровообращение при нейропатии?**

Если ЛФК при нейропатии для кистей рук или других частей тела оказалась недостаточно эффективной, следует прибавить к упражнениям лечебные массажи. Такая терапия оказывает воздействие на мягкие ткани специальными электрическими приборами или вручную. Здесь часто применяются солнечные ванны, специальные масла, а также одновременные походы в баню или сауну.

Специалист, который проводит массаж, выполняет плавные движения, оказывая минимальное воздействие на кожу пациента. Поглаживания должны быть направлены от периферии к центральной части.

Также стоит учитывать некоторые предостережения, а именно:

* поскольку пациент страдает от потери чувствительности, специалист должен быть осторожен при оказании давления на пораженные части тела;
* необходимо тщательно проверять кожу, так как существует большой риск получения травмы после массажа;
* если в процессе массажа возникают болевые ощущения, его стоит сразу же прекратить и как можно быстрее обратиться к врачу.

Заниматься подобной терапией должен только высококвалифицированный специалист, только в этом случае интенсивность симптомов снизится, и пациент почувствует общее улучшение состояния. Если сделать массаж неправильно, у пациента могут возникнуть проблемы с отеками, артритом или инфекционными заболеваниями.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

**Гимнастика**

Гимнастические упражнения используют в целях коррекции нарушений физического развития. Важными средствами гимнастики для развития физических качеств являются общеразвивающие (ОРУ), акробатические, прикладные упражнения, в процессе выполнения которых, дети учатся владеть своим телом, выполнять упражнения с определенной амплитудой, в заданном направлении, определенном темпе и ритме.

Систематическое выполнение ОРУ обеспечивает равномерное развитие мышц, костной системы, связочно-суставного аппарата, помогает формированию правильной осанки.

ОРУ укрепляют сердечно-сосудистую, дыхательную и нервную системы, улучшают обменные процессы в организме, способствуют улучшению координации движений.

Рекомендуется включать в тренировочные занятия гимнастические упражнения без предметов и с предметами: гимнастическими палками, скакалками, малыми и большими обручами, мячами, которые способствуют развитию координационных способностей, хватательной функции кистей, развивающие пространственную ориентировку.

Обучающиеся должны научиться владеть доступными простейшими видами построений, которые трудны для детей-инвалидов из-за нарушений ориентировки в пространстве.

Эффективным средством для развития силы, ловкости и равновесия являются упражнения в лазании и перелезании. Эти упражнения оказывают положительное влияние на преодоление страхов высоты, пространства, помогают развитию положительной самооценки, регулируют эмоциональные и поведенческие реакции детей.

При подборе упражнений важно учитывать физиологические особенности ребенка, возраст и физическую подготовку.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

**Примерный комплекс дыхательных упражнений**

1. Сделать полный выдох, набрать воздух медленно через нос, следя за тем, чтобы передняя брюшная стенка все больше выдавалась вперед (набирать воздух свободно, не напрягаясь). При этом диафрагма уплощается, увеличивая объем легких, грудная клетка расширяется. Вдыхать и выдыхать плавно, избегая толчков.
2. Сделать выдох и, когда появится желание вдохнуть, с закрытым ртом сделать глубокий, без напряжения вдох носом. Затем пауза (задержать грудную клетку в расширенном состоянии). Сделать полный выдох, медленно и плавно выпуская воздух через нос. Пауза.
3. После выдоха начать дыхание через нос, следя, правильно ли работают диафрагма, нижние ребра и мышцы живота, спокойны ли плечи. Выдержав паузу, начать постепенный, плавный выдох через узкое отверстие, образованное губами. При этом должно возникнуть ощущение, будто струя воздуха является продолжением воздушного потока, идущего от диафрагмы. Необходимо следить за тем, чтобы не было напряжения в верхней части грудной клетки и шее. При ощущении напряжения следует, расслабившись, медленно покачать головой вправо-влево, вперед-назад, по кругу.
4. Исходное положение (далее – и. п.) – лежа на спине. По инструкции ребенок медленно поднимает одну руку (правую, левую), ногу (левую, правую), затем две конечности одновременно на вдохе и удерживает в поднятом положении во время паузы; медленно опускает на выдохе; расслабляется во время паузы. После этого упражнение выполняется лежа на животе.
5. И. п. – сидя, спина прямая. Поднимать руки вверх над головой с вдохом и опускать вниз перед собой с выдохом, немного сгибаясь при этом.

 ПРИЛОЖЕНИЕ 10

**Медицинские мячи и фитболы**

Физиотерапия и домашние упражнения требуют использования спортивного инвентаря.

**Примечание**. В процессе реабилитации обычно применяется тоже снаряжение, что и для занятия обычными физическими упражнениями дома.

Исследования показали, что после травмы или каких-то событий, например, инсульта или другой болезни, подвижность пациента может быть ограничена или причинять боль, поэтому физиотерапия приносит пользу в реабилитации.

Медицинские мячи и фитболы стали невероятно популярными для домашних упражнений по укреплению мышц корсета позвоночника. Тренировка осевой мускулатуры является важной для общего благосостояния человека.

Медицинские мячи и фитболы помогают:

* укреплять мышцы спины, что позволяет избегать травм,
* улучшают гибкость.

Они продаются разных размеров, соответственно люди разного роста, веса и мускулатуры могут подобрать себе подходящий инвентарь для тренировок в домашних условиях.

ПРИЛОЖЕНИЕ 11

**Эспандеры**

Занятия с эспандерами предполагают силовую тренировку. Они портативные, весят мало и отлично подходят для использования в домашних условиях. Упражнения с эспандером могут выполнять пациенты самостоятельно без помощи медсестры или физиотерапевта.

Данные тренажеры существуют различной длины для тренировки рук, ног, осевой мускулатуры и подходят людям разного роста.

 ПРИЛОЖЕНИЕ 12

**Доска для баланса**

Упражнения на доске для баланса хорошо прорабатывают нижнюю часть тела. При правильном использовании доска укрепляет мышцы спины и осевую мускулатуру. Данное оборудование:

* развивает баланс,
* совершенствует вестибулярный аппарат.

Ухудшение работы вестибулярного аппарата обычно связано с заболеваниями среднего уха, поэтому, если пациент регулярно жалуется на головокружение или нарушение равновесия, ему следует как можно быстрее показаться лор-специалисту.

ПРИЛОЖЕНИЕ 13

 **Гантели**

Гантели отлично подходят для домашней тренировки и для процесса реабилитации. С гантелями можно выполнять не только упражнения на бицепс, но они также отлично подходят для укрепления и тонизирования:

* трицепса,
* предплечья,
* верхней части спины,
* груди.

Гантели можно также использовать в сочетании с выпадами, приседаниями, ходьбой и другими упражнениями для укрепления нижней части тела.

Хорошая, комплексная программа тренировок или домашняя реабилитационная программа будет успешно осуществлена при помощи всего выше обозначенного спортивного снаряжения для тонизирования и укрепления всех основных групп мышц. Всегда консультируйтесь с лечащим врачом перед началом новой программы упражнений. Во избежание травм начинайте тренироваться медленно и увеличивайте интенсивность постепенно.

**Внимание**! При возрастании интенсивности тренировок, пациенты могут почувствовать боль в суставах. Обычно это временное явление, которое можно избежать путем правильного растяжения и использования защиты на локтях, коленях и спине.

Как только мышцы должным образом укрепятся, боль обычно стихает. Таким пациентам может помочь **миостимуляция**. Исследования показали, что миостимуляция облегчает острую боль у пациентов, испытывающих трудности при выполнении физической терапии. Однако не доказано, что миостимуляторы снижают хронические боли.