**Реферат на тему: АФВ как основа для формирования здорового образа жизни**

**Содержание:**

1. [Введение](https://www.evkova.org/referat-na-temu-afv-kak-osnova-dlya-formirovaniya-zdorovogo-obraza-zhizni#%D0%92%D0%B2%D0%B5%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5)
2. [Особенности физического развития детей с патологией развития костно-мышечной системы](https://www.evkova.org/referat-na-temu-afv-kak-osnova-dlya-formirovaniya-zdorovogo-obraza-zhizni#%D0%9E%D1%81%D0%BE%D0%B1%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8%20%D1%84%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE%20%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%B8%D1%8F%20%D0%B4%D0%B5%D1%82%D0%B5%D0%B9%20%D1%81%20%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D0%B5%D0%B9%20%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%B2%D0%B8%D1%82%D0%B8%D1%8F%20%D0%BA%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BD%D0%BE-%D0%BC%D1%8B%D1%88%D0%B5%D1%87%D0%BD%D0%BE%D0%B9%20%D1%81%D0%B8%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BC%D1%8B)
3. [Адаптивная физическая культура в коррекционных образовательных учреждениях](https://www.evkova.org/referat-na-temu-afv-kak-osnova-dlya-formirovaniya-zdorovogo-obraza-zhizni#%D0%90%D0%B4%D0%B0%D0%BF%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%8F%20%D1%84%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%D0%BA%D0%B0%D1%8F%20%D0%BA%D1%83%D0%BB%D1%8C%D1%82%D1%83%D1%80%D0%B0%20%D0%B2%20%D0%BA%D0%BE%D1%80%D1%80%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D1%8B%D1%85%20%D0%BE%D0%B1%D1%80%D0%B0%D0%B7%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D1%85%20%D1%83%D1%87%D1%80%D0%B5%D0%B6%D0%B4%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F%D1%85%C2%A0)
4. [Методика обучения инвалидов двигательным действиям и формирование моторики](https://www.evkova.org/referat-na-temu-afv-kak-osnova-dlya-formirovaniya-zdorovogo-obraza-zhizni#%D0%9C%D0%B5%D1%82%D0%BE%D0%B4%D0%B8%D0%BA%D0%B0%20%D0%BE%D0%B1%D1%83%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F%20%D0%B8%D0%BD%D0%B2%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B4%D0%BE%D0%B2%20%D0%B4%D0%B2%D0%B8%D0%B3%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D1%8B%D0%BC%20%D0%B4%D0%B5%D0%B9%D1%81%D1%82%D0%B2%D0%B8%D1%8F%D0%BC%20%D0%B8%20%D1%84%D0%BE%D1%80%D0%BC%D0%B8%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5%20%D0%BC%D0%BE%D1%82%D0%BE%D1%80%D0%B8%D0%BA%D0%B8)
5. [Заключение](https://www.evkova.org/referat-na-temu-afv-kak-osnova-dlya-formirovaniya-zdorovogo-obraza-zhizni#%D0%97%D0%B0%D0%BA%D0%BB%D1%8E%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5)
6. [Список литературы](https://www.evkova.org/referat-na-temu-afv-kak-osnova-dlya-formirovaniya-zdorovogo-obraza-zhizni#%D0%A1%D0%BF%D0%B8%D1%81%D0%BE%D0%BA%C2%A0%D0%BB%D0%B8%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D1%82%D1%83%D1%80%D1%8B)

**Введение**

Большинство детей с ограниченными возможностями, которые в настоящее время учатся в специальных школах, могут и должны быть интегрированы в общеобразовательные учреждения. Модель работы с проблемными учащимися массовой школы предусматривает две части коррекционно-развивающей работы - педагогическую и психологическую, которую на основном этапе работы проводят учителя, дефектологи и педагогический психолог, который также координирует совместные действия учащихся. психолого-педагогическая поддержка и адаптация студентов.

Согласно пункту 10 статьи 50 Закона РФ Об образовании Для детей и подростков с отклонениями в развитии органы образования создают специальные (коррекционные) учебные заведения (классы, группы), обеспечивающие их лечение, воспитание и обучение, социальную адаптацию. и интеграция в общество. Финансирование этих учебных заведений осуществляется по повышенным стандартам. Категории студентов, учащихся, направляемых в эти образовательные учреждения, а также находящихся на полном государственном содержании, определяются Правительством Российской Федерации.   Дети и подростки с отклонениями в развитии направляются в эти образовательные учреждения органами образования только с согласия их родителей (законных представителей) по заключению психолого-медико-педагогической комиссии.

В исправительном учреждении типа VI создается для обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (с двигательными нарушениями различной этиологии и степени тяжести, церебральным параличом, врожденными и приобретенными деформациями опорно-двигательного аппарата, периферического паралича верхних и нижних конечностей, парез и парапарез нижних и верхних конечностей), для восстановления, формирования и развития двигательных функций, коррекции нарушений умственного и речевого развития у детей, их социально-трудовой адаптации и интеграции в общество на основе специально организованного двигательного режима и предметно-практическая деятельность.

**Особенности физического развития детей с патологией развития костно-мышечной системы**

**Поражения костно-мышечной системы можно разделить на типы:**

* Повреждение головного мозга;
* Спинальный;
* Ампутация.

Повреждение головного мозга - множественные двигательные нарушения, гипертонус мышц, развитие контрактур, нарушение координации движений, атрофия мышц, двигательные нарушения, сопровождающиеся нарушением зрения, вестибулярного аппарата, речи, психики и других функций.

**Выделяют 3 степени тяжести дефекта:**

* Легкая степень (можно свободно перемещаться);
* Средняя степень (нужна помощь при переезде и самообслуживании);
* Тяжелая степень (полностью зависит от окружающих).

**В двигательной сфере характерны нарушения:**

* Поддерживающая способность;
* Вертикальная поза;
* Равновесие;
* Ориентация в пространстве;
* Системность дыхания и движений;
* Снижение уровня КПД;
* Быстрая утомляемость.

Поражение позвоночника - это нарушение функций органов малого таза, пролежни. При высоком поражении (шейный отдел), нарушении дыхания, атрофии мышц, скованности суставов, отсутствии произвольных движений.

Поражение ампутацией - нарушение двигательного стереотипа функции опоры и ходьбы, координации движений из-за ампутации конечности, снижения массы тела, уменьшения сосудистого русла. Тяжелые заболевания опорно - двигательного аппарата, стресс, нарушение обменных процессов в организме, кровообращения, дыхания, изменения в жизненно важных функций организма зависит от уровня ампутации конечности, характера хирургического вмешательства.

**Типичные двигательные расстройства для всех категорий:**

* Вынужденное снижение двигательной активности, снижение энергозатрат на работу мышц;
* Ухудшение жизненно важных физических качеств. Сила мышц, скорость и мощность движения, выносливость, ловкость, подвижность суставов;
* Плохая осанка. Деформация стоп, позвоночника, слабость мышечного корсета;
* Нарушение координационных способностей. Равновесие, устойчивость, ориентация в пространстве и т. д.

**Адаптивная физическая культура в коррекционных образовательных учреждениях**

**Основные направления ББМ:**

* Формирование жизненно важных двигательных навыков;
* Развитие двигательных способностей;
* Личностное воспитание;
* Разработка исправных анализаторов;
* Коррекция психических расстройств;
* Профилактика вторичных отклонений;
* Коррекция и компенсация нарушений в двигательной сфере.

**Формы физических нагрузок:**

* уроки AFV;
* моторный отдых;
* Нетрадиционные виды физических нагрузок;
* здоровьесберегающие технологии;
* физическая реабилитация (ЛФК, ритмика);
* экстремальные виды физических нагрузок.

Задачей ROS является предотвращение развития вторичных отклонений в опорно - двигательной системы, функции баланса, в пространственной ориентации, сердечно - сосудистой и дыхательной систем, рационально использовать средства адаптивной физической культуры.

**Методика обучения инвалидов двигательным действиям и формирование моторики**

Обучение двигательным действиям - один из важнейших вопросов двигательной адаптации инвалидов к повседневной и производственной деятельности. Следовательно, программа физического воспитания инвалидов должна включать фундаментальные вопросы обучения двигательным действиям. В свете современных теоретических и практических представлений о формировании двигательных действий процесс обучения следует рассматривать как целостную педагогическую систему, состоящую из 3-х подсистем, которые отражают структуру и содержание реализации системы педагогических факторов.

**Этап первоначального изучения двигательного действия, в процессе реализации которого решаются следующие ведущие задачи обучения людей с ограниченными возможностями новым двигательным действиям:**

* Сформировать у инвалидов общее представление о законах жизнедеятельности. изученная двигательная активность;
* Обучить частям техники изучаемого двигательного действия; - сформировать предпосылки к общему ритму изучаемой двигательной активности; - Устранить причины, провоцирующие возникновение ошибок в технике изучаемого двигательного действия.
* Для решения поставленных задач используется комплекс методик обучения: - метод наглядной демонстрации;
* словесный метод;
* Практическая методика обучения, которая реализуется по двум основным направлениям; метод строго регламентированных упражнений, предполагающий изучение новых двигательных действий расчлененно-конструктивно и комплексно; метод частично регулируемых упражнений - использование различных форм игровой и соревновательной двигательной активности инвалидов. При решении ведущих задач этого этапа используются приемы расчлененного конструктивного упражнения и наглядной демонстрации с сохранением доминирующего значения словесных приемов.

Уточнить технику двигательных действий, изучаемую инвалидами, по пространственным, временным, пространственно-временным и динамическим характеристикам; - улучшить общий ритм изучаемой двигательной активности; - Сформировать предпосылки к вариативному выполнению изучаемого двигательного действия.

**Этап совершенствования (закрепление навыка выполнения двигательного действия):**

* закрепить навык техники изучаемого двигательного действия;
* осознать предпосылки индивидуализации техники изучаемого двигательного действия;
* расширить диапазон вариативного проявления техники исследуемого двигательного действия;
* сформировать предпосылки при необходимости перестроить элементы техники изучаемого действия.

Для решения поставленных задач используется комплекс методик обучения, в котором преобладающее значение имеют практические методы обучения. **Система обучения новым двигательным действиям инвалидов включает подсистему контроля уровня качества их техники, которая включает:**

* степень автоматизации двигательных действий;
* Устойчивость моторики перед лицом эмоциональных сдвигов;
* диапазон вариативности проявления техники исследуемых двигательных действий;
* Устойчивость методики изучения двигательных действий в условиях
* Утомляемость при сохранении высокого результата;
* Результат, достигнутый в условиях соревновательной деятельности инвалидов.

**Общими и обязательными принципами для всех методов лечебной физкультуры являются:**

* регулярность, последовательность и непрерывность использования лечебной гимнастики;
* Строгая индивидуализация лечебной физкультуры в соответствии со стадией заболевания, его тяжестью, возрастом ребенка, его умственным развитием;
* Постепенное, строго дозированное увеличение физических нагрузок.

**Методы и содержание упражнений для работы с детьми с церебральным параличом:**

1. Упражнения на растяжку мышц: снятие мышечного напряжения, предотвращение тератогенеза, расширение диапазона движений.
2. Упражнения на развитие мышечной чувствительности; для выработки силы, позволяющей регулировать определенный участок мышцы.
3. Упражнения для улучшения функционального состояния нервной ткани за счет тренировки чувствительности нервов.
4. Упражнения взаимовлияния для укрепления ведущих и противоборствующих групп мышц.
5. Упражнения на выносливость, чтобы поддерживать работоспособность органов.
6. Тренировка релаксации для устранения спазмов, напряжения и судорог.
7. Тренировка ходьбы (для обучения нормальной ходьбе).
8. Тренировка чувств: упражнения для стимуляции чувств за счет повышения чувствительности мышц.
9. Упражнения на подъем на наклонной плоскости для улучшения равновесия и двигательной силы.
10. Упражнения с отягощениями: постепенно увеличивающиеся тренировки с отягощениями для развития мышечной силы.

Люди с церебральным параличом могут развивать мышечную силу с помощью упражнений с постепенно увеличивающейся интенсивностью. Если такие тренировки не проводить, то потенциальные двигательные возможности останутся нереализованными. Е. И. Левандо (1972), отстаивая позицию функциональной тренировки всех систем организма, указывает, что основными недостатками лечебной гимнастики при церебральном параличе являются недооценка принципа общей тренировки и сведение всей гимнастики только к специальной.

Специальная физическая культура с использованием ограниченных упражнений для пациентов с церебральным параличом, которые не могут овладеть основными функциональными движениями, должна обеспечивать возможность максимального развития их физической силы.

К. Ласкас предлагает способ восстановления нервных путей с двумя предпосылками.

Принципы физического развития и у здорового ребенка, и у ребенка с функциональным расстройством одинаковы.

Используя запланированный комплекс упражнений, направленных на развитие ощущений, можно улучшить состояние двигательной сферы ребенка с дефектом нервной системы.

При участии больных ДЦП в спортивных играх необходимо использовать игры, соответствующие их двигательной силе, либо упростить правила общеизвестных игр и условия их проведения. Например, если человек с церебральным параличом играет в футбол, необходимо отрегулировать ворота или разместить детей в тех областях игрового поля, где требуется меньше движений. Многие виды спорта предъявляют разные требования к степени физической активности, поэтому следует пересмотреть правила и используемое оборудование. Важно тщательно учитывать индивидуальную двигательную активность каждого пациента с церебральным параличом.

Двигательные функции при каждой форме церебрального паралича: спастической диплегии, атонической и астатической формах - отличаются своеобразием. Если при спастической диплегии относительно легче освоить упражнения, требующие непрерывного движения, то при астатической форме больше подходят краткосрочные упражнения, позволяющие чаще отдыхать между упражнениями. Если отдых затрудняет развитие техники упражнений, он также позволяет предотвратить непроизвольные мышечные спазмы. Атоническая форма поднимает несколько иную проблему. Пациентов с этой формой паралича особенно сильно беспокоят упражнения на равновесие. Основная сложность выполнения упражнений для пациентов с церебральным параличом состоит в том, что у каждого из них есть своя двигательная сила, что важно учитывать при выборе вида упражнений. Пациентам с церебральным параличом следует давать возможность чаще отдыхать, продолжительность и частоту отдыха следует варьировать, контролируя степень сопротивления при нагрузке.

Также важны порядок и степень сложности упражнений. Программа упражнений с постепенным увеличением степени сложности дает возможность подбирать движения, соответствующие силе больного ребенка.

Для выполнения на первом этапе занятий, в начальных классах школы предусмотрены ходьба, прыжки, прыжки, прыжки, метание, удары ногами, получение мяча и т. д.

В средних классах школы в программу физического воспитания входят движения, позволяющие оптимально развить физическую силу.

В старших классах предусмотрено овладение техникой различных видов спорта, эффективно поддерживающих достаточный уровень развития силы: гандбол, стрельба из лука, бадминтон, плавание, гольф, а также вольные упражнения. Это дает возможность познакомиться со многими людьми, расширить социальные контакты и после окончания учебы с пользой провести свободное время.

После окончания школы пациентам с церебральным параличом должна быть предоставлена ​​возможность продолжить овладение техникой определенного вида спорта, поскольку людям с затрудненными движениями требуется больше времени для овладения этой техникой, чем всем остальным. С 1978 года проводятся спортивные соревнования по таким видам спорта, как боулинг, бильярд, настольный теннис, стрельба из лука, поднятие штанги, плавание, езда на велосипеде, слалом на колясках, что позволяет пациентам с церебральным параличом соревноваться и участвовать в общественной жизни. Функциональность каждого конкурента уравнивается.

**Заключение**

Адаптивная физическая культура (АФК), благодаря своей огромной роли в развитии, сохранении и поддержании физического, психического и нравственного здоровья, становится важным фактором, который может помочь людям с ограниченными возможностями справиться с нынешними условиями, преобладающими в социальной сфере.

АФК позволяет удовлетворить потребности студентов с ограниченными возможностями, в этом случае с поражением опорно - двигательного аппарата , двигательной активности, на этой основе с целью оптимизации психофизического состояния и обеспечения психического, сенсорные и моторные потенциал необходимо в жизни. был и остается необходимым условием нормального функционирования и развития человеческого организма.

**Список литературы**

1. Евсеев С.П., Курдыбайло С.Ф., Солодков А.С., Морозова О.В. Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов: Учебное пособие. поз. изд. С.П. Евсеева и А.С. Солодков. - СПб: СПбГАФК, 1997.
2. Физиотерапия в системе медицинской реабилитации: Руководство для врачей / Под ред. А.Ф. Каптелина, И.П. Лебедева. М., 1996.
3. Письмо Министерства общего и профессионального образования Российской Федерации от 4 сентября 1998.
4. Учебная программа специального (коррекционного) учебного заведения для учащихся с ограниченными возможностями специальной (коррекционной) школы VI типа ГОУ центра Динамика №616.
5. Повышение двух двигательной функции нижней конечности у ребенка со спастической квадриплегией, 1986.
6. Мушетт К., Дж. Джонс, К. Шерилл. Классификация и другие вопросы в спорте для слепых, атлетов с церебральным параличом и инвалидов. В спорте и спортсмены-инвалиды, под редакцией К. Шерилла. Шампейн, III: Кинетика человека. 1986.