Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 17.06.2026 11:22:16
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

Бюджетное учреждение высшего образования
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры
"Сургутский государственный университет"

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по УМР

_____Е.В. Коновалова

11 июня 2026 г., протокол УМС №5

ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ ПРАКТИКА
Производственная практика, профессионально-ориентированная практика

рабочая программа дисциплины (модуля)

Закреплена за кафедрой **Медико-биологических основ физической культуры**

Учебный план g490402-ФизРеаб-26-1.plx
49.04.02 ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ДЛЯ ЛИЦ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ (АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА)
Направленность (профиль): Физическая реабилитация и оздоровление в адаптивном физическом воспитании и спорте

Квалификация **Магистр**

Форма обучения **очная**

Общая трудоемкость **7 ЗЕТ**

Часов по учебному плану 252
в том числе:
аудиторные занятия 32
самостоятельная работа 220

Виды контроля в семестрах:
зачет 2

Распределение часов дисциплины по семестрам

Семестр (<Курс>.<Семестр на курсе>)	**2 (1.2)**		Итого	
Недель	17 2/6			
Вид занятий	УП	РП	УП	РП
Практические	32	32	32	32
Итого ауд.	32	32	32	32
Контактная работа	32	32	32	32
Сам. работа	220	220	220	220
Итого	252	252	252	252

Программу составил(и):
канд.пед.наук, доцент, Юденко Ирина Эдуардовна

Рабочая программа дисциплины

Производственная практика, профессионально-ориентированная практика

разработана в соответствии с ФГОС:

Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - магистратура по направлению подготовки 49.04.02 Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура) (приказ Минобрнауки России от 19.09.2017 г. № 946)

составлена на основании учебного плана:

49.04.02 ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА ДЛЯ ЛИЦ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ (АДАПТИВНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА)
Направленность (профиль): Физическая реабилитация и оздоровление в адаптивном физическом воспитании и спорте

утвержденного учебно-методическим советом вуза от 11.06.2026 протокол № 5.

Рабочая программа одобрена на заседании кафедры

Медико-биологических основ физической культуры

Зав. кафедрой канд.биол.наук. доцент Мальков М.Н.

1. ЦЕЛИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
1.1	ЦЕЛЬ - получение профессиональных умений и опыта профессиональной педагогической, компенсаторной, профилактической, научно-исследовательской деятельности в адаптивной физической культуре, освоение передового опыта и современных технологий физической реабилитации и оздоровления в адаптивном физическом воспитании и адаптивном спорте.
1.2	ЗАДАЧИ:
1.3	1. Получить профессиональные умения и опыт профессиональной педагогической, компенсаторной, профилактической, реабилитационной деятельности в адаптивной физической культуре и физической реабилитации.
1.4	2. Сформировать профессионально значимые качества личности и психологическую готовность к работе в сфере адаптивной физической культуры и физической реабилитации, потребность в систематическом самообразовании и творческом подходе к профессиональной деятельности.
1.5	3. Сформировать общепрофессиональные и профессиональные компетенции, позволяющие самостоятельно решать педагогические, реабилитационные, компенсаторные, профилактические, научно-исследовательские виды деятельности в сфере физической реабилитации и адаптивной физической культуры.
1.6	4. Освоить передовой опыт и инновационные технологии в физической реабилитации, а также оздоровительные методики в адаптивном физическом воспитании и адаптивном спорте.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП	
Цикл (раздел) ООП:	Б2.О.02
2.1	**Требования к предварительной подготовке обучающегося:**
2.1.1	Основы эрготерапии
2.1.2	Основы научных исследований в области физической культуры и спорта
2.1.3	Физическая реабилитация при различных заболеваниях
2.1.4	Учебная практика, научно-исследовательская работа (получение первичных навыков научно-исследовательской работы)
2.2	**Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:**
2.2.1	Фитнес в адаптивной физической культуре
2.2.2	Адаптивная физическая культура в геронтологии
2.2.3	Производственная практика, профессионально-ориентированная практика
2.2.4	Производственная практика, преддипломная практика
2.2.5	Подготовка к процедуре защиты и защита выпускной квалификационной работы

3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

ОПК-4.2: Способен применять инновационный опыт практической работы для решения актуальных проблем в каждом виде адаптивной физической культуры, связанных с реализацией воспитательной деятельности

ОПК-5.3: Способен определять кризисы, обусловленные физическим и психическим созреванием и функционированием лиц с отклонениями в состоянии здоровья

ОПК-7.1: Способен использовать традиционные технологии развития оставшихся после болезни или травмы функций организма человека

ОПК-7.2: Способен разрабатывать инновационные технологии развития оставшихся после болезни или травмы функций организма человека

ОПК-8.1: Способен применять физические средства и методы воздействия по предупреждению прогрессирования основного заболевания организма человека

ОПК-8.2: Способен проводить комплексы физических упражнений с целью предупреждения прогрессирования основного заболевания организма человека

ОПК-9.1: Реализует физкультурно-оздоровительные, социально-ориентированные, образовательные мероприятия по привлечению обучающих к активным занятиям адаптивной физической культурой

ОПК-9.2: Реализует физкультурно-оздоровительные, социально-ориентированные, образовательные мероприятия для профилактики негативных социальных явлений

ОПК-11.1: Способен планировать физкультурно-оздоровительную работу с лицами, имеющими отклонения в состоянии здоровья

ПК-2.1: Проектирует общеобразовательные программы в сфере физической культуры и спорта

ПК-2.2: Реализует общеобразовательные программы в сфере физической культуры и спорта

В результате освоения дисциплины обучающийся должен

3.1	**Знать:**
3.1.1	- способы применения инновационного опыта практической работы для решения актуальных проблем в каждом виде адаптивной физической культуры, связанных с реализацией воспитательных целей;
3.1.2	- подходы в определении кризиса, обусловленного физическим и психическим созреванием и функционированием лиц с отклонениями в состоянии здоровья;
3.1.3	- традиционные технологии развития оставшихся после болезни и травмы функций организма человека;
3.1.4	-инновационные технологии развития оставшихся после болезни или травмы функций организма человека
3.1.5	- способы применения физических средств и методов воздействия по предупреждению прогрессирования основного заболевания организма человека;
3.1.6	-способы проведения комплексов физических упражнений с целью предупреждения прогрессирования основного заболевания организма человека
3.1.7	- подходы к проведению комплексных мероприятий по профилактике негативных социальных явлений во всех видах адаптивной физической культуры средствами физической культуры и спорта;
3.1.8	- способы планирования физкультурно-оздоровительной работы с лицами, имеющими отклонения в состоянии здоровья
3.1.9	- способы проектирования общеобразовательной программы в сфере физической культуры и спорта
3.1.10	-способы реализации общеобразовательные программы в сфере физической культуры и спорта
3.2	**Уметь:**
3.2.1	- применять инновационный опыт практической работы для решения актуальных проблем в каждом виде адаптивной физической культуры, связанный с реализацией воспитательных целей;
3.2.2	- определять кризис, обусловленный физическим и психическим созреванием и функционированием лиц с отклонениями в состоянии здоровья;
3.2.3	- применять традиционные технологии развития оставшихся после болезни и травмы функций организма человека;
3.2.4	-применять инновационные технологии развития оставшихся после болезни или травмы функций организма человека
3.2.5	- использовать физические средства и методы воздействия по предупреждению прогрессирования основного заболевания организма человека;
3.2.6	- проводить комплексы физических упражнений с целью предупреждения прогрессирования основного заболевания организма человека
3.2.7	- проводить комплексные мероприятия по профилактике негативных социальных явлений во всех видах адаптивной физической культуры средствами физической культуры и спорта;
3.2.8	-планировать физкультурно-оздоровительную работу с лицами, имеющими отклонения в состоянии здоровья
3.2.9	- проектировать общеобразовательные программы в сфере физической культуры и спорта
3.2.10	- реализовывать общеобразовательные программы в сфере физической культуры и спорта

4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетен-ции	Литература	Примечание
	Раздел 1. Подготовительный этап					
1.1	- проведение установочной конференции; - инструктаж по технике безопасности, пожарной без-опасности, охране труда и правилам внутреннего трудо-вого; - подготовка документов планирования работы во время практики. /Пр/	2	6	ПК-2.1 ПК-2.2 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-5.3 ОПК-11.1	Л1.1 Л1.2 Л1.4Л2.1 Л2.2 Л2.4Л3.2 Л3.3 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	Отметка в журнале регистрации инструктажей в университете по ТБ, ПБ, ОТ и ПВТР Документы планирования; дневник заданий практиканту
	Раздел 2. Основной этап					

2.1	- получение профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности: - получение производственных умений и опыта профессиональной деятельности в физкультурно-оздоровительной работе в качестве помощника преподавателя по физической культуре и спорту, занятий в специальной медицинской группе и группе адаптивной физической культуры; - посещение и анализ учебно-тренировочных занятий обучающихся с ограничениям в состоянии здоровья; - самостоятельное проведение физкультурно-оздоровительных и учебно-тренировочных занятий; - оказание помощи в организации и проведении спортивно-массовых мероприятий; - выполнение практических заданий дневника по практике. /Пр/	2	16	ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ПК-2.1 ПК-2.2 ОПК-4.2 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-5.3 ОПК-11.1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	- выводы, заключения и рекомендации по выполнению заданий дневника; - проверка конспектов занятий АФВ, процедур лечебных мероприятий; - проверка планов внеклассных мероприятий; - проверка дневника заданий практиканта
2.2	- получение профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности: - получение производственных умений и опыта профессиональной деятельности в физкультурно-оздоровительной работе в качестве помощника преподавателя по физической культуре и спорту, занятий в специальной медицинской группе и группе адаптивной физической культуры; - посещение и анализ учебно-тренировочных занятий обучающихся с ограничениям в состоянии здоровья; - самостоятельное проведение физкультурно-оздоровительных и учебно-тренировочных занятий; - оказание помощи в организации и проведении спортивно-массовых мероприятий; - выполнение практических заданий дневника по практике. /Ср/	2	200	ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ПК-2.1 ПК-2.2 ОПК-4.2 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-5.3 ОПК-11.1	Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	- выводы, заключения и рекомендации по выполнению заданий дневника; - проверка конспектов занятий АФВ, процедур лечебных мероприятий; - проверка планов внеклассных мероприятий; - проверка дневника заданий практиканта
	Раздел 3. Завершающий этап					
3.1	- обработка и анализ полученной информации; - подготовка дневника заданий практиканта; - подготовка отчета (презентации) по практике; - проведение итоговой конференции; - защита отчета (презентации) на итоговой конференции. /Пр/	2	10	ОПК-8.1 ПК-2.1 ПК-2.2 ОПК-4.2 ОПК-5.3 ОПК-11.1	Л1.1 Л1.2 Л1.4Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.5Л3.2 Л3.3 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	Оформление документов планирования; дневника-заданий по практике; защита дневника заданий практиканта на итоговой конференции
3.2	- обработка и анализ полученной информации; - подготовка дневника заданий практиканта; - подготовка отчета (презентации) по практике /Ср/	2	20	ОПК-7.1 ОПК-8.2 ПК-2.1 ПК-2.2 ОПК-4.2 ОПК-9.1 ОПК-11.1	Л1.2 Л1.4Л2.3 Л2.5Л3.2 Л3.3	Оформление документов планирования; дневника-заданий по практике; защита дневника заданий практиканта на итоговой конференции

3.3	/Зачёт/	2	0	ОПК-7.1 ОПК-7.2 ОПК-8.1 ОПК-8.2 ПК-2.1 ПК-2.2 ОПК-4.2 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ОПК-5.3 ОПК-11.1	Л1.1 Л1.2 Л1.3 Л1.4Л2.1 Л2.2 Л2.3 Л2.4 Л2.5Л3.1 Л3.2 Л3.3 Л3.4 Э2 Э3 Э4 Э5 Э6 Э7 Э8 Э9	По итогам защиты дневника-заданий практиканта и выполнения всех практических заданий в первую неделю после практики проводится итоговая конференция. Форма аттестации обучающегося – зачет без оценки.

5. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

5.1. Оценочные материалы для текущего контроля и промежуточной аттестации

Представлены отдельным документом

5.2. Оценочные материалы для диагностического тестирования

Представлены отдельным документом

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

6.1. Рекомендуемая литература

6.1.1. Основная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л1.1	Рипа М. Д., Кулькова И. В.	Методы лечебной и адаптивной физической культуры: Учебное пособие	Москва: Издательство Юрайт, 2019, электронный ресурс	1
Л1.2	Евсеев С.П.	Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник	Москва: Спорт, 2020, электронный ресурс	2
Л1.3	Рипа М. Д., Кулькова И. В.	Лечебно-оздоровительные технологии в адаптивном физическом воспитании: Учебное пособие для вузов	Москва: Юрайт, 2022, электронный ресурс	1
Л1.4	Никитушкин В. Г.	Основы научно-методической деятельности в области физической культуры и спорта: учебное пособие для вузов	Москва: Юрайт, 2024, электронный ресурс	1

6.1.2. Дополнительная литература

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л2.1	Юденко И. Э.	Организация и методика проведения уроков по физической культуре со школьниками специальной медицинской группы: Метод. рекомендации для студентов фак. физ. культуры	Сургут: Изд-во СурГУ, 2000	52
Л2.2	Андреев В. В., Морозов А., Школьникова Л. Е., Фоминых А. В.	Физическая реабилитация обучающихся с отклонениями в состоянии здоровья средствами ЛФК на занятиях физической культурой: Методическое пособие	Набережные Челны: Набережночелнинский государственный педагогический университет, 2017, электронный ресурс	1
Л2.3	Юденко И. Э.	Адаптивное физическое воспитание детей и учащейся молодежи: методические рекомендации и задания для лекционных и практических занятий	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2020, электронный ресурс	1

Л2.4	Кудря О.Н.	Возрастные аспекты адаптации к физическим нагрузкам разной направленности: монография	Москва: СибГУФК, 2018, электронный ресурс	1
Л2.5	Лосев В. Ю., Лосев А. В.	Спортивная метрология: учебно-методическое пособие	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2021, электронный ресурс	1
6.1.3. Методические разработки				
	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год	Колич-во
Л3.1	Юденко И. Э.	Методика проведения занятий по физической культуре со школьниками, страдающими артериальной гипертензией: Метод. рекомендации для студентов фак. физ. культуры	Сургут: Изд-во СурГУ, 2001	17
Л3.2	Вишневский В. А., Апокин В. В., Сердюков Д. В.	Системный анализ состояния организма детей на этапах школьного онтогенеза: [монография]	М.: Теория и практика физической культуры и спорта, 2010	68
Л3.3	Вишневский В. А.	Валеометрия с основами спортивной медицины и врачебного контроля в адаптивной физической культуре: учебно-методическое пособие	Сургут: Издательство СурГУ, 2014, электронный ресурс	2
Л3.4	Юденко И. Э.	Физическая реабилитация: методические рекомендации и задания для лекционных и практических занятий	Сургут: Издательский центр СурГУ, 2020, электронный ресурс	1

6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"	
Э1	Журнал "Теория и практика физической культуры"
Э2	Научно-методический журнал "Физическая культура: воспитание, образование, тренировка"
Э3	Библиотечно-информационный центр СурГУ
Э4	Библиотечно-издательский комплекс (eLIBRARY.RU)
Э5	Научная электронная библиотека КиберЛенинка
Э6	Центральная научная медицинская библиотека
Э7	Журнал "Адаптивная физическая культура"
Э8	Научно-практический журнал "Лечебная физкультура и спортивная медицина"
Э9	Спортивные базы данных (наиболее известные мировые бренды по части спортивной информации и статистики)
6.3.1 Перечень программного обеспечения	
6.3.1.1	Операционные системы Microsoft, пакет прикладных программ Microsoft Office
6.3.1.2	Доступ в сеть интернет (в т.ч. Wi-Fi)
6.3.2 Перечень информационных справочных систем	
6.3.2.1	Локальный доступ: https://biblio.surgu.ru/ru/pages/resursi/bd/lan/
6.3.2.2	Свободный доступ: https://biblio.surgu.ru/ru/pages/resursi/bd/podp/
6.3.2.3	Консультант Плюс http://www.consultant.ru
6.3.2.4	Базы данных спортивной информации и статистики https://ikunin.livejournal.com/330914.html

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
7.1	Материально-техническое обеспечение работы обучающихся при прохождении производственной практики, преддипломной практики, включает спортивные сооружения, тренажеры, спортивный инвентарь, оборудование для проведения научных исследований на основных базах проведения практик:
7.2	- БУ ВО "Сургутский государственный университет" (СурГУ). При прохождении практики на данной базе возможно использование следующего оборудования: комплекс для оценки осанки, психофизиологический комплекс «Активациометр», прибор для исследования функций внешнего дыхания «Microlab», комплекс биологической обратной связи для функциональной коррекции и электростимуляции скелетных мышц, программно-аппаратный комплекс вариационной пульсометрии. Используется оборудование и инвентарь спортивного комплекса "Дружба", спортивной зоны главного корпуса, расположенного по адресу проспект Ленина, 1

7.3	Кроме вышеперечисленного могут быть задействованы другие учреждения (места будущей профессиональной деятельности), отвечающие профилю подготовки, имеющие все необходимые условия для проведения практики и заключившие договор с СурГУ.
7.4	Всё перечисленное материально-техническое обеспечение практики соответствует действующим санитарным и противопожарным нормам, а также требованиям техники безопасности при проведении учебных и научно-исследовательских работ.

1. МЕСТО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ, ПРОФЕССИОНАЛЬНО ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПРАКТИКИ

Производственная практика, профессионально-ориентированная практика проводится на базе БУ ВО «Сургутский государственный университет», обособленное подразделение БУ ДО «СШ ПСР «Центр адаптивного спорта Югры» г. Сургут, КОУ «Сургутская школа с профессиональной подготовкой для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья», БУ ХМАО-Югры «Сургутская клиническая травматологическая больница», БУ ХМАО-Югры "Сургутская окружная клиническая больница", БУ ХМО-Югры "Окружной кардиологический диспансер «Центр диагностики и сердечно-сосудистой хирургии", спортивные школы и другие учреждения (места будущей профессиональной деятельности), отвечающие профилю подготовки, имеющие все необходимые условия для проведения практики и заключившие договор с СурГУ.

2. СПОСОБ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ, ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПРАКТИКИ

Стационарная

3. ФОРМЫ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ ПРАКТИКИ, ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ОРИЕНТИРОВАННОЙ ПРАКТИКИ

Практика осуществляется путем чередования с реализацией иных компонентов образовательной программы в соответствии с календарным учебным графиком и учебным планом.

4. ОСОБЕННОСТИ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРАКТИКИ ОБУЧАЮЩИМИСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ И ИНВАЛИДОВ

Для лиц с ограниченными возможностями здоровья порядок прохождения практики учитывает состояние здоровья и требованиями нормативных документов.

• СТО-2.6.16-23 «Организация образовательного процесса инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья».

При определении мест прохождения практики обучающимися с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами учитываются рекомендации, содержащиеся в индивидуальной программе реабилитации инвалида (при наличии) или в заключении психолого-медико-педагогической комиссии, относительно рекомендованных условий и видов труда (при наличии). При необходимости для прохождения практики создаются специальные рабочие места в соответствии с характером ограничений здоровья, а также с учетом характера выполняемых трудовых функций. Выбор мест прохождения практик для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья должен учитывать требования их доступности.

Оценочные материалы для промежуточной аттестации по дисциплине

Производственная практика, профессионально-ориентированная практика 2 семестр

Код, направление подготовки	49.04.02 Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)
Направленность (профиль)	Физическая реабилитация и оздоровление в адаптивном физическом воспитании и спорте
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	Медико-биологических основ физической культуры
Выпускающая кафедра	Медико-биологических основ физической культуры

БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
Ханты-Мансийского автономного округа-Югры
«Сургутский государственный университет»

Институт гуманитарного образования и спорта
Кафедра медико-биологических основ физической культуры

Дневник-отчет
о прохождении производственной практики, профессионально-ориентированной практики по направлению 49.04.02 «Физическая культура для лиц с отклонением в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)» по кафедре медико-биологических основ физической культуры студента 2 курса группа 206-__м института гуманитарного образования и спорта
_____

Сургут, 20 г.

Дневник-отчет практиканта (дневник практиканта) включает следующие задания:

Практические задания
Основной этап (получение профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности, получение опыта оздоровительной работы в качестве помощника учителя физической культуры в общеобразовательных и специальных (коррекционных) школах, посещение и анализ занятий, самостоятельное проведение занятий и внеклассных мероприятий, выполнение практических заданий по практике)

Задание № 1. Провести обследование физического развития лица с нарушениями опорно-двигательной системы. Составьте оценку, напишите заключение и перечень физических упражнений.

ОПК-4.2 – способен применять инновационный опыт практической работы для решения актуальных проблем в каждом виде адаптивной физической культуры, связанных с реализацией воспитательной деятельности
ОПК-7.1 - способен использовать традиционные технологии развития оставшихся после болезни или травмы функций организма человека

Теоретическое обоснование темы к выполнению заданий.

Известно, что одной из задач врачебного контроля является оценка физического развития и функциональных возможностей человека, что необходимо для правильного подбора физических упражнений с целью укрепления здоровья, развития физических качеств, обеспечения спортивного совершенствования.

Жизнедеятельность каждого человека, независимо от пола, возраста, профессии, характеризуется морфологическими и функциональными свойствами и качествами, которые передаются по наследству (генотип), а также приобретенными после рождения в определенных условиях индивидуального развития (фенотип). Суммарное проявление этих свойств и качеств в виде возрастных особенностей нервно-психической деятельности, физической силы и выносливости, определяемых состоянием морфологических и функциональных признаков, принято называть физическим развитием человека. Однако надо отметить, что не всегда физическое развитие совпадает с состоянием здоровья.

Физическое развитие - понятие комплексное, поэтому и признаки, характеризующие его, разнообразны. В качестве основных признаков физического развития используют длину и массу тела, окружность грудной клетки. Существенное значение при определении физического развития имеют также состав тела, мышечная масса, обхватные поперечные и продольные размеры конечностей и туловища, жизненная емкость легких и другие показатели функции внешнего дыхания, показатели работоспособности и т.д, (у детей - еще осанка, вторичные половые признаки и др.).

Многократные исследования физического развития в процессе занятий физической культурой и спортом имеют важное значение для наблюдения за динамикой влияния физических упражнений на формирование морфологических и Функциональных признаков. В практической работе чаще всего используются такие методы, как соматоскопия и соматометрия (антропометрия), которые позволяют определить тип телосложения, дефекты осанки, нарушения в состоянии опорно-двигательной системы (недостаточное развитие отдельных мышечных групп, ограничение подвижности или разболтанность суставов, слабость связочного аппарата, деформации позвоночника, врожденные или посттравматические дефекты, деформации конечностей и т.д.).

Как правило, при антропометрических исследованиях обследуемый должен быть обнажен, без обуви. При проведении исследования необходимы внимательность, точность, аккуратность. При обследовании инвалидов с поражением опорно-двигательной системы

придерживаются определенной схемы, сложившейся в ортопедической практике, которая включает;

1) осмотр;
2) ощупывание (пальпация) и перкуссия;
3) измерение длины и окружности конечности;
4) определение объема движений в суставах;
5) определение мышечной силы;
6) определение функции опорно-двигательной системы.

Могут применяться методы дополнительного обследования - рентгенологические, электрофизиологические, биомеханические, функциональные, лабораторные и т.д.

Важную роль при обследовании играет *осмотр,* во время которого обнаруживаются отклонения от нормы в строении тела и его сегментов. Осмотр должен носить характер сравнения симметричных участков тела с учетом возрастных особенностей пациента. При этом производят сначала общий осмотр, затем исследуют область повреждения или деформации, затем осмотр остальных сегментов тела. Данные осмотра дополняются и конкретизируются при пальпации, надавливании и перкуссии. Таким образом выявляется местная болезненность, определяется состояние кожных покровов, грубые расстройства чувствительности, мышечный тонус и т.д. При осмотре определяются положения тела и его поза. Различают три основных положения: активное, пассивное и вынужденное. Можно отметить, что пассивное положение встречается относительно редко. В травматологической практике пассивное положение конечности определяется, например, при переломах шейки бедра, когда поврежденная конечность пассивно ротирована кнаружи; при параличе малоберцового нерва - пассивное положение стопы. Вынужденное положение может касаться всего тела или какого-либо отдельного сегмента. Оно может быть вызвано, например, болевым синдромом, нарушением мышечного равновесия вследствие ампутации и т.д.

При осмотре определяется форма и размеры грудной клетки, дефекты осанки. Обращается внимание на усиление физиологических изгибов позвоночника: в сагиттальной плоскости (в дорсальном направлении называемых кифозом, в вентральном - лордозом), проявляющихся в виде сутулости, круглой спины, кругл о во гнутой спины или же уменьшение его изгибов - в виде плоской или плосковогнутой спины. Может быть выявлена асимметрия грудной клетки и плечевого пояса, что наблюдается при слабом и неравномерном развитии мускулатуры, недостаточности связочного аппарата. Это может быть следствием различных заболевании или же носить врожденный характер. Однако чаще всего асимметрия грудной клетки является следствием сколиотической деформации позвоночника. Деформация позвоночника может быть комбинированной, т.е. его искривления происходят в нескольких плоскостях (формируется кифосколиоз или лордосколиоз).

При наружном осмотре необходимо обращать внимание на форму конечностей, состояние сводов стопы. Последнее является важным для диагностики плоскостопия. Уплощение продольных сводов стопы может быть врожденным или приобретенным. Врожденное уплощение продольных сводов, как правило, сочетается с вальгусом и эквинусом стопы. Приобретенное плоскостопие разделяется на статическое, паралитическое, травматическое.

Ощупывание является дополнением к зрительным впечатлениям, полученным при осмотре. При *пальпации* обращается внимание на изменение кожной температуры, местную болезненность, состояние кожных покровов и подлежащих тканей, послеоперационных рубцов.

Наиболее информативным является определение функциональных возможностей опорно-двигательной системы, которые характеризуются объемом движений в суставах, состоянием мышечно-сухожильного аппарата, компенсаторно-приспособительными реакциями.

Измерения длины и окружности конечностей производят обычной сантиметровой лентой на симметричных уровнях. Опознавательными точками при измерении длины конечности и ее сегментов являются костные выступы.

Рис. 3. Измерение длины нижней конечности и ее сегментов (по Г.С. Юмашеву)

Длину верхней конечности измеряют расстоянием от акромиального отростка лопатки до конца третьего пальца, длину плеча - до локтевого отростка, длину предплечья - от локтевого отростка плечевой кости до шиловидного отростка локтевой кости. Для измерения анатомической длины культи конечности определяют расстояние от соответствующих костных выступов до конца культи с учетом мягких тканей.

Длину нижней конечности измеряют в положении лежа, при непременном условии правильного положения тела. Правильное положение достигается на жесткой кушетке лежа - верхние ости таза должны располагаться на линии, перпендикулярной оси тела. Придав телу пациента правильное положение, измеряют длину всей конечности и отдельных ее сегментов. Длину конечности измеряют сантиметровой лентой от передней верхней ости подвздошной кости до внутренней лодыжки. Длину бедра измеряют от большого вертела до щели коленного сустава, длину голени - от щели коленного сустава до наружной лодыжки.

У инвалидов, перенесших ампутации нижних конечностей, окружность культи измеряют на трех уровнях, обычно на уровне верхней, средней и нижней трети. После ампутации, например, при коротких культях, окружность измеряют на одном или двух уровнях. При булавовидной форме культи рекомендуется дополнительное измерение окружности на уровне ее утолщения. Для определения степени атрофии мягких тканей культи измеряют соотношение окружности на тех же уровнях соответствующих сегментов сохраненной конечности.

Определение подвижности и степени нарушения движений в суставах является обязательным элементом антропометрического исследования. Хорошо известно, что при многих заболеваниях (спастические формы детского церебрального паралича, артрогрипоз, артрозы, после тяжелых травм или ампутации конечностей и др.) часто формируются контрактуры или тугоподвижность суставов. Причины их формирования различны и определяются патоморфологическими изменениями, присущими той или иной патологии. В зависимости от характера и степени изменений, обусловленных патологическим процессом, эти нарушения могут характеризоваться: полным отсутствием движений (анкилоз), ригидностью, контрактурой, избыточной или патологической подвижностью. Различают три вида анкилоза: костный, когда имеется полное сращение суставных поверхностей; фиброзный, если суставные поверхности прочно удерживаются фиброзными сращениями; внесуставной, когда неподвижность в суставе обусловлена окостенением окружающих сустав мягких тканей. Контрактура - ограничение движений в суставе. По этиологическому признаку различают несколько видов контрактур: миогенные, неврогенные, десмогенные и др. По этому признаку контрактуры можно определять только в начальных стадиях, так как довольно скоро к контрактуре любого происхождения присоединяются различные изменения в суставе или суставной капсуле.

В зависимости от движений, присущих тому или иному суставу, различают контрактуры: сгибательные, разгибательные, отводящие, приводящие, пронационные, супинационные, комбинированные. Определяющим признаком контрактуры является невозможность выполнения полного объема движений, например, при сгибательной контрактуре невозможно полное разгибание в суставе при сохранении нормального сгибания; для разгибательной контрактуры, наоборот, характерно ограничение сгибания при сохранении нормального разгибания и т.д.

Амплитуда движений измеряется угломером. Две бранши угломера соединены шарниром. На одном из них укреплен транспортир, на другой – стрелка. При измерении одна бранша устанавливается по оси проксимального отдела конечности таким образом, чтобы ось шарнира угломера совпадала с осью сустава. Вторую браншу устанавливают вдоль дистального отдела конечности. Стрелка указывает величину угла (в градусах), отсчитываемых по шкале угломера. Имеется определенная методика измерения объема движений в различных суставах верхних и нижних конечностей при стандартном исходном положении тела и сегментов конечности. Это позволяет сравнить и сопоставить результаты исследований, проводимых в различные сроки.

Плечевой сустав является наиболее подвижным суставом человеческого тела. Движения совершаются вокруг трех главных осей: фронтальной, сагиттальной и горизонтальной. Для плечевого сустава исходным положением считается свободное свисание руки вдоль туловища; для локтевого - полное разгибание предплечья (180°); для лучезапястного сустава исходным положением является установка кисти по оси предплечья; исходное положение для пальцев - полное разгибание (180°). При измерении пронации и супинации предплечья локтевой сустав согнут под углом 90°. Движения в суставах в сагиттальной плоскости носят название сгибания и разгибания, во фронтальной плоскости - отведения и приведения, движения вокруг продольной оси носят название наружной и внутренней ротации. Необходимо помнить, что при измерении объема движений в суставах пораженной конечности сравнение производится прежде всего со здоровой (сохраненной) конечностью, а также с нормальными (средними) данными здорового человека.

Амплитуда движений в *суставах верхних конечностей* определяется развитием мускулатуры, состоянием связочного аппарата и др. Анатомически допустимый размах движений в суставах достаточно велик. Следует иметь в виду, что анатомические пределы подвижности в сочленениях используются лишь в исключительных случаях. Размах движений, выполняемых здоровыми людьми в повседневной жизни, значительно меньше анатомически допустимых, в связи с чем вводится Понятие о биомеханически оправданной амплитуде подвижности в суставах, что в свою очередь взаимосвязано с оптимизацией энергетических затрат. Объем анатомически допустимых движений в плечевом суставе (при фиксированной лопатке) составляет: сгибание-разгибание ≈ 130-150°; отведение 90-100°; ротация – 70-80°. В локтевом суставе: сгибание – разгибание – 140-150°. В лучезапястном: сгибание – разгибание – 150-160° и отведение – приведение 70-90°.

Величину отведения в плечевом суставе измеряют, установив шарнир угломера на головке плечевой кости сзади, при этом одна бранша устанавливается вертикально, по длине туловища, другая - по оси конечности, при ее отведении. Определение угла сгибания и разгибания в плечевом суставе производится при установке угломера в сагиттальной плоскости, при этом одну браншу располагают вертикально, вдоль туловища, другую - по оси конечности.

В локтевом суставе амплитуда движений измеряется следующим образом: шарнир угломера устанавливается у суставной щели (чуть ниже наружного надмыщелка плеча) одну браншу устанавливают по оси плеча, другую - по оси предплечья.

В лучезапястном суставе сгибательно-разгибательные движения измеряются путем установки шарнира угломера на шиловидный отросток, при этом одну браншу располагают по лучевой поверхности вдоль оси предплечья, другую - вдоль пястной кости второго пальца. Измерение амплитуды отведения и приведения кисти осуществляют в положении супинации предплечья. Угломер устанавливают на ладонной поверхности, шарнир в области лучезапястного сустава, одну браншу располагают вдоль третьего пальца, другую - вдоль средней линии предплечья.

Движения в пястно-фаланговых и межфаланговых суставах измеряются с боковой стороны пальца. Бранши угломера направляют по оси фаланг.

Анатомически допустимый размах движений в суставах нижних конечностей, также, как и верхних, достаточно велик. В тазобедренном суставе амплитуда движений в сагиттальной плоскости (сгибание-разгибание) достигает 165°, во фронтальной (приведение-отведение) – 80-90°, амплитуда дотационных движений - 70°. В

Рис. 5. Измерение подвижности в тазобедренном суставе *(а)*, при сгибательной контрактуре *(б)* (по Г.С. Юмашеву)

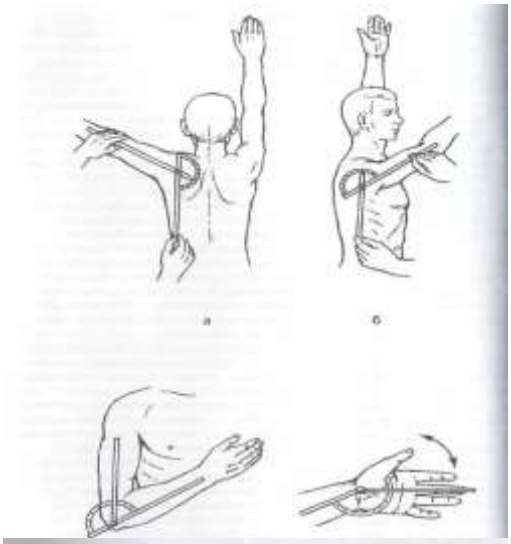

Рис. 6. Измерение величины отведения бедра

Рис. 7. Измерение угла сгибания в коленном суставе

Рис. 8. Измерение подвижности стопы (по Г.С. Юмашеву)

коленном суставе размах движений в сагиттальной плоскости достигает 170°. В голеностопном суставе амплитуда движений в сагиттальной плоскости достигает 80°, во фронтальной - также 80°.

Исходным положением для суставов нижних конечностей (тазобедренного и коленного) считается такое, при котором сохраняется строго вертикальное или горизонтальное положение тела. Для голеностопного сустава исходным считается положение стопы под углом в 90° к оси голени.

Измерение движений в тазобедренном суставе при сгибании и разгибании производится таким образом, что шарнир угломера располагается на уровне большого вертела, одна бранша идет вдоль оси бедра, другая - по боковой поверхности туловища. Если имеется бательная контрактура в тазобедренном суставе, остаточный объем движений в нем измеряется только после устранения лордоза, для чего максимально сгибают в тазобедренном суставе сохраненную конечность.

Исчезновение лордоза контролируют подкладыванием кисти врача под поясничный отдел позвоночника пациента. Разгибание в тазобедренном суставе определяют в положении, лежа на животе.

Для того чтобы определить приведение и отведение бедра, угломер устанавливают во фронтальной плоскости, при этом одну браншу располагают параллельно линии, соединяющей передневерхние ости подвздошных костей, другую по передней поверхности бедра (по оси конечности), а шарнир угломера - по середине паховой складки.

Движения в коленном суставе измеряют, расположив шарнир угломера в области проекции суставной щели на боковой (наружной) поверхности конечности, при этом одна бранша идет вдоль голени, другая - по оси бедра.

При определении объема движений в голеностопном суставе при сгибании и разгибании угломер устанавливают в сагиттальной плоскости по внутренней поверхности стопы. Шарнир угломера располагают у внутренней лодыжки, причем одну браншу устанавливают по оси голени, другую - по внутреннему краю стопы.

Большое значение при заболеваниях и поражении опорно-двигательной системы имеет *измерение силы мышц (динамометрия),* позволяющая достаточно точно определять силу различных мышечных групп.

Кроме традиционно применяемых ручных и становых динамометров, предназначенных для измерения силы мышц кисти, разгибателей спины, могут использоваться различные конструкции динамометрических установок, позволяющих определить силу практически всех мышечных групп верхних и нижних конечностей, грудной клетки, мышц шеи и др.

Исследование мышечной силы может проводиться в соответствии с общепринятым в ортопедической практике приемом, заключающимся в использовании активных движений с сопротивлением, оказываемым рукой врача. Силу мышц определяют при противодействии движениям в различных направлениях. Таким образом можно определить силу мышечных групп - сгибателей, разгибателей, пронаторов и т.д. Обычно силу мышц оценивают по пятибалльной системе: 5 - норма, 4 - понижена, 3 - резко снижена, 2 - напряжение без двигательного эффекта, 1 - паралич.

При измерении окружности (обхвата) грудной клетки используется сантиметровая лента или металлическая рулетка, при этом обследуемый должен находиться в вертикальном положении. При наложении сантиметровой ленты обследуемый отводит руки в стороны. Измеряющий, удерживая в одной руке оба конца ленты, свободной рукой проверяет правильность наложения ее сзади и с боков. Измерение проводится при опущенных руках. Окружность грудной клетки измеряется на максимальном вдохе, полном выдохе и во время паузы. Точность измерения - до 1 см. Разница между величинами в фазе вдоха и выдоха определяет степень подвижности грудной клетки (экскурсия).

В этой связи необходимо отметить, что, например, у инвалидов, перенесших ампутации верхних конечностей, особенно в проксимальном отделе, или вычленение в плечевом суставе, развивается комплекс функциональных и биомеханических нарушений, дистрофических процессов в костно-мышечном аппарате плечевого пояса. Вследствие ампутации многие вспомогательные мышцы вдоха (передние зубчатые, большие грудные, малые грудные и др.) утрачивают дистальные точки прикрепления, что негативно сказывается на функции внешнего дыхания. При форсированном дыхании утрачивается возможность к адекватному увеличению экскурсий грудной клетки, свойственных здоровым людям.

Существенным фактором, дополняющим данные антропометрии, является исследование функции внешнего дыхания, в частности измерение жизненной емкости легких (далее ЖЕЛ), дыхательных объемов, максимальной вентиляции легких (далее МВЛ), резервных объемов вдоха и выдоха, объемной скорости движения воздуха и других. Для этих целей используются различные конструкции спирографов.

При антропометрическом исследовании инвалидов большое значение имеет определение топографии и степени жироотложения. Наиболее удобным и достаточно надежным является метод непрямого определения жировой массы тела специальным инструментом - калипером. С его помощью производится измерение толщины кожно-жировых складок по определенной схеме в различных частях тела. В частности, измеряются складки на задней поверхности плеча, на передней поверхности плеча, на спине под нижним углом лопатки, на передней поверхности предплечья, на передней поверхности груди, на передней поверхности живота, на бедре, на голени, на тыльной поверхности кисти (на уровне головки третьего пальца).

Толщина подкожно-жировой клетчатки зависит от возраста, пола, конституциональных особенностей, характера питания, уровня привычной двигательной активности, интенсивности обменных процессов и других факторов.

Клинические наблюдения и практический опыт свидетельствуют, что при прочих равных условиях у инвалидов, перенесших ампутации нижних конечностей, развивается ожирение. Масса тела приближается или достигает значений, которые были до ампутации. Естественно, формирование избыточной жировой массы тела ограничивает двигательные возможности, увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и т.д. Антропометрические исследования по определению жирового компонента в массе тела свидетельствуют о закономерном его увеличении в зависимости от ампутационного дефекта. Наибольшее содержание жирового компонента в массе тела (в процентном выражении) наблюдается у инвалидов после ампутаций обеих нижних конечностей на уровне бедер или бедра и голени, которое достигает 25,9%. Увеличение жирового компонента происходит за счет массы как

подкожного жира, так и висцерального жира, хотя увеличение подкожного жира более выражено.

Задание 1.1. Провести обследование физического развития лица, Заполнить таблицу. Составить оценку. Написать заключение и рекомендации к подбору перечня физических упражнений (не менее 10 ФУ).

Показатели	Результат/норма	Показатели	Результат/норма
Длина тела, см		ЖЕЛ, мл	
Масса тела, кг		Жизненный индекс (мл/кг)	
Индекс Кетле, г/см		Плотность и состав массы тела	
ОГК (покой), см		Динамометрия, кг - правая рука - левая рука	
ОГК (вдох), см		Индекс Пинье	
ОГК (выдох), см		Амплитуда движений в тазобедренном суставе	
Амплитуда движений в плечевом суставе, градусы		Амплитуда движений в коленном суставе, градусы	
Амплитуда движений в локтевом суставе, градусы		Амплитуда движений в голеностопном суставе, градусы	

Заключение и оценка
_____
_____

Рекомендации
_____
_____

Задание № 2. Изучить теоретические аспекты методики кинезиотерапии, составить задачи реабилитации и написать план-конспект реабилитационного занятия физическими упражнениями для лиц с остеохондрозом позвоночника по методике В.А. Дикуля (не менее 15 ФУ).

ОПК-7.2 – способен разрабатывать инновационные технологии развития оставшихся после болезни функций или травмы функций организма человека

Теоретическое обоснование темы к выполнению заданий.

Одно из направлений лечебной физической культуры метод активного лечения – кинезиотерапия. Это направление занимается лечением с помощью правильного движения. Валентин Иванович Дикуль является основоположником современной кинезитерапии. Специальные упражнения и тренажеры, которые он создал сам, снимают осевую нагрузку с позвоночника и суставов и восстанавливают глубокую мускулатуру. Благодаря этой системе

устраняются боль, мышечный спазм и отеки, укрепляется мышечный корсет. Личный опыт В.И. Дикуля делает методику уникальной не имеющую аналогов в мире, которая помогла и до сих пор помогает тысячам людей.

На первом этапе реабилитации цель добиться устранения боли и восстановить объем движений в позвоночнике и суставах за счет воздействия на центральные механизмы регуляции боли, расслабления мускулатуры пораженного сегмента, улучшение общего тонуса организма. Реабилитация начинается и проходит в щадящем двигательном режиме независимо от уровня физической подготовки пациента. На первом этапе необходимо подготовить системы организма к нагрузке и адаптировать к основной коррекции. Достичь такого результата можно только благодаря правильному и качественному выполнению рекомендованных ФУ и устранению болевого синдрома. Добившись безболезненного выполнения упражнений в полном объеме, нагрузка постепенно увеличивается, при соблюдении основного принципа ЛФК «от простого к сложному».

Упражнения первого этапа выполняются без осевой нагрузки, с эффектом декомпрессии позвоночника в замкнутой биокинематической цепи. Обязательно проводится контроль специалиста кинезиотерапевта, который позволяет оперативно вносить коррективы в программу реабилитации. Ключевой момент в достижении хорошего результата - регулярность занятий. Рекомендуемая частота - три раза в неделю.

На втором этапе реабилитации ставятся задачи на нормализации мышечного тонуса, силы и выносливости отдельных мышц и мышечных групп за счет восстановления подвижность в пораженном сегменте и смежных с ним сегментах позвоночника, укрепления мышцы и повышение их выносливость к физической нагрузке в пределах пораженного двигательного сегмента позвоночника. Добившись стойкой ремиссии и отсутствия болевого синдрома, расширяется объем движений занимающегося через включение в программу лечения более амплитудных, ассиметричных упражнений корригирующей направленности и увеличения рабочих весов. Это позволяет повысить силу глубоких мышц позвоночника, закрепить полученный результат первого этапа реабилитации, более локально проработать «отстающие» двигательные сегменты. Рекомендуемая частота занятий – два раза в неделю.

Третий этап реабилитации предполагает нагрузку тренировочного уровня. Программа включает сложно координационные, стабилизационные упражнения, упражнения силового характера, с учетом имеющего ранее патологического очага. Это позволяет добиться адаптации организма к способности выполнять длительную статическую и динамическую работу, значительно укрепить мышечный корсет, а также восстановить сложные координационные движения и создать здоровые двигательные стереотипы. Здоровые двигательные стереотипы опорно-двигательного аппарата позволят справляться с бытовыми и спортивными нагрузками, без негативного воздействия на ранее пораженный двигательный сегмент, предотвратить рецидивы и вести полноценный образ жизни.

Задание 2.1. Поставить задачи реабилитации и составить план-конспект реабилитационного занятия физическими упражнениями для лица с остеохондрозом позвоночника по методике В.А. Дикуля (не менее 20 ФУ).

_____

_____

_____

_____

Задание № 3. Изучить теоретический материал и выполнить практические задания

ОПК-8.1 – способен применять физические средства и методы воздействия по предупреждению прогрессирования основного заболевания организма человека

Теоретическое обоснование темы к выполнению заданий.

Краткая характеристика (https://www.sportmedicine.ru/kinesio-taping.php) метода кинезиотейпирования. С целью совершенствования классического метода тейпирования японский доктор Кензо Касе в 1973 году разработал новый метод, который назвал кинезиотейпинг (Kinesio® Taping).

Кинезиотейпинг является уникальной методикой, которую уже на протяжении многих лет используют спортивные врачи и физиотерапевты многих стран Европы и Америки. Кинезиотейп обладает целым набором уникальных свойств, которые отсутствуют у классического белого тейпа. В тоже время метод кинезиотейпинга не является конкурентом для классического тейпирования, так как не обладает способностью в достаточной мере поддерживать сустав и ограничивать его движения, что требуется в реабилитации после повреждений связочного аппарата.

Кинезиотейпированием (от лат. Kinesiotaping) называют уникальную методику снятия боли и ускорения реабилитации, которая заключается в наложении специальных пластырей - кинезиотейпов. Кинезиотейпы представляют собой тканевые ленты, без латекса, со специальным клеевым покрытием, реагирующим на температуру человеческого тела. Правильная аппликация тейпов обеспечивает анатомически правильную работу мышц и восстановление тканевого обмена. Это подразумевает:

• свободу движений;
• уменьшение боли;
• улучшение кровообращения и оттока лимфы.

Кроме того, гипоаллергенные свойства и абсолютная проницаемость материала позволяют осуществлять наложение кинезио тейпов на срок до 5 дней, обеспечивая поддержку и оказывая лечебный эффект 24 часа в сутки.

Данный метод не мешает совмещать сразу несколько вариантов реабилитационного воздействия и в совокупности дает максимально возможный результат в кратчайшие сроки и с минимальным дискомфортом. Сам пластырь начинает действовать уже через 20 минут после наложения, что позволяет свести на нет неприятные последствия травмы со скоростью любого обезболивающего средства, продающегося в аптеке, но без его вредных качеств. Для активации достаточно немного разогреть аппликацию.

Методика кинезиотейпирования основывается на ряде эффектов от применения лечебных тейпов:

1. Улучшение тканевого обмена
2. Минимизирование болевого синдрома.
3. Улучшение мышечного тонуса и общей моторики.
4. Мягкая фиксация поврежденных суставов.
5. Опосредованное действие на внутренние органы.

Эти эффекты достигаются благодаря уникальным свойствам тейпа, основным из которых является эластичность, схожая с эластичностью кожных покровов человека. После наложения тейп приподнимает кожу, освобождая внутрикожное пространство и снижая давление травмированного участка. Этот факт способствует:

• стимуляции нервных окончаний;
• избавлению от боли;
• расслаблению соединительных тканей;
• улучшению лимфодренажа.

Все это, в сочетании с естественной двигательной активностью человека, растягивает и приподнимает кожу, осуществляя естественный массаж. Важно помнить, что метод кинезиотейпирования действует при анатомически правильном наложении пластырей тейпов.

Существует множество распространенных патологий, при которых актуально воспользоваться данным неинвазивным методом реабилитации. В частности, кинезиотейпирование особенно эффективно при заболеваниях и травмах опорно-двигательного аппарата, нервной системы и др. Стоит подчеркнуть, что наложение простейших аппликаций можно освоить своими силами, воспользовавшись раличными формами инструкций к кинезиотейпу. Для правильного использования сложных аппликаций необходимо хорошо знать анатомию и получить практический опыт их применения.

Основные научно-доказанные результаты применения методики кинезиотейпирования:

1. Улучшение лимфо и кровообращения. Травмированные ткани чаще всего отекают, что затрудняет естественную регенерацию. Тейп кинезио приподнимает кожу, увеличивая пространство, способствует естественному движению жидкостей в организме.

2. Уменьшение боли. По мнению специалистов, кинезиотейпирование купирует боль на спинальном и супраспинальном уровне, подключая собственные ресурсы человечеческого организма для скорейшего восстановления.

3. Нормализация мышечного тонуса. Благодаря применению тейпов мышцы возвращаются в нейтральное положение.

4. Положительное влияние на суставы после проведения кинезиотейпирования суставов (коленного, голеностопного, плечевого и т.д.). Широкая амплитуда движений и уменьшение дисбаланса в различных группах мышц оказывает постоянное и постепенное воздействие на суставы. И это тем более ценно, что происходит все это без ограничения движения. Кроме того, наложение тейпов - это пассивная фиксация сустава. Вытянутый до предельной длины, тейп помогает привести в норму растянутые связки и сухожилия.

5. Активное воздействие на внутренние органы. Воздействуя на кожу, тейп тем самым воздействует и на внутренние органы по фасцильной (эмоциональной) сети. Экспериментально доказано, что метод кинезиотейпирования купирует желудочные боли и менструальную боль.

Существует три основных метода кинезиотейпирования, выбор которых зависит от цели, которую необходимо достичь при использовании данной методики. В первую очередь это лимфатический принцип, который призван оттянуть кожные покровы, чтобы увеличить пространство под ними. Таким образом, значительно улучшается циркуляция жидкостей организма, а также купируются болевые ощущения и воспалительные процессы. Второй метод носит название функционального. При таком варианте применения достигается изменение тонуса мышцы, он может быть, как снижен, так и увеличен в зависимости от типа травм или терапевтического эффекта. Не менее эффективен способ для поддержки мышц и суставов травмированной конечности, при этом кинезиотейп работает настолько незаметно, что практически не сказывается на возможностях в работе и тренировках. Третья методика подразумевает укрепление связок, что актуально после оперативного вмешательства, либо травмы.

Задание 3.1. Описать методы кинезиотейпирования (функциональный, коррекционный, послабляющий и пр.).

_____

_____

_____

Задание 3.2. Описать методику наложения кинезиотейпов и сопроводить рисунками (фотографиями) при заболеваниях нервной системы (нозология по выбору).

_____

_____

_____

Задание 3.3. Составить план по наложению кинезиотейпов при травмах нижних конечностей (коленного, голеностопного суставов).

_____

_____

_____

Задание № 4. Ознакомиться с особенностями методики адаптивного физического воспитания с ограниченными возможностями здоровья. Выполнить задания.

ОПК - 8.2 – способен проводить комплексы физических упражнений с целью предупреждения прогрессирования основного заболевания организма человека

Теоретическое обоснование темы к выполнению заданий.

I. Особенности методики АФК для лиц с нарушением зрения.

Занимающиеся АФК с нарушением зрения нуждаются в осторожном подходе к занятиям физическими упражнениями. При регулировании физической нагрузки целесообразно придерживаться следующих рекомендаций:

- использовать как стандартные (равные по скорости, темпу и весу), так и переменные (изменяющиеся в ходе занятия) виды нагрузки;
- варьировать формы и условия выполнения двигательных действий;
- варьировать объем нагрузки в зависимости от состояния здоровья занимающихся и уровня их физической подготовленности;
- варьировать физическую нагрузку, чередуя ее с паузами для отдыха, заполняемыми упражнениями зрительного тренинга, на релаксацию, на регуляцию дыхания, пальчиковую гимнастику и др.;
- воздерживаться от длительной статической нагрузки с поднятием тяжести, упражнений высокой интенсивности, которые могут провоцировать повышение внутриглазного давления, ухудшение работоспособности цилиарной мышцы, ишемию, особенно у лиц с глаукомой, высокой миопией и другими заболеваниями органов зрения;
- учитывать сенситивные периоды развития физических качеств;
- для улучшения психосоматического состояния использовать психогимнастику;
- наблюдать за самочувствием занимающихся; умеренное утомление не является противопоказанием, однако в результате нерациональной организации труда (физического, умственного, зрительного) может наступить переутомление;
- при наличии синдрома эпилепсии исключать упражнения на стимулирование дыхательной системы, на повышенной опоре, игры высокой интенсивности, все то, что может спровоцировать приступ;
- учитывать, что нарушения эмоционально-волевой сферы, гиперактивность соразмеряются упражнениями на релаксацию, на регуляцию дыхательной системы, на снятие зрительного и эмоционального утомления, упражнением для глаз - «пальминг».

Задание 4.1. Составить комплекс упражнений для физического развития лиц с нарушением зрения

_____

_____

_____

Задание 4.2. Составить комплекс упражнений для коррекции зрения при косоглазии.

_____

_____

II. Особенности методики АФК для лиц с нарушениями слуха.

Нарушение слуха прежде всего сказывается на психике занимающегося, своеобразии его общения с людьми и окружающим предметным миром. Отсутствие внутренней речи и словесного опосредования ограничивают объем внешней информации и всегда сопровождаются замедленностью и снижением восприятия, мышления, внимания, памяти, воображения и всей познавательной деятельности в целом. Педагогические наблюдения и экспериментальные исследования, подтверждая это положение, позволяют выделить следующее своеобразие двигательной сферы глухих и слабослышащих людей:
- недостаточно точная координация и неуверенность движений, что проявляется в основных двигательных навыках;
- относительная замедленность овладения двигательными навыками;
- трудность сохранения статического и динамического равновесия у глухих и слабослышащих;
- относительно низкий уровень развития пространственной ориентировки;
- замедленная реагирующая способность, скорость выполнения отдельных движений и темпа двигательной деятельности в целом;
- отклонения в развитии моторной сферы: мелкой моторики кисти и пальцев рук, согласованности движений отдельных звеньев тела во времени и пространстве, переключаемости движений, дифференцировки и ритмичности движений, расслабления, совокупность которых характеризует нарушение координационных способностей;
- отставание в развитии жизненно важных физических способностей - скоростно-силовых, силовых, выносливости и других, характеризующих физическую подготовленность детей и подростков.

Вышеперечисленные нарушения в двигательной сфере глухих и слабослышащих носят взаимосвязанный характер и обусловлены общими причинами: структурой слухового дефекта, недостаточностью речевой функции, сокращением объема поступающей информации, состоянием двигательного анализатора, степенью функциональной активности вестибулярного анализатора.

Задание 4.3. Составить комплекс упражнений для физического развития лиц с кохлеарной имплантацией.

_____
_____
_____

Задание 4.4. По представленной схеме составить перечень подвижных игр на развитие координации и пространственной ориентировки (6 игр). В перечне указать цель ПИ, инструкцию к выполнению, организационно-методические указания.
Пример:

Содержание	Организационно-методические указания
«Пятнашки» Цель: развитие быстроты движений, умения ориентироваться в пространстве. Количество игроков: 5-10 человек	Инструкция: Выбирается водящий («Пятнашка»). Остальные играющие разбегаются по площадке. Водящий старается догнать игроков, запятнанный становится водящим. Вариант: возможны различные способы передвижения: гусиным шагом, с приседаниями, прыжками па двух ногах, парами, цепочкой; запятнав одного из игроков, водящий берет его за руку, и они вдвоем пятнают следующего и т.д. Методические указания: Продолжительность игры определяет ведущий, ориентируясь на состояние игроков.

III. Особенности методики АФК для лиц с нарушением интеллекта

Методические приемы должны активизировать все функции, участвующие в двигательной деятельности:
- одновременное сочетание показа физических упражнений, словесного объяснения и выполнения;
- рисование фигуры или использование плакатов человека для понимания структуры тела, функций суставов и основных мышечных групп;
- рассказ и описание двигательного действия по картинке с последующей демонстрацией и выполнением ФУ;
- письменное описание одного ФУ с последующим разбором и выполнением (домашнее задание);
- по мере освоения выполнение упражнения только по словесной инструкции, только по показу.

Определенные требования предъявляются к непосредственному показу ФУ, он должен быть четким, грамотным и методически правильно организованным:
- физические упражнения, выполняемые во фронтальной плоскости, необходимо показывать, встав лицом к занимающимся;
- физические упражнения, выполняемые в сагиттальной плоскости, необходимо демонстрировать, стоя боком;
- ФУ, выполняемые и во фронтальной, и в сагиттальной плоскостях, целесообразно показывать дважды, стоя лицом, боком или полубоком;
- зеркальный показ необходим в тех случаях, когда ФУ содержит асимметричные движения;
- физические упражнения, выполняемые сидя или лежа, лучше показывать на возвышении, максимально концентрируя на себе внимание.

Таким образом, методы слова и наглядности, сопровождающие движение, позволяют умственно отсталым занимающимся оперировать образным материалом воспринимаемых объектов, воссоздавать достаточно большой объем представлений, закреплять полученные знания. Формирование наглядно-действенного и наглядно-образного мышления у данной категории лиц составляет основу обучения двигательным действиям.

Задание 4.5. Составить план-конспект по легкой атлетике для лиц с умственной отсталостью.

_____

_____

_____

Задание № 5. Кратко изложить этиологию и патогенез заболевания обследуемого (на выбор). Провести оценку индивидуального патологического и реабилитационного потенциала.

ОПК-9.1 – Реализует физкультурно-оздоровительные, социально-ориентированные, образовательные мероприятия по привлечению обучающих к активным занятиям адаптивной физической культурой

ОПК-9.2 - Реализует физкультурно-оздоровительные, социально-ориентированные, образовательные мероприятия для профилактики негативных социальных явлений

ОПК-11.1-Способен планировать физкультурно-оздоровительную работу с лицами, имеющими отклонения в состоянии здоровья

Теоретическое обоснование темы к выполнению заданий.

«Патологический потенциал» - последствия болезни соответственно на биологическом (уровень нарушений в анатомо-функциональном состоянии организма), индивидуально-личностном уровне (степень ограничения жизнедеятельности индивида) и социальном уровне (степень социальной недостаточности):

1. Биологический уровень. Уровень нарушений в анатомо-функциональном состоянии организма:

1 балл - глубокое необратимое поражение;

2 балла - замещение (ортопедическое или хирургическое) при отсутствии восстановления;

3 балла - компенсация при ограниченном восстановлении функции и отсутствии восстановления;

4 балла - частичное восстановление;

5 баллов - полное восстановление.

2. Индивидуально-личностный уровень. Степень ограничения жизнедеятельности индивида:

Способность к самообслуживанию

3 балла - способность к самообслуживанию при более длительной затрате времени, дробности его выполнения, сокращении объема с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

2 балла - способность к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

1 балл - неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и полная зависимость от других лиц;

Способность к самостоятельному передвижению

3 балла - способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

2 балла - способность к самостоятельному передвижению с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

1 балл - неспособность к самостоятельному передвижению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц;

Способность к ориентации

3 балла - способность к ориентации только в привычной ситуации самостоятельно и (или) с помощью вспомогательных технических средств;

2 балла - способность к ориентации с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;
3 балла - неспособность к ориентации (дезориентация) и нуждаемость в постоянной помощи и (или) надзоре других лиц;

Способность к общению

3 балла - способность к общению со снижением темпа и объема получения и передачи информации, использование при необходимости вспомогательных технических средств помощи; при изолированном поражении органа слуха способность к общению с использованием невербальных способов и услуг по сурдопереводу;
2 балла - способность к общению при регулярной частичной помощи других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;
1 балл - неспособность к общению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц;

Способность контролировать свое поведение

3 балла - периодически возникающее ограничение способности контролировать свое поведение в сложных жизненных ситуациях и(или)постоянное затруднение выполнения ролевых функций, затрагивающих отдельные сферы жизни, с возможностью частичной самокоррекции;
2 балла - постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц;
1 балл - неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной помощи (надзоре) других лиц;

Способность к обучению

3 балла - способность к обучению, а также к получению образования определенного уровня в рамках государственных образовательных стандартов в образовательных учреждениях общего назначения с использованием специальных методов обучения, специального режима обучения, с применением при необходимости вспомогательных технических средств и технологий;
2 балла - способность к обучению только в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях для обучающихся, воспитанников, детей с ограниченными возможностями здоровья или на дому по специальным программам с использованием при необходимости вспомогательных технических средств и технологий;
1 балл - неспособность к обучению;

Способность к трудовой деятельности

3 балла - способность к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и (или) уменьшении объема работы, неспособность продолжать работу по основной профессии при сохранении возможности в обычных условиях труда выполнять трудовую деятельность более низкой квалификации;
2 балла - способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях труда с использованием вспомогательных технических средств и (или) с помощью других лиц;
1 балл - неспособность к любой трудовой деятельности или невозможность (противопоказанность) любой трудовой деятельности;

3. Социальный уровень. Степень социальной недостаточности:

1 балл - полная неспособность выполнять социальные функции;
2 балла - замещение в виде абилитации;
3 балла - компенсация при ограниченном восстановлении функции и отсутствии восстановления;
4 балла - частичное восстановление, остальные выполняются с помощью;
5 балл - полное восстановление социальных функций.

Общий патологический потенциал (ОПП) рассчитывается по формуле:

ОПП = Индивидуальная сумма баллов всех составляющих / 15 (максимально возможная сумма баллов) х 100%.

Оценка индивидуального реабилитационного потенциала

Реабилитационный потенциал имеет 4 уровня оценки: высокий, средний (или удовлетворительный), низкий и практически отсутствует. На основании всей совокупности факторов, характеризующих возможности инвалида к реабилитации, реабилитационный потенциал оценивается как:

4 балла - *высокий:* при возможности достижения полного восстановления здоровья, всех обычных для инвалида видов жизнедеятельности, трудоспособности и социального положения (полная реабилитация); при данном уровне реабилитационного потенциала можно ожидать возвращения человека к работе в прежней профессии в полном объеме или с ограничениями по заключению МСЭ либо возможность выполнения работы в полном объеме в другой профессии, равноценной по квалификации прежней профессии инвалида;

3 балла - *удовлетворительный:* в случае неполного выздоровления с остаточными проявлениями в виде умеренно выраженного нарушения функций, выполнения основных видов деятельности с трудом, в ограниченном объеме или с помощью ТСР, частичного восстановления трудоспособности, при сохранении частичного снижения качества и уровня жизни, потребности в социальной поддержке и материальной помощи (частичная реабилитация - переход из I или II группы в III группу инвалидности). При данном реабилитационном потенциале сохраняется возможность продолжения работы в своей профессии с уменьшением объема работы или снижением квалификации либо выполнения работы в полном объеме в другой профессии, более низкой по квалификации, по сравнению с прежней профессией, или работы в других профессиях с уменьшением объема работы независимо от их квалификации;

2 балла - *низкий:* если имеет место медленно прогрессирующее течение хронического заболевания, выраженное нарушение функций, значительные ограничения в выполнении большинства видов деятельности, выраженное снижение трудоспособности, потребность в постоянной социальной поддержке и материальной помощи (частичная реабилитация - переход из I группы во II группу инвалидности); при реализации потенциала возможно возвращение или приспособление инвалида к работе в рамках своей профессии или выполнение другой профессиональной деятельности в специально созданных производственных условиях;

1 балл - *отсутствие реабилитационного потенциала*: при прогрессирующем течении заболевания, резко выраженном нарушении функций, невозможности компенсации или самостоятельного выполнения основных видов деятельности, стойкой частичной или полной утрате трудоспособности, потребности в постоянном уходе или надзоре и постоянной материальной помощи (реабилитация невозможна - стабильная инвалидность или ее утяжеление); неспособность выполнять любые виды трудовой деятельности

В совокупности количественных и качественных характеристик здоровья (от полного здоровья до выраженного нарушения функций), жизнедеятельности (от обычной до полной бездеятельности и недееспособности, в том числе к трудовой деятельности), социального положения (от обычного до полностью зависимого от других людей и социальных служб) обобщенная оценка реабилитационного потенциала проводится на основании результатов последовательного изучения составляющих его элементов (уровней): биомедицинского (саногенегического) потенциала, психофизиологического потенциала, личностного потенциала, образовательного потенциала, социально-бытового потенциала, профессионального (трудового) потенциала, социального потенциала и социального-средового потенциала.

1. Биомедицинский (саногенетический) потенциал - возможность человека к восстановлению (регенерации, репарации, реституции) или компенсации нарушений в анатомо-функциональной целостности органов, тканей, систем и организма в целом. Потенциал выздоровления (саногенетический потенциал) - определяет возможности восстановления или компенсации нарушений в анатомическом, физиологическом, психическом состоянии организма, т. е. возможности реабилитации больного на биологическом уровне в основном средствами медицинской реабилитации. Анатомические данные (конституционно-анатомические особенности, возрастные и половые различия, уровень физического развития и физической подготовленности - рост стоя и сидя, масса тела, окружность грудной клетки и различных групп мышц, мышечная сила, выносливость, быстрота действий и двигательных реакций, ловкость, жизненная емкость легких, пространственная ориентировка, двигательная координация и др.; особенности нервной деятельности, наличие адаптационных резервов и др. Психофизические данные (возможность основных психических функций - восприятия, внимания, памяти, мышления; наличие определенных способностей и уровень сформированности волевых качеств; особенности мотивационной сферы, эмоциональная устойчивость и лабильность, личностные особенности: экстравертивность - интервертивность, невротицизм, уровень притязаний и

самооценки, уровень тревожности и др.

Биомедицинский реабилитационный потенциал оценивается на четырех уровнях (*4 балла – высокий; 3 балла – удовлетворительный; 2 балла – низкий; 1 балл – отсутствует).*

2. Психофизиологический потенциал - возможность использования, развития и адаптации сохранившихся функциональных способностей человека для восстановления (компенсации ограничений) социальных, навыков и привычных для него видов деятельности. На уровне индивида представляется необходимость выделять психофизиологическую (клинико-функциональную) составляющую «реабилитационного потенциала» инвалида или хронически больного, которая представляет собой совокупность сохранных функций и личностных особенностей организма, которые необходимо поддерживать и развивать в процессе проведения реабилитационных мероприятий, касающихся восстановления определенных видов жизнедеятельности (*4 балла – высокий; 3 балла – удовлетворительный; 2 балла – низкий; 1 балл – отсутствует).*

3. Личностный потенциал - возможность, способность и направленность личности активно участвовать в реабилитационном процессе и достигать поставленные реабилитационные задачи (*4 балла – высокий; 3 балла – удовлетворительный; 2 балла – низкий; 1 балл – отсутствует).*

4. Образовательный потенциал - возможности человека к овладению общеобразовательными и профессиональными знаниями, профессиональными (трудовыми) навыками и умениями *(4 балла – высокий; 3 балла – удовлетворительный; 2 балла – низкий; 1 балл – отсутствует).*

5. Социально-бытовой потенциал - возможности достижения самообслуживания и самостоятельности проживания и ведения личного хозяйства *(4 балла – высокий; 3 балла – удовлетворительный; 2 балла – низкий; 1 балл – отсутствует).*

6. Профессиональный (трудовой) потенциал - возможность восстановления профессионального и социально-трудового статуса или достижения иных целей в области трудовой деятельности (*4 балла – высокий;3 балла – удовлетворительный; 2 балла – низкий; 1 балл – отсутствует).*

7. Социальный потенциал - возможности восстановления или компенсации социального статуса (*4 балла – высокий; 3 балла – удовлетворительный; 2 балла – низкий; 1 балл – отсутствует).*

8. Социально-средовой потенциал - возможности включения или возвращения в привычные условия семейной и общественной жизни (*4 балла – высокий; 3 балла – удовлетворительный; 2 балла – низкий; 1 балл – отсутствует).*

Общий реабилитационный потенциал (ОРП) рассчитывается по формуле:
*ОРП = Индивидуальная сумма баллов всех составляющих / 32 (максимально возможная сумма баллов) * 100%.*

Реабилитационный прогноз

Реабилитационный прогноз - предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала и предполагаемый уровень интеграции инвалида в общество - возможный результат реабилитации. Реабилитационный прогноз определяется не только уровнем и содержанием реабилитационного потенциала, но и реальными возможностями применения для его реализации современных реабилитационных технологий, средств и методов. Реабилитационный прогноз определяется на основе комплексной оценки внутренних и внешних факторов, которые могут в той или иной степени оказать положительное или отрицательное влияние на процессы восстановления здоровья (клинический прогноз), трудоспособности (трудовой прогноз), личностного и социального статуса больного или инвалида (социальный прогноз).

При его оценке учитывают следующие факторы: особенности болезни и ее последствия (патологический потенциал); реабилитационный потенциал; социально-психологические особенности личности (ее адекватная реабилитационная активность); возможности применения современных реабилитационных технологий в отношении конкретного больного; социально-средовые условия; реабилитационная среда и др.

Реабилитационный прогноз имеет четыре уровня оценки:

4 балла - благоприятный (при возможности полного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности и полной социальной, в том числе трудовой интеграции инвалида в процессе проведения реабилитационных мероприятий);

3 балла - относительно благоприятный (при возможности частичного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности, уменьшении степени их ограничения или стабилизации, расширении способности к социальной интеграции и переходу от полной к частичной социальной поддержке и материальной помощи в процессе проведения реабилитационных мероприятий);

2 балла - сомнительный, неопределенный (неясный прогноз);

1 балл - неблагоприятный (при невозможности восстановления или компенсации нарушенных ограничений жизнедеятельности, каких-либо существенных положительных изменений (незначительный результат) в личностном, социальном и социально-средовом статусе инвалида в процессе проведения реабилитационных мероприятий).

Рекомендации по совершенствованию реабилитационного процесса

1. Индивидуальная физическая реабилитация:
- краткая характеристика рекомендуемых видов физической реабилитации;
- показания для занятий лечебной физической культурой;
- противопоказания для занятий лечебной физической культурой;
- характеристика основных параметров методики лечебной физической культуры;
- примерные комплексы физических упражнений

2. Самоконтроль в процессе занятий физической реабилитацией:
- показатели специфического субъективного контроля (наличие и выраженность специфических для данного заболевания симптомов);
- показатели неспецифического субъективного контроля (тесты САН, Спилбергера-Ханина);
- показатели неспецифического объективного контроля (ортостатическая проба, тип реакции на физическую нагрузку, вегетативный индекс Кердо, ритмограмма сердца);
- показатели специфического объективного контроля (по результатам специфических для конкретного заболевания клинических анализов).

3. Организационно-методические условия реабилитации:
- какие специалисты включаются в реабилитацию;
- как часто подключаются специалисты;
- какие технологии реабилитации используются;
- мониторинг результатов.

4. Предложения для различных сфер реабилитации:
- физическая реабилитация;
- психологическая реабилитация;
- социальная реабилитация;
- педагогическая реабилитация;
- создание специальных условий.

Задание 5.1. Кратко охарактеризовать обследуемого.

_____

_____

Задание 5.2. Оценить «патологический потенциал» лица с ограниченными возможностями здоровья, занимающегося физическими упражнениями.

_____

_____

_____

Задание 5.3. Оценить реабилитационный потенциал лица с ограниченными возможностями здоровья, занимающегося физическими упражнениями.

_____

_____

_____

Задание 5.4. Сформулировать для лица с ограниченными возможностями здоровья, занимающегося физическими упражнениями, реабилитационный прогноз.

_____

_____

_____

Задание 5.5. Разработать практические рекомендации по совершенствованию реабилитационной программы лица с ограниченными возможностями здоровья, занимающегося физическими упражнениями.

_____

_____

Задание № 6. Провести исследование состояния обследуемого по методике оценки психической активации, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности. Сделать заключение.

ПК-5.3 – способен определять кризисы, обусловленные физическим и психическим созреванием и функционированием лиц с отклонениями в состоянии здоровья

Теоретическое обоснование темы к выполнению заданий.

Методика разработана на факультете психологии Ленинградского государственного университета Л.А. Курганским и Т.А. Немчиным (1990) и предназначена для определения особенностей психического состояния человека по показателям психической активации, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности.

Под психическим состоянием авторы понимают целостную картину психического функционирования в ограниченный промежуток времени. Представленность этого функционирования в сознании индивида реализуется в самооценке состояния, во многих случаях определяющей традиционные названия психических состояний.

Методика разработана на основе результатов факторного анализа с использованием модифицированного стимульного материала к методике САН (представляет собой аналог (модификацию) опросника САН). Испытуемому представлен перечень из 20 полярных состояний, которые он должен оценить относительно себя по рейтинговой шкале. Ответы методики обрабатываются по ключам, по результатам обработки делается вывод о степени выраженности каждого психического состояния (психической активации, интереса, эмоционального тонуса, напряжения и комфортности). Испытуемый может набрать по каждой шкале от 3 до 21 балла. Анализ полученных результатов проводится путем сопоставления измеренных пяти состояний между собой, а также полученных результатов с данными других исследований.

Методика предназначена для людей старше 14 лет без ограничений по образовательным, социальным и профессиональным признакам и рассчитана нанеоднократное обследование одних и тех же лиц, учитывая динамичность психических состояний. Значимые данные по процедуре разработке и стандартизации методики отсутствуют.

Инструкция: Оцените свое психическое состояние в данный момент по каждому из признаков, указанных на бланке. Обведите кружком соответствующую цифру от 0 до 3 в левой или в правой половине каждой строки в зависимости от выраженности признака.

Бланк опросника

1	самочувствие хорошее	3	2	1	0	1	2	3	самочувствие плохое
2	активный	3	2	1	0	1	2	3	пассивный
3	рассеянный	3	2	1	0	1	2	3	внимательный
4	радостный	3	2	1	0	1	2	3	грустный
5	усталый	3	2	1	0	1	2	3	отдохнувший
6	беззаботный	3	2	1	0	1	2	3	озабоченный
7	медлительный	3	2	1	0	1	2	3	быстрый
8	сосредоточенный	3	2	1	0	1	2	3	отвлекающийся
9	плохое настроение	3	2	1	0	1	2	3	хорошее настроение
10	бодрый	3	2	1	0	1	2	3	вялый
11	спокойный	3	2	1	0	1	2	3	раздраженный
12	желание отдохнуть	3	2	1	0	1	2	3	желание работать
13	полный сил	3	2	1	0	1	2	3	обессиленный
14	соображать трудно	3	2	1	0	1	2	3	соображать легко
15	безучастный	3	2	1	0	1	2	3	увлеченный
16	напряженный	3	2	1	0	1	2	3	расслабленный
17	выносливый	3	2	1	0	1	2	3	утомленный
18	равнодушный	3	2	1	0	1	2	3	взволнованный
19	возбужденный	3	2	1	0	1	2	3	сонливый
20	довольный	3	2	1	0	1	2	3	недовольный

Обработка и интерпретация результатов

Обработка результатов проводится с помощью ключей для оценки конкретных психических состояний. В ключах в первой колонке находится номерпризнака (порядковый номер состояния в бланке), далее – рейтинговая шкала избланка и присуждаемое за каждый ответ количество баллов. Например, признак № 5 – это состояния «усталый – отдохнувший». Если испытуемый оценил свое состояние в 3 балла ближе к полюсу «усталый», то получает оценку в 7 баллов, если в 2 балла – то 6 и т. д. Если он, напротив, оценил свое состояние ближе к полюсу «отдохнувший» в 3 балла, то ответу присуждается 1 балл, если в 2 балла – то 2 и т. д.

Ключи:

Оценка психической активации:

№ признака	Баллы, присуждаемые за ответы в бланке						
	3	2	1	0	1	2	3
5	7	6	5	4	3	2	1
10	1	2	3	4	5	6	7
12	7	6	5	4	3	2	1

Оценка интереса:

№ признака	Баллы, присуждаемые за ответы в бланке						
	3	2	1	0	1	2	3
3	7	6	5	4	3	2	1
8	1	2	3	4	5	6	7
15	7	6	5	4	3	2	1

Оценка эмоционального тонуса:

№ признака	Баллы, присуждаемые за ответы в бланке						
	3	2	1	0	1	2	3
1	1	2	3	4	5	6	7
4	1	2	3	4	5	6	7
14	7	6	5	4	3	2	1

Оценка напряжения:

№ признака	Баллы, присуждаемые за ответы в бланке						
	3	2	1	0	1	2	3
12	1	2	3	4	5	6	7
16	7	6	5	4	3	2	1
18	1	2	3	4	5	6	7

Оценка комфортности:

№ признака	Баллы, присуждаемые за ответы в бланке						
	3	2	1	0	1	2	3
6	1	2	3	4	5	6	7
9	7	6	5	4	3	2	1
20	1	2	3	4	5	6	7

Баллы, набранные испытуемым, суммируются по каждой шкале. Полученные таким образом данные заносятся в протокол исследования:

Бланк протокола

Психическое состояние	Оценка, баллы	Степень выраженности
Психическая активация		
Интерес		
Эмоциональный тонус		
Напряжение		
Комфортность		

Степени выраженности каждого психического состояния обозначаются как *«высокая», «средняя» и «низкая»*. Испытуемый может набрать по каждой шкалеот 3 до 21 балла.

При этом высокая степень психической активации, интереса, эмоционального тонуса и комфортности располагается в пределах от 3 до 8 баллов, средняя − от 9 до 15 баллов, низкая − от 16 до 21 балла.

Степень выраженности напряжения, напротив, является высокой при количестве набранных баллов от 16 до 21, средней − при 9-15 баллах, низкой − при 3-8 баллах.

Анализ полученных результатов проводится путем сопоставления пяти состояний между собой, а также сопоставления результатов с данными других исследований (анамнестических, психофизиологических, экспериментально-психологических и др.). Это сопоставление имеет конечной целью выяснить структурно-динамические, пространственные и временные, системные и другиехарактеристики и закономерности психических состояний человека всоответствии с конкретными задачами обследования.

Заключение:

_____
_____
_____

Задание № 7. Изучить методические рекомендации по проектированию физкультурно-оздоровительных программ в сфере физического воспитания. Ответить на вопросы. Составить план-конспект физкультурно-оздоровительного занятия

ПК – 2.1 – проектирует общеобразовательные программы в сфере физической культуры и спорта;
ПК-2.2 - реализует общеобразовательные программы в сфере физической культуры и спорта

Теоретическое обоснование темы к выполнению заданий:

Педагогическое мастерство - это целостная многогранная деятельность педагогов адаптивной физической культуры, направленная на получение конечных результатов обучения и воспитания занимающихся. Оно основано на единстве знаний и высоко развитых умений. Современная педагогическая наука в соответствии с основными направлениями педагогической деятельности выделяет 5 групп педагогических умений: проектировочные, конструктивные, организаторские, коммуникативные и гностические.

Проектировочные умения - это умение планировать, определять цель и задачи.

Конструктивные умения педагога - это умение моделировать, подбирать средства и методы. Они направлены на творческую переработку программного материала с учетом индивидуально-психологических особенностей занимающихся.

Организаторские умения направлены на мобилизацию, координацию и взаимосвязь действий обучаемых в ходе учебно-тренировочного процесса. Организаторская деятельность - это практическая реализация проектировочной деятельности.

Коммуникативные умения характеризуют отношения между преподавателем и занимающимися. Обязательным условием высокой контактности между преподавателем и занимающимися является педагогический такт.

Гностические умения преподавателя - это познавательные умения процесса физического воспитания, умения провести анализ своей деятельности и деятельности занимающихся.

Все педагогические умения преподавателя/тренера/инструктора проявляются в его деятельности в диалектическом единстве. Конструктивные же умения являются основой, базой его педагогической деятельности. Наиболее высоких результатов достигают те специалисты адаптивной физической культуры, которые вдумчиво подходят к планированию и конструированию своей деятельности.

Планирование процесса адаптивного физического воспитания и учебно-тренировочного процесса позволяет смотреть вперед, определять не только цели, но и конкретные задачи на определенные отрезки времени, следовательно, выбирать наиболее целесообразные средства, методы, организационные формы, а также материально-техническое обеспечение занятий. В любой планомерной деятельности можно условно выделить 3 части: планирование - реализация запланированного - контроль. Это разделение условно, т.к. в практике все эти операции взаимосвязаны и как бы переходят друг в друга.

Задание 6.1. Ознакомьтесь с монографией Бондина, В. И. и Толстокора, О. Н. «Проектирование физкультурно-оздоровительных программ в сфере физического воспитания студентов бакалавриата. Монография – М.: Мир науки, 2020. – Режим доступа: https://izd-mn.com/PDF/64MNNPM20 (Дата обращения 12.06.2023).

Ответьте на следующие вопросы:

Вопрос 7.1. Что выявили авторы в качестве основных показателей культуры здоровья:

_____
_____
_____

Вопрос 7.2. Перечислите не менее 5-ти основных документа в сфере развития физической культуры и внедрения здоровье сберегающих технологий

_____
_____

Вопрос 7.3. Дайте определение понятиям «знания», «умения», навык».

_____
_____

Планирование в области адаптивного физического воспитания имеет свои особенности, т.к. прежде всего оно направлено на обучение двигательным действиям, содействует физическому развитию занимающихся наряду с решением воспитательных задач. Знание объективных закономерностей физического воспитания, соблюдение отражающих их принципов и научно-методических положений - необходимое условие педагогического планирования.

Задание 7.4. Составить план-конспект физкультурно-оздоровительного занятия по виду спорта (на выбор студента) для лица с ограничением в состоянии здоровья или инвалида (нозология по выбору студента)

Таблица 3

План-конспект
физкультурно-оздоровительно занятия по (обозначить вид) для лиц с поражением опорно-двигательного аппарата

Часть занятия	Частные задачи	Содержание	Дозировка	Организационно-методические указания

Методические указания по подготовке отчета к защите дневника.

Обучающийся должен подготовить дневник заданий и успешно защитить его. В целях повышения качества защиты обучающийся под руководством наставника прорабатывает доклад к защите и его краткие тезисы.

В докладе (на 4-5 мин) необходимо содержательно, точно и кратко изложить основные положения отчета. Необходимо соблюдать структурное и методологическое единство материалов доклада. Тезисы доклада к защите должны содержать обязательное обращение к членам комиссии, представление темы. В докладе следует кратко описать задания дневника, кратко изложить их суть и выводы, полученные в ходе их выполнения.

Обязательно следует осветить вопросы теоретической и практической значимости выполненных студентом заданий. В заключение доклада целесообразно отразить направления дальнейших перспектив развития.

Содержание определяется студентом совместно с научным руководителем. Доклад должен быть подготовлен письменно, но выступать на защите следует, не зачитывая текст. Формулировки должны быть обоснованными и лаконичными, содержать выводы и предложения. Весь материал дневника оформляется в строгом соответствии с *ГОСТ* Р. 7.0.100-*.2018*.

Отчет практиканта о прохождении производственной практики

(*с указанием степени достаточности теоретической и практической подготовки для прохождения практики, ее основного содержания, качества выполненных работ, выявленных трудностей и проблем, способов их преодоления*)

_____
_____
_____

Подпись практиканта _____ (_____)

«____» _____ 20 ___ г.