**Лекція 4.**

**Тема: ОСОБЛИВОСТІ АДАПТИВНОГО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ОСІБ З ПАТОЛОГІЧНИМИ ЗМІНАМИ ОРГАНІВ ЧУТТЯ**

**План:**

1. Основні поняття, мета і завдання АВФ при глухоті.
2. Тестування при глухоті.
3. Особливості методики АФВ глухих.
4. Основні поняття, мета завдання та засоби АФВ при сліпоті.
5. Методи навчання спортивної техніки.

**1. Основні поняття, мета і завдання АВФ при глухоті**

**Глухота** — повна відсутність слуху або такий його ступінь зниження, при якому розбірливе сприйняття мови стає неможливим. Повна глухота зустрічається рідко. Більшість глухих мають залишки слуху, що дозволяє їм сприймати певні звуки. Такий стан визначають як слабкий слух або туговухість. Сьогодні ще не до кінця зрозумілі усі причини порушення слуху. Розрізняють уроджену і набуту глухоту. Причинами уродженої патології могли бути хвороби матері або прийом нею хіміопрепаратів під час вагітності, травми дитини при народженні. Зустрічаються сімейні спадкові форми глухоти. Набута патологія, як правило, є наслідком ускладнень інфекційних хвороб, хімічних отруєнь, травм і захворювань нервової системи. Причина втрати слуху і рівень ураження системи слуху мають значення для оптимізації спілкування.

Таблиця 1

Причини і локалізація ушкодження органа слуху впливають на сприйняття звуків

|  |  |
| --- | --- |
| Мета і завдання викладача | Зміст практичної роботи |
| Знання і розуміння цінностей учня, його мети, проблем, бажань, старань, інтересів. Знання і розуміння переконань учня, діапазону його можливостей і здібностей | Визначити коло інтересів учня. З’ясувати зміст самостійних дій учня. Виявити пріоритети учня у виборі предметів діяльності спортивного інвентарю. З’ясувати самооцінку учня, виявити причини його сумнівів, побоювань, тривоги, страхів |

При уроджених формах глухоти, як правило, не ушкоджується вестибулярна функція, у той час як при набутій глухоті вона значно уражена. Глухота впливає на зниження рівня здоров’я. Аналіз анатомо-фізіологічних зв’язків слухового аналізатора з іншими органами і системами організму показує, що ушкодження органа слуху може викликати порушення:

• рефлекторних рухових реакцій на слухові подразники;

• відчуття рівноваги;

• функції окорухових м’язів;

• функції оральних, артикуляційних, фарин- і ларингенальних м’язів;

•несвідомих автоматичних рухів, які забезпечуються екстрапірамідною системою.

•вегетативних реакцій організму.

Теоретичний аналіз підтверджується практичними спостереженнями. Так, при глухоті відмічається дисгармонійний фізичний розвиток, порушення опорно-рухового апарату (сколіоз, плоскостопість). Відсутність мовного дихання призводить до значних порушень механіки акту дихання: значне скорочення фази видиху, зниження життєвої ємності легенів та екскурсії грудної клітки. У глухих більше виражена реакція серцево-судинної системи на фізичне навантаження, а процес відновлення відбувається довше. При деяких нозологіях мають місце порушення вестибулярної функції і вегетативних реакцій. Як правило, відмічається швидке стомлення, зменшення обсягу короткочасної пам’яті, утруднення під час входження в навчальний процес.

Порушення рухової активності може мати такі прояви:

• проблеми збереження статичної і динамічної рівноваги;

• низький рівень розвитку просторової орієнтації;

• уповільнене оволодіння руховими вміннями і навичками;

• збільшення часу рухових реакцій і реакцій за вибором;

• зниження станової сили;

• відставання у стрибучості;

• нераціональний розподіл фізичних зусиль під час руху;

• низький темп рухів;

• погіршення рухової пам’яті;

• зниження здатності ідентифікувати людей і об’єкти;

• неадекватне зниження відчуття безпеки;

• перевага зорово-м’язових уявлень над м’язово-руховими;

• зниження точності сприймання;

• зниження точності відтворення часових параметрів;

• недосить точна координація і невпевненість рухів.

**2. Тестування при глухоті**

Тестування слуху проводиться лікарями за методиками Ринне, Вебера, Швабаха, техніку проведення яких за необхідністю можна знайти у спеціальній медичній літературі. У роботі з глухими обов’язково тестують вестибулярну функцію, з’ясовують скарги на запаморочення, визначають наявність ністагму, порушення рівноваги, координації, здатність правильно здійснювати пальцьово-носову пробу або пробу Ромберга. (Проба Ромберга — неврологічний тест за допомогою якого оцінюють статичну координацію людини, зокрема при підозрі на алкогольне сп’яніння. Проба Ромберга базується на принципах того, що індивід для збереження рівноваги свого тіла повинен використовувати як мінімум два з трьох наступних елементів: пропріоцептивну чутливість (здатність відчувати положення свого тіла в просторі); вестибулярну функцію (здатність відчувати позицию своєї голови в просторі) та зір (за допомогою якого коригуються дії при зміні положення тіла). Існує проста і ускладнена проба Ромберга: Простра проба проводиться коли пацієнт стоїть із здвигнутими стопами ніг, руки вперед, пальці рук роздвинуті, очі закриті. Ускладнена проба більш інформативна, при ній вимагається зняти взуття. Приймається вихідне положення стоячи на одній нозі, друга нога зігнута в коліні вперед і доторкається підошвою стопи до колінного суглобу опорної ноги, руки вперед, пальці рук роздвинуті, очі закриті. При оцінці проби Ромберга звертається увага на ступінь стійкості (чи стоїть людина нерухомо, гойдається), тремтіння повік і пальців (тремор), і головне, тривалість збереження рівноваги. Збереження стійкого положення більш ніж 15 с без тремору оцінюється як норма; невеликий тремор повік і пальців при утриманні пози за 15 с — задовільно; якщо поза утримується менше ніж 15 с — незадовільно).

Оцінюючи рухові якості, особливу увагу приділяють тестуванню:

• швидкості, точності відтворення рухів заданої амплітуди, точності цільового руху;

• точності диференціації великих і малих м’язових зусиль;

• здатності формувати просторово-часові зв’язки;

• координації.

Фізичне виховання глухих як процес формування певних знань має свої специфічні особливості. Пов’язані вони з проблемою мови. Слово — засіб систематизації безпосередніх чуттєвих вражень, організації та регуляції пізнавальних дій, поповнення безпосереднього чуттєвого досвіду, відтворення досвіду і включення його до нової системи зв’язків. При глухоті цей алгоритм порушується. Уроджена або рано набута глухота за відсутності необхідних корекцій має як наслідок затримку формування словесного абстрактно-логічного мислення. При цьому зберігаються неушкодженими наочно-діючі й наочно-образні форми мислення. Така часткова затримка інтелектуального розвитку проявляється нестійкістю інтересів, швидким пересиченням, недостатньою самостійністю, наївністю, навіюваністю. Таким чином, у процесі фізичного виховання глухих необхідно розширювати обсяг понять, які відображають предмети і явища, й уявлення про взаємовідносини цих понять між собою.

У процесі АФВ необхідно розвивати абстрактно-логічне мислення:

- засобами фізичного виховання навчати дітей виділяти суттєві і несуттєві ознаки предметів або дій і на їхній основі формувати абстрактні поняття;

- встановлювати узагальнені зв’язки між новими й отриманими раніше знаннями.

З цією метою виховання рухової дії об’єднують із процесами мислення: *спостереженням, порівнянням, узагальненням, творчістю.*

Фізичне виховання глухих має ряд специфічних завдань. **Розвиток сприймання:**

• вестибулярне тренування;

• удосконалення просторового орієнтування;

• розвиток здатності ідентифікувати людей і предмети;

• підвищення швидкості переключення уваги з метою кращого орієнтування;

• удосконалення реакції за вибором;

• підвищення бистроти рухових реакцій;

• розширення м’язово-рухових уявлень;

• розширення обсягу рухової пам’яті.

**Із умінь і навичок при глухоті дуже важливо розвивати**:

- раціонально аналізувати ситуацію;

- уміння та здатність встановлювати зв’язки між попереднім досвідом і новими знаннями;

- раціональний розподіл фізичних зусиль.

**Завдання вирішуються такими засобами фізичного виховання**:

- загальнорозвиваючі фізичні вправи;

- циклічні аеробні вправи (біг, ходьба, їзда на велосипеді);

- дихальні вправи (з тривалим видихом);

- вправи для хребта;

- вправи для розвитку координації;

- елементи гімнастики;

- елементи акробатики;

- аеробіка;

- танцювально-ритмічні вправи;

- танці;

- види спорту: бадмінтон, баскетбол, боротьба вільна і грекоримська, боулінг, бочче, волейбол, гольф, дзюдо, теніс, футбол, хокей, хокей із м’ячем, шашки, шахи.

**3. Особливості методики адаптивного фізичного виховання глухих**

Стратегія процесу фізичного виховання базується на таких вихідних даних, як причина патології, її прояви, наявність ускладнень і супутніх рухових порушень.

У формуванні рухових уявлень, умінь і навичок рекомендується така послідовність тем:

• Положення голови (при глухоті часто для кращого уловлювання звуку людина повертає або нахиляє голову, що негативно впливає на поставу, хребет).

• Правильне дихання.

• Раціональне положення (ця тема дуже важлива при ураженнях вестибулярного аналізатора).

• Фундаментальні властивості руху.

• Довільні і мимовільні рухи.

• Рух очей, що організує рух тіла.

• Координація згиначів і розгиначів.

• Рух і дихання.

• Раціональна дія.

• Просторові відношення як засіб координації та раціоналізації дії.

***До особливостей методики фізичного виховання глухих належать наступні положення:***

• учитель повинен володіти знаковою мовою;

• заняття з глухими вимагають більш ретельного пророблення раціональних наочних понятійних повідомлень;

• більш широко використовується арсенал відеоматеріалів (візуальних образів);

• уміння, що вивчаються, завжди демонструються наочно;

• викладач, спілкуючись з учнями (наприклад, у разі подачі нового матеріалу), повинен обирати добре освітлене місце, стояти обличчям до учнів таким чином, щоб вони добре бачили його обличчя і губи (артикуляцію);

• під час словесного пояснення пам’ятати про виразність своєї артикуляції: говорити повільно, ясно; доповнювати мову відповідними мімічними виразами і жестами;

• уникати міміки і жестів, які не стосуються теми питання, що розглядається;

• у процесі спілкування з учнями викладач повинен бачити їхні очі (зворотну реакцію);

• викладачу час від часу необхідно запитувати учнів, як вони зрозуміли матеріал, який він викладає;

• краще двічі перевірити, щоб переконатися в тому, що учні все зрозуміли правильно, особливо, якщо мова йде про профілактику травм;

• кожні 15 хв. робити перерви (інтервал обумовлено часом концентрації уваги, після якого розвивається стомлення);

• обирати ігри з простими правилами;

* використовувати наочні тактильні та кінестезичні підказки (світло, яскраві прапорці, кеглі, м’ячі);
* уникати усних підказок під час гри; за необхідності призупинити гру і пояснити правила усім гравцям разом;
* уникати шуму;
* організовувати взаємодопомогу серед учнів;
* намагатися своєчасно розпізнавати мімічні прояви емоцій;
* забезпечити добре освітлення у приміщенні;
* при ураженнях вестибулярного апарату уникати вправ та ігор, які можуть призвести до негативних наслідків.

**4. Основні поняття, мета завдання та засоби АФВ при сліпоті**

**Сліпота** — це двостороння невиліковна повна відсутність зору (0) або залишковий зір (гострота зору: світловідчуття 0,03—0,04 включно з корекцією на кращому оці, або звуження поля зору до 10° на кращому оці незалежно від гостроти зору). У таких випадках користуються терміном тотальна сліпота. При збереженому світловідчутті на рівні відмінності світла і темряви або залишкового зору, що дозволяє порахувати пальці руки близько до обличчя, розрізняти контури, силуети і кольори предметів безпосередньо перед очима, говорить про практичну сліпоту. Слабкобачення — гострота зору кращого ока з корекцією зору становить 0,05—0,04, що дозволяє бачити за сприятливих умов, коли до зору не ставиться високих вимог. До сліпоти призводить багато причин: уроджені дефекти структур ока, інфекційні захворювання, запалення і травми очей. Для педагога суттєве значення має час порушення зорової функції: народився учень сліпим чи втратив зір у певному віці, в якому віці це сталося. Психомоторний розвиток сліпонароджених дітей підпорядковується тим самим закономірностям, що і здорових, але має свої специфічні особливості. Відсутність можливості візуально сприймати ознаки предметів і явищ, орієнтуватися у просторі призводить до бідності чуттєвого досвіду і в результаті — до порушення взаємодії сенсорних та інтелектуальних функцій, гальмує розвиток образного мислення. Відсутність зору приводить до зниження мотивації орієнтовної діяльності, до редукції безумовного орієнтування пошукового рефлексу та загальної загальмованості. Так, вже у грудних дітей у зв’язку з відсутністю стимулів до хапальних рухів, потягувань, повзання і вставання сліпота призводить до пасивності й малорухливості. Практика показує, що період повзання у сліпонароджених затягується іноді аж до шкільного віку. Значно (на 2-3 роки) затримується вертикальне положення тіла та оволодіння ходьбою. Викликані відсутністю зору невдачі в руховій активності приводять до закріплення пов’язаних із ними неприємних переживань і обмеження діяльності. Наслідками сліпоти можуть бути патологічні звички: повзання немовлят ногами вперед, щоб захистити голову від ударів. Розрізняють такі порушення зорового сприйняття:

- людина бачить предмет, може описати його окремі ознаки, але не може назвати, охарактеризувати цей предмет;

- втрачено здатність орієнтації у просторових ознаках навколишнього середовища (порушення орієнтації праворуч-ліворуч, верх-низ, ближче-далі);

- звужений обсяг зорового сприйняття;

- утрачена здатність розрізняти обличчя або кольори.

У спеціальних школах дітей із порушенням зору поділяють на такі групи:

- із повною відсутністю зору;

- які мають світловідчуття, що дозволяє розрізняти світло й тінь;

- які володіють залишковим зоровим сприйманням, яке дозволяє розрізняти на близькій відстані контури предметів;

- із гостротою зору від 0,01 до 0,04, яке дозволяє за допомогою зору орієнтуватися в переміщенні і розрізняти на деякій відстані форми предметів і яскраві кольори;

- із гостротою зору від 0,05 до 0,08, при якій можна сприймати обриси предметів, кольорові відтінки, розрізняти на відстані предмети, що рухаються, бачити контрастні зображення, контури, кольорові ілюстрації, читати крупний шрифт;

- із гостротою зору від 0,09 до 0,2 і вище, що дозволяє зорово орієнтуватися у просторі, контролювати свій трудовий процес, сприймати спеціальний навчальний матеріал, читати, писати.

У спеціальних школах для сліпих за статистикою 84 % учнів — це ті, які слабко бачать і 16 % — сліпі. Суттєва відмінність сприйняття тих, хто слабко бачить, від сліпих полягає в тому, що при слабкобаченні зір залишається основним способом сприйняття зовнішньої інформації, як і у здорових людей. Інші аналізатори не замінюють собою зорових функцій, що має місце при тотальній сліпоті; процес формування зорового образу при слабкобаченні відповідає нормі.

Зниження сприйняття негативно впливає на весь навчально-тренувальний процес: звужується обсяг уваги, можливість її переключення і стійкість, що заважає розширенню діапазону вражень і дій. Таким чином, чим пізніше за віком людина втрачає зір, тим більший у неї запас уявлень і легше формуються і відтворюються образи, легше відбувається оволодіння новими знаннями. Уповільнення сприйняття, порушення просторового аналізу, динамічного сприйняття в результаті призводять до порушень цілісного сприйняття.

Проблеми, з якими доводиться зустрічатися викладачеві АФВ у процесі навчально-тренувального процесу:

• зниження можливості сприйняття власних рухів і як наслідок — саморегуляції та самоконтролю рухової діяльності;

• неможливість швидких або численних переключень на нову структуру руху;

• проблема орієнтування у просторі.

Просторова орієнтація при сліпоті становить складну сукупність чуттєвого сприйняття, розумових і рухових дій, які забезпечують самостійне переміщення незрячої людини у просторі, сприйняття нею об’єктів і маніпулювання ними. При дефекті зору люди відводять велику роль в їхній орієнтації «звуковому фону» простору, зміни в якому сигналізують їм про зміни обставин, а також роль «шостого» чуття, котре трактується нині як теплове сприйняття. Сліпі й діти, що слабко бачать, відстають у фізичному розвитку: за масою і довжиною тіла, життєвою ємністю легенів, об’ємом грудної клітки та іншими антропометричними показниками (при цьому динаміка фізичного розвитку не порушується). При сліпоті часто мають місце хвороби серцево-судинної і дихальної систем, опорно-рухового апарату (викривлення хребта, плоскостопість), хвороби органа слуху, порушення обміну речовин. У дітей відмічається енурез, церебрастенія, вегетосудинні порушення, неврози. В той самий час частіше причиною зниження функціональних можливостей сліпих є низька рухова активність і детренованість організму. Це впливає і на формування рухових якостей. Найбільше при сліпоті страждає функція рівноваги, швидкість, відчуття ритму, координація, точність рухів. Спостерігається затримка розвитку статичної витривалості. Значно відстають сила і швидкісно-силові якості. Знижена здатність диференціювання та відтворення просторових і часових характеристик руху. Сліпим від народження або тим, хто рано осліп, як правило, важко уявити великі розміри і форми, які не піддаються дослідженню дотиком. При патології органа зору в АФВ особливу увагу приділяють питанню допуску до занять. До занять фізичними вправами отримують допуск особи з патологією, при якій відсутній ризик погіршення функції зору від фізичного навантаження. Такі хвороби виділяють у **групу А**. До цієї групи належать не прогресуючі форми короткозорості, атрофія і субатрофія очного яблука та інші види абсолютної сліпоти незалежно від їхнього походження за умови відсутності запального процесу, схильності до крововиливів і больового синдрому, а також пігментна абіотрофія сітківки, центральні хориоретинальні дистрофії, уроджені аномалії розвитку очного яблука, не прогресуюча атрофія очного нерва, помутніння рогівки, катаракта. ***Діти, включені до групи А, не потребують особливих обмежень при заняттях фізичною культурою***. **Група Б** об’єднує людей із захворюваннями очей, схильними до прогресування і погіршення функцій зору, такими, як прогресуючі форми короткозорості, глаукома, центральна хориоретинальна атеросклеротична дистрофія, відшарування сітківки, вивих і підвивих кришталика, атрофія зорового нерва, стафілома склери і рогівки. **Віднесення до цієї групи має на увазі повну заборону фізичних вправ або значні обмеження, вказані лікарем-офтальмологом**. Формуючи групи для занять АФВ, враховують:

- патологію очей;

- рівень фізичної підготовки;

- захворювання інших органів, систем;

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

- участь у роботі окремих груп м’язів;

- психоемоційний стан;

- вік;

- стать.

В обсязі лікарсько-педагогічного контролю занять АФВ в обов’язковому порядку раз на рік проводяться диспансерний огляд за участю лікарів-фахівців (офтальмолог, хірург, педіатр (терапевт), невропатолог, отоларинголог, стоматолог, уролог), а також лабораторні й інструментальні дослідження. Поточний лікарсько-педагогічний контроль має такі особливості: особлива увага приділяється офтальмологічному контролю з урахуванням об’єктивних і суб’єктивних відчуттів (зокрема, скарги на затуманення зору можуть свідчити про підвищення внутрішньоочного тиску, що дуже небажано при патології органа зору). З цих самих позицій оцінюються і реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження.

***Фізична підготовка дітей із вадою зору має два напрями: загальний і спеціальний****.* Вона націлена на вдосконалення неушкоджених сенсорних реакцій (тактильних, слухових та ін.), покращення концентрації уваги, збільшення об’єму сенсорних уявлень, розвиток мислення, пам’яті (образної і рухової), уявлення, творчих можливостей. Успішність процесу фізичного виховання залежить від того, наскільки повно незрячі сприймають ознаки і якості предметів, явищ, ситуацій. Завдання вчителя – послідовно і планомірно розвивати пізнавальну сферу учня.

***Мета фізичного виховання людей з вадою зору*** - гарантувати максимальну свободу, ефективність, економічність і безпеку рухової активності.

***Загальні завдання***:

• розвивати здатність спрямовано пересуватися у просторі;

• формувати вміння (навички) успішно і безпечно взаємодіяти із середовищем і предметами, які його наповнюють, виконувати життєво необхідні точні, результативні, економічні дії.

***Специфічні завдання***:

• розвивати стійкість, статичну і динамічну рівновагу; сприйняття навколишнього середовища окремими сенсорними системами, а також сприйняття простору в цілому;

• удосконалювати навички орієнтування у просторі за допомогою неушкоджених сенсорних систем;

• ліквідувати скутість та обмеження рухів;

• розвивати здатність відчувати й оцінювати швидкість рухів, їхню амплітуду, ступінь навантаження й розслаблення м’язів;

• удосконалювати усі характеристики рухів;

• розширювати рухові уявлення, рухову пам’ять, обсяг рухових умінь (навичок);

• коректувати недоліки фізичного розвитку, розвивати спритність, силу;

• при слабкобаченні - розвивати зорово-моторні реакції.

***Засоби:*** вправи для хребта; дихальні вправи; ритмічна гімнастика; рухливі ігри; аеробіка; вправи на розслаблення; плавання; вправи для очей; боротьба; гімнастика; волейбол; танці; голбол; торбол; мініфутбол.

**У роботі з незрячими значну роль відіграє матеріально-технічне забезпечення: загального характеру, загального характеру з тифлодоробками, спеціальне тифлотехнічне.** *Тифлотехніка фізичної культури — сукупність тифлологічних приладів і пристосувань, які допомагають незрячим людям оволодівати рухами тіла, займатися спортивною ходьбою, бігом, стрільбою, плаванням та ін. Сюди належать тактильні й вібраційні дисплеї, візуальні дисплеї для тих, хто слабко бачить, полісенсорні діагностичні пристрої, засоби оптичної корекції, аудіовізуальні прилади й апарати, електронно-оптичні запам’ятовуючі системи, спеціальні замкнені телевізійні пристрої з відеозаписом, апаратура, призначена для визначення еталонів і порівняння.*

**5. Методи навчання спортивної техніки при сліпоті**

Заняття з адаптивного фізичного виховання повинні проводитися з використанням тифлологічних пристосувань, які покращують орієнтування незрячих людей і гарантують безпеку під час занять. Важливою є точна оцінка тренера (або його помічника) рухів, які виконує учень, передбачених кожною методикою. Введення термінових коректив сприяє найефективнішому навчанню диференціювання точності рухів у просторі, у часі та за ступенем м’язових зусиль.

**Метод словесного описування дій**, які необхідно виконувати спортсмену-адаптанту, містить опис частин тіла, що беруть участь у виконанні цих рухів. Контроль техніки виконання, активізація та поглиблення сприйняття, оцінка результатів, напрям поведінки тих, кого навчають, вимагають більшої майстерності володіння словом.

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

**Метод спрямованого «відчування» рухів** у простіших випадках виражається зосередженням уваги учня, на сприйняття сигналів від м’язово-зв’язкового апарату у крайніх точках амплітуди рухів. У процесі тренування вдосконалюють пропріоцепцію. Так, рекомендується повторювати пояснення і показ правильного виконання вправ 4-8 разів, після чого вислухати 2-3 відповіді учнів, про виконання вправ. Після цього викладач пояснює положення окремих частин тіла у вправі, а діти, виконуючи її, визначають і оцінюють точність рухів. Після закріплення рухової техніки переходять до вдосконалення навички в ускладнених умовах.

**Як спеціальний метод можна розглядати застосування спеціальних тренажерів і різних пристосувань,** що «примусово» задають параметри рухів, які вимагаються, дозволяючи практично відчути їх. Як окремий випадок попереднього методу можуть використовуватись автокардіолідери, які задають програму вправ циклічного характеру, за частотою серцевих скорочень порівнюють задану частоту з фактичною, що регулюється у того, хто навчається, за допомогою автоматичного електронного пристрою.

**Метод лідирування** (метод сенсорного програмування) полягає у застосуванні звуколідерів у бігу для тренування «прямого бігу», що за даної нозології є одним із найскладніших етапів навчання. До сучасних технічних методів належить метод термінової інформації, який передбачає екстрене отримання тим, хто навчається, об’єктивних відомостей про хід рухів з метою їх корекції або збереження заданих параметрів шляхом зв’язку по радіо або завдяки мініатюрним електронним звуковим інформаторам, які прикріплюються на тіло спортсмена і подають сигнал про порушення техніки виконання рухів, або тензоелектронних пристроїв моделювання гучності звуку, що подає інформацію про величину зусиль, які прикладаються до снаряда.

У ході занять можна також керуватися **методами суворо регламентованої вправи,** такими, як: **метод роздільно-конструктивної вправи** (розучування дії у розчленованому вигляді з послідовним об’єднанням частин у ціле); **метод вибіркової вправи** (вибіркова дія на окремі сторони структури рухів або окремі фізичні якості).

Особливістю методики АФВ при сліпоті є розвиток:

• м’язово-суглобового відчуття;

• орієнтування у просторі;

• орієнтування у часі;

• здатності відчувати темп і бистроту рухів, їхню амплітуду і ступінь навантаження м’язів.

**У роботі з незрячими розрізняють два види орієнтації у просторі**: ***макроорієнтацію*** (у просторі, який не має обмежень) і ***мікроорієнтацію*** (в «малому» просторі, обмеженому зоною дії рук). Для правильного сприйняття при слабкобаченні необхідно створити певні умови: забезпечити достатню кутову величину об’єктів, контрастність, яскравість, необхідний рівень освітлення.

**Контрольні питання:**

1. Дати загальну характеристику уражень слухового аналізатора людини.
2. Розкрити мету, завдання та засоби АФВ при вадах слуху.
3. У чому полягають особливості методики фізичного виховання дітей з вадами слуху?
4. Основні поняття, мета і завдання АФВ при глухоті.
5. Тестування при глухоті.
6. Особливості методики АФВ при глухоті.
7. Які вторинні відхилення розвиваються при сліпоті і слабозорості?
8. Розкрити мету, завдання, засоби та методи АФВ при вадах зору.
9. Основні поняття АФВ при сліпоті.
10. Мета і завдання фізичного виховання людей з вадою зору.
11. Методи навчання спортивної техніки при сліпоті.

**Література.**

1. Борецька Н.О. Адаптивне фізичне виховання: навчально-методичний посібник / Н.О.Борецька. – Миколаїв, МНУ ім. В.О. Сухомлинського, 2019. - 216 с.
2. Бісмак О.В. Лікувальна фізична культура у спеціальних медичних групах: навч. посіб. / О.В. Бісмак. – Харків: Вид-во Бровін О.В., 2010. – 202 с. (Українською мовою). ISBN 978-966-2445-13-8
3. Деделюк Н.А. Теорія і методика адаптивної фізичної культури: навч.-метод. посібник для студентів / Н. А. Деделюк. – Луцьк: Вежа-Друк, 2014. – 68 с.
4. Москаленко Н.В. Загальні основи адаптивного фізичного виховання: навч. Посібник /уклад.: Н.В. Москаленко, А.О. Ковтун, О.А. Алфьоров, Я.В. Малойван. – Дніпро, 2013. – 137 с.
5. Осадченко Т.М. Адаптивне фізичне виховання: навч. посібник / уклад.: Осадченко Т. М., Семенов А.А., Ткаченко В.Т. – Умань: ВПЦ «Візаві», 2014. – 210 с.
6. Трояновська М. М. Адаптивна фізична культура: навч.-метод. посіб. для студентів факультетів фізичного виховання /М.М. Трояновська; Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка. Чернігів, 2018. – 104 с
7. Христова Т.Є. Основи лікувальної фізичної культури: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів спеціальності «Фізичне виховання» /Т.Є. Христова, Г.П. Суханова. – Мелітополь: ТОВ «Колор Принт», 2015 – 172 с. – ISBN 978-966-2489-31-6.
8. Адаптивне фізичне виховання. Методичні рекомендації до проведення практичних занять зі студентами спеціальності «Фізична реабілітація» галузі знань 0102 «Фізичне виховання, спорт і здоров’я людини» за напрямами підготовки 6.010203 «Здоров’я людини» / Укладач: Печко О.М., Чернігів: ЧНТУ, 2017. – 37 с.
9. Методичні рекомендації до організації самостійної роботи студентів з навчальної дисципліни «адаптивна фізична культура і спорт» для здобувачів вищої освіти за другим (магістерським) рівнем зі спеціальності 017 Фізична культура і спорт /уклад. Форостян О.І.,Одеса, 2020. – 15 с.
10. Методичні вказівки до лабораторних робіт із навчальної дисципліни «Теорія і технології адаптивного фізичного виховання при різних нозологіях (зір, слух, ОРА, інтелект)» для здобувачів вищої освіти першого (бакалаврського) рівня за освітньо-професійною програмою «Фізична терапія, ерготерапія» спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія» денної та заочної форми навчання / Небова Н. А. – Рівне: НУВГП, 2020. – 30 с.