



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования

«Дальневосточный федеральный университет»

ШКОЛА ИСКУССТВ И ГУМАНИТАРНЫХ НАУК

Панин Евгений Николаевич

**СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ
КУЛЬТУРЫ И СПОРТА В РОССИИ**

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

по направлению подготовки 49.04.01 «Физическая культура»
программа «Спортивный менеджмент»

г. Владивосток
2021

В материалах данной выпускной квалификационной работы не содержатся сведения, составляющие государственную тайну, и сведения, подлежащие экспортному контролю

Директор Школы искусств и гуманитарных наук

_____ Ф.Е. Ажимов

«___» _____ 20__ г.

Защищена в ГЭК с оценкой

_____ Секретарь ГЭК

_____ И.О. Фамилия

«___» _____ 20__ г.

Автор работы _____
(подпись)

«___» _____ 20__ г.

Руководитель ВКР _____
(должность, уч. степень, ученое звание)

_____ И.О. Фамилия

«___» _____ 20__ г.

Назначен рецензент _____
уч. степень, ученое звание

_____ И.О. Фамилия

«Допустить к защите»

Директор департамента

_____ И.О. Фамилия

«___» _____ 20__ г.

Оглавление

Введение	3
Глава 1 Современное состояние адаптивной физической культуры и спорта в Российской Федерации	5
1.1. Понятие адаптивной физической культуры и спорта в современном мире	5
1.2 История развития адаптивной физической культуры и спорта в России и за рубежом	18
1.3 Современное состояние адаптивной физической культуры и спорта в Российской Федерации	42
1.4 Проблема подготовки специалистов по адаптивной физической культуре и спорта в регионах России на примере Дальнего Востока	52
Глава 2 Задачи, методы и организация исследования	57
2.1 Задачи исследования	57
2.2 Методы исследования	58
2.3 Организация исследования	59
Глава 3. Менеджмент в организации адаптивной физической культуры и спорта в России	61
3.1 Отношение занимающихся и специалистов к проблеме развития адаптивной физической культуры и спорта в России	61
3.2 Актуальное состояние Адаптивной физической культуры и Спорта в России	70
3.3 Программа развития адаптивной физической культуры и спорта на территории Российской Федерации	83
Выводы	87
Список литературы	89
Приложение 1	99
Приложение 2	101
Приложение 3	103
Приложение 4	105

Введение

Актуальность исследования. Наиболее приоритетным для нашей страны направлений в социально-культурном и социально-экономической сфере обеспечение полного участия лиц с ограничениями в состоянии здоровья во всех сферах жизнедеятельности, в том числе и занятия физической культурой и спортом. По данным Федеральной службы государственной статистики, на 1 января 2018 года в России зарегистрировано 12,1 млн. граждан, имеющих инвалидность. Среди них около 1,4 млн. человек входят в I группу инвалидности, 5,5 млн. — во II группу, 4,5 млн. человек отнесены к III группе. Такая тенденция зависит от множества факторов: состояния здоровья общества, социально-экономического развития, здравоохранения, и, в Российской Федерации эти факторы имеют негативную направленность, которая определяет уровень инвалидизации в обществе¹.

В России стали активно развиваться командные и индивидуальные виды спорта, что позволило людям с ограниченными возможностями выйти на новый уровень, преодолевая социальные барьеры. Это могут подтвердить результаты отечественных спортсменов на Паралимпийских Сурдлимпийских и Специальной олимпиадах. Но тем не менее любительский и профессиональный спорт в большинстве случаев оказывается недоступным как в крупных городах, так и на окраинах. Так, к примеру численность приморских спортсменов, принявших участие в Сурдолимпийских играх и количество завоеванных ими медалей насчитывается всего один человек с одной медалью².

¹ Аллянов Ю.Н. Развитие адаптивной физической культуры и спорта / Ю.Н. Аллянов, З.Х. Низаметдинова, Й. Полишкене // В сборнике: Перспективы развития научных исследований в 21 веке. сборник материалов 7-й международной научно-практической конференции . НИЦ «Апробация». 2015. С. 195-197.

² Баряев, А.А. Особенности научно-методического сопровождения процесса подготовки спортсменов-паралимпийцев / А.А. Баряев, С.Н. Мишарина, А.А. Злыднев // Теория и практика физической культуры. – 2008. – № 3. – С. 13–18.

Одной из основных и актуальных проблем развития адаптивной физической культуры (АФК) является отсутствие необходимого количества квалифицированных специалистов, которые имеют отношение к лицам, имеющие инвалидность. Этот фактор связан, в первую очередь, с количеством профильных высших учебных заведений, которые занимаются подготовкой таких специалистов¹.

Объектом исследования является актуальное состояние адаптивной физической культуры и спорта в России.

Предметом исследования - процесс развития и организации адаптивной физической культуры и спорта в России.

Цель исследования. Проанализировать и обосновать перспективные направления в развитии адаптивной физической культуры и спорта в России.

Проблема исследования заключается в актуальном состоянии адаптивной физической культуры и спорта в России. В настоящее время в сфере адаптивной физической культуры и спорта находятся различные области развития, но все они взаимосвязаны между собой. Исходя из этого проблема развития в одной области непременно повлечет за собой другие.

Гипотеза исследования. Предполагается, что управление развитием адаптивного спорта в России станет более эффективным, если проведя статистический анализ выявить закономерность в тех или иных тенденциях роста или падения в различных сферах адаптивной физической культуры и спорта, что будет способствовать более эффективному развитию этой сферы.

Теоретическая значимость заключается в том, что в ходе проведенного нами исследования, видна более комплексная картина показателей развития адаптивной физической культуры и спорта в России, что в значительной мере облегчает дальнейшие исследования по данной

¹ Панин Е.Н. Современный взгляд на состояние адаптивной физической культуры и спорта в приморском крае / Е.Н. Панин, Т.В. Стеблей // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2021. - №2. – 58-61.

проблеме. При помощи данных полученных путем нашего исследования, можно ретроспективно взглянуть на результаты проведенных программ по развитию адаптивной физической культуры и спорта в России.

Практическая значимость - данные полученные в ходе проведенной нами работы поспособствуют организации и развитию адаптивной физической культуры и спорта в России.

Глава 1. Современное состояние адаптивной физической культуры и спорта в Российской Федерации

1.1. Понятие адаптивной физической культуры и спорта в современном мире.

В отличие от понятия лечебной физической культуры, адаптивная физическая культура более молодой термин. Так, если ЛФК это метод лечения и средство реабилитации, который включает в себя методики физического воспитания, то адаптивная физическая культура – это больше средство реабилитации и социализации людей с ограниченными способностями, которое подразумевает физическое воспитание, физическую культуру инвалидов и лиц с ограничениями здоровья, а также спортивное направление. Обе дисциплины базируются на теории и методике физической культуры, однако ЛФК больше оперирует медицинскими понятиями такими как «лечение», «физическая реабилитация», «выведение в ремиссию», тогда как АФК спортивными и педагогическими – «социальная реабилитация», «компенсация утраченных функций», «самореализация»^{1,2}.

Но такие понятия, как физическая и адаптивная физические культуры также стоит разделять между собой. При всей своей схожести в системе физической культуры важную роль играет физическое воспитание, физическая подготовка и физическое развитие здорового человека. Специфичность адаптивной физической культуры выражается в дополняющем определении «адаптивная», что подчеркивает предназначение средств физической культуры для лиц с отклонениями в состоянии здоровья³.

¹ Артамонова, Л. Л. Лечебная и адаптивно-оздоровительная физическая культура /Л.Л. Артамонова, О.П. Панфилов, В.В. Борисова. - М.: Владос-Пресс, 2010. – 701с.

² Шапкова, Л.В. Частные методики адаптивной физической культуры : учеб. / Л.В. Шапкова. – М. : Советский спорт, 2007. – 604 с.

³ Артамонова, Л. Л. Лечебная и адаптивно-оздоровительная физическая культура / Л.Л. Артамонова, О.П. Панфилов, В.В. Борисова. - М.: Владос-Пресс, 2010. – 701с.

Это предполагает, что физическая культура во всех её проявлениях должна стимулировать позитивные морфо-функциональные сдвиги в организме, формируя тем самым необходимые двигательные координации, физические качества и способности, направленные на жизнеобеспечение, развитие и совершенствование организма^{1,2}.

Адаптивная физическая культура является не только средством лечения или профилактики конкретных болезней различной нозологии, сколько одной из форм, полноценной жизни человека и его адаптации к состоянию инвалидности и социализации. Адаптивный спорт и адаптивная физическая культура ставят задачи максимального включения человека в социум, дают общение, развлечение, активный отдых и другие формы нормальной человеческой жизни. Цель адаптивной физической культуры состоит в максимально возможном развитии жизнеспособности человека, имеющего устойчивые отклонения в состоянии здоровья, за счет обеспечения оптимального режима функционирования его двигательных возможностей, их гармонизации для максимальной самореализации. Именно своей ориентацией на хронических больных и инвалидов адаптивная физическая культура отличается от лечебной физической культуры. Но все же, как и в бытательской сфере, разница между адаптивным спортом и адаптивной физической культурой очевидно в их целях. Адаптивный спорт является разновидностью адаптивной физической культуры. Его целью является реализация способностей человека и сравнение их со способностями других людей, имеющих аналогичные ограничения в состоянии здоровья. Адаптивный спорт ориентирован на соревновательную деятельность и достижение максимальных результатов. То есть ключевой является

¹ Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры: Т.1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физической культуры / Под общей ред. проф. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2003. – 448с.

² Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие /Под ред. Л. В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2003. – 464 с, ил

установка на рекорд - это и есть главное отличие адаптивного спорта от всех остальных видов адаптивной физкультуры. Необходимым условием при занятиях адаптивным спортом является правильная классификация спортсменов по способностям, так как необходимо максимально уравнивать все шансы на победу среди спортсменов. Такое распределение осуществляется по двум направлениям - медицинскому, где основным критерием является степень имеющегося поражения функций, и по спортивно-функциональному, где учитывается специфика двигательной активности в каждом конкретном виде спорта^{1,2}.

Однако некоторые частные задачи АФК имеют общие точки соприкосновения с методиками ЛФК, служащими для улучшения функционирования отдельных систем и органов, а также состояния здоровья в целом в результате применения определенных видов физических упражнений. Однако АФК, это скорее жизненная философия и активный образ жизни, нежели, как в случае с ЛФК, дополнение к другим лечебным процедурам. И это очень важно отражать при повышении квалификации и профессиональной переподготовки педагогов физического воспитания. Цель адаптивной физической культуры как вида физической культуры — максимально возможное развитие жизнеспособности человека, имеющего устойчивые отклонения в состоянии здоровья и (или) инвалидность, за счет обеспечения оптимального режима функционирования отпущенных природой и имеющихся в наличии (оставшихся в процессе жизни) его телесно-двигательных характеристик и духовных сил, их гармонизации для

¹ Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие /Под ред. Л. В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2003. – 464 с, ил

² Нурзулаев, С.Б. Аспекты социальной адаптации лиц с ограниченными возможностями здоровья средствами физической культуры и спорта / С.Б. Нурзулаев, Н.А. Петухов, И.Н. Сафронова // Вестник ТГПУ. – 2012. – № 5 (120). – С. 154-159.

максимально возможной самоактуализации в качестве социально и индивидуально значимого субъекта¹.

Понятие адаптивной физической культуры неразрывно связано с таким термином, как инвалид и инвалидность. Конвенция о правах инвалидов определяет таких людей, как лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими. Существует три группы инвалидности².

Первая группа инвалидности определяется лицам, с возникшими социальными недостаточностями, нуждающиеся в социальной защите и помощи вследствие нарушения здоровья со стойким, значительно выраженным расстройством функций организма, приводящим к резко выраженному ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности³:

- способность к самообслуживанию третьей степени;
- способность к передвижению третьей степени;
- способность к общению третьей степени;
- способность контролировать свое поведение третьей степени;
- способность к ориентации третьей степени.

При этом совершенно не обязательно, чтобы все перечисленные виды жизнедеятельности были выражены самой высокой степенью нарушений. Эти расстройства могут быть практически при всех онкологических заболеваниях III-IV стадий, при наличии регионарных и отдаленных

¹ Дубровский В.И. Лечебная физическая культура (кинезотерапия): Учеб. для студвысш. учеб. заведений. – 2-е изд., стер. – М.: Гума-нит. изд. Центр ВЛАДОС, 2001. – 608 с.: ил.

² Яковлев Ю.В. Генезис и формы проявления знаний о физической рекреации / Ю.В. Яковлев, А.А. Калмыков, В.В. Малов // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2018. № 3 (157). С. 345-348

³ Брискин, Ю.А. Адаптивный спорт : учеб. пособие для вузов / Ю.А. Брискин, А.В. Евсеев, А.В. Передерий. – М. : Советский спорт, 2010. – 316 с.

метастазов, при рецидиве онкологического процесса. Медико-социальная экспертиза после симптоматического лечения не вызывает затруднений¹.

Вторая группа инвалидности определяется лицам, у которых возникла социальная недостаточность, требующая социальной защиты или помощи вследствие нарушения здоровья со стойким выраженным расстройством функций организма:

- способность к самообслуживанию второй степени;
- способность к передвижению второй степени;
- способность к трудовой деятельности третьей, второй степени;
- способность к обучению третьей, второй степени, т. е. способность к обучению только в специальных учебных заведениях или по специальным программам в домашних условиях;

- способность к ориентации второй степени;
- способность к общению второй степени;
- способность контроля за своим поведением второй степени.

У онкологических больных из перечисленных наибольшее практическое значение имеют первые три вида нарушений.

Около 70% больных со злокачественными заболеваниями оперируются в IIIВ стадии, причем 10% – в возрасте 35 лет, у 40-60% диагностируется низкодифференцированный рак. Клинический прогноз у них чаще расценивается как сомнительный. Таким больным при первичном освидетельствовании должна устанавливаться 2 группа инвалидности²³.

Третья группа инвалидности определяется лицам, у которых возникла социальная недостаточность, требующая социальной защиты вследствие

¹ Онкология: учеб. пособие / Н. Н. Антоненкова [и др.]; под общ. ред. И. В. Залуцкого. – Минск : Выш. шк., 2007. – 703 с. : ил.

² Брызгалова С.О. Реабилитация и абилитация инвалидов в процессе физкультурно-оздоровительной деятельности в муниципальном образовании / С.О. Брызгалова, Н.И. Сазонов, С.Л. Сазонова, Ю.В. Энгин //Педагогическое образование в России. 2018. № 9. С. 108-112.

³ Онкология : учебник с компакт-диск / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 560 с.

нарушения здоровья, приведшего к не резко или умеренно выраженному ограничению жизнедеятельности:

- способность к самообслуживанию первой степени;
- способность к передвижению первой степени;
- способность к трудовой деятельности первой степени.

Часто понятие “инвалид” путают с “человек с ограниченными возможностями здоровья”. ОВЗ, или ограниченные возможности здоровья — это нарушения физического и (или) психического развития. Педагогика и медицина подходят к ним, исходя из своих задач, и имеют собственные расшифровки. На их основе Министерство Просвещения разработало классификацию и соответствующие ей адаптивные программы обучения, изложив в Федеральном Государственном образовательном стандарте. Рассмотрим все эти варианты для создания общего представления о детях с ОВЗ. Классификация детей с ОВЗ ориентирована на процесс обучения и рассматривает особенности их развития с этой точки зрения. Многие нарушения, вызванные проблемами здоровья, преодолеваются в результате образовательной и коррекционно-воспитательной работы школы¹.

I категория. Не слышащие, глухие дети без речи Дети с глубоким стойким двусторонним нарушением слуха: рано потерявшие слух, родившиеся со слуховыми нарушениями или потерявшие слух до периода развития речи. Они не воспринимают речь и не могут самостоятельно ею овладеть. Чтобы разговаривать, им необходимо специальное обучение. Такие дети воспринимают мир зрением и осязанием. Их мыслительные процессы основаны не на речи, а на образах и действиях. Поэтому им трудно определять причины и следствия, свойства и отношения. Их внимание и память характеризуются неустойчивостью и низким объемом из-за

¹ Хованская, Г.Н. Общие основы медицинской реабилитации в педиатрии : пособие для студентов педиатрического, медико- психологического, медико-диагностического факультетов и врачей / Г.Н. Хованская, Л.А. Пирогова. – Гродно : ГрГМУ, 2010. – 184 с.

утомляемости. В обучении речи главную роль играет специальная акустическая и сурдоаппаратура. И хотя речь остается неразвитой, преобладают слова, обозначающие предметы и очень мало слов, описывающих качества и движение, они все же могут говорить. Пусть и допуская ошибки в звуках, заменяя слова похожими по звучанию. Между собой дети общаются жестами и пытаются перенести такое общение в мир слышащих, имитируя жестикуляцией и мимикой разные объекты и их признаки. Иногда это воспринимается как агрессия, и идет такой же агрессивный ответ. Это одна из причин, почему дети с глухотой обладают низкой самооценкой.

II категория. Слабослышащие дети и дети с частичной потерей слуха, тугоухостью и различной степенью недоразвития речи. Дети, сохранившие остаточный слух и самостоятельную речь. Они продолжают накапливать словарный запас. Развитие их психических и познавательных процессов зависит от того, насколько рано они потеряли слух. Сохраненный низкий уровень слухового восприятия создает иллюзию, что на него можно опереться, но полученная информация очень искажается. Главная задача при их обучении — развивать зрительное восприятие и учить концентрироваться на губах говорящего, параллельно обучая чтению. Как следствие, повысится устойчивость внимания и начнет развиваться наглядная память. В отличие от глухих детей, слабослышащие имеют высокую и даже завышенную самооценку, поскольку любое малейшее их достижение воспринимается окружающими взрослыми как невероятный успех^{1,2}.

III и IV категории. Нарушения зрения (рассматриваются вместе) Дети незрячие, в том числе слепорожденные и ослепшие до 3-х лет, слабовидящие

¹ Антонов, А.А. Ринк-бенди как перспективное направление развития спорта лиц с нарушением слуха / А.А. Антонов // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. – 2014. – № 1. – С. 44-54.

² Антонов, А.А. Факторная структура требований лиц с нарушением слуха к организации занятий по ринк-бенди (мини-хоккею с мячом) / А.А. Антонов, А.С. Махов // Теория и практика физической культуры. – 2014. – № 5. – С. 28-30.

и поздноослепшие, с косоглазием и амблиопией. Слепые дети воспринимают окружающий мир исключительно слухом и осязанием, имеют повышенную вибрационную чувствительность. Сохранившие остаточное зрение через смутные и искаженные образы. Такой способ познания обедняет мыслительные процессы, мешает их целостности. Дети с трудом определяют расстояние, местоположение не только объектов, но и собственное. В итоге не имеют четких уверенных суждений. Обучение данной категории основано на создании у них полисенсорного опыта: отсутствующий анализатор заменяется активизацией других. В первую очередь, с помощью речи. Но нужно учитывать, что слабовидящие дети приобретают речевые навыки позже своих здоровых сверстников, их лексика бедна и произносимые слова не всегда совпадают с реальными образами. Любое вербальное описание для них требует осязательного исследования. Учеба развивает их неустойчивое внимание, не имеющее целевой направленности. Повышается его объем, концентрированность и произвольность. То же и с памятью, в первую очередь, словесно-логической. Слепые и слабовидящие дети бывают конфликтны, несдержанны, не имеют целей. Но общение, совместные учебные и трудовые дела с видящими ровесникам развивают у них самостоятельность и конкурентоспособность.

V категория. Тяжелая речевая патология Дети немые, с фонетико-фонематическим недоразвитием речи и нарушением произношения отдельных звуков: алалия, афазия, дизартрия, ринолалия. При алалии сохраняется нормальный слух и интеллект, но из-за органических поражений речевых областей головного мозга нарушается развитие речи. Появляются аграмматизмы, трудности при чтении и письме, снижается словарный запас. Афазия характеризуется разрушением уже сформировавшейся речи, когда поражен двигательный или речевой центр головного мозга. В первом случае речь полностью отсутствует или сохраняется в виде отдельных фраз и слов с дефектами произношения. Во втором — нарушается дифференцированное

восприятие звуков и слов. Ребенок перестает понимать, что ему говорят, но нормально воспринимает неречевые звуки. Дизартрия и ринолалия — это нарушение произношения. При дизартрии – из-за недостаточного развития речевого аппарата, при ринолалии – из-за анатомических дефектов строения органов артикуляции. В результате страдают все психические процессы, за исключением логической, смысловой и зрительной памяти. Обучение проходит через развитие моторики с помощью гимнастики, ритмики, музыки. В результате восстанавливается устойчивый познавательный интерес и адекватная самооценка.

VI категория. Нарушение опорно-двигательного аппарата Дети с ДЦП, врожденными и приобретенными деформациями ОПА, вялыми параличами верхних и нижних конечностей, парезами и парпарезами нижних и верхних конечностей. Недостаточность движений мешает им воспринимать действительность зрением и кинестетикой. У них более развито вербальное мышление по сравнению с наглядно-действенным. Отстает система формирования понятий и абстракций. Часто бывают проблемы со слухом, ведущие к снижению слуховой памяти и слухового внимания. Встречается алалия и дазатрия. Таким детям полезно совмещать обучение с посильной трудовой деятельностью. Она учит переключать внимание, снижает вялость, дает чувство значимости^{1,2}.

VII категория. Дети с ЗПР Дети с возможностью интеллектуального развития, но замедленным темпом психических процессов, высокой истощаемостью, трудностью в усваивании знаний: психическое недоразвитие, задержка психического развития, поврежденное психическое развитие, дефицитное развитие, искаженное развитие (РАД, СДВГ)

¹ Лисовский В.А., Евсеев С.П., Голофеевский В.Ю., Мироненко А.Н. Комплексная профилактика заболевания и реабилитация больных и инвалидов. Учебн. пособие / Под редакцией проф. С.П. Евсеева – 2-е изд., стереотип. – М. Советский спорт, 2004 – 320 с.

² Строгова, Н. А. Адаптивная физическая культура в системе комплексной реабилитации и социальной интеграции инвалидов / Н. А. Строгова // Теория и практика общественного развития. – 2012. – № 2. – С. 169-171.

Общими проблемами являются замедленное, непоследовательное восприятие, отставание словесно-логического мышления. Им сложно анализировать и обобщать. В результате страдает речь, лишенная ясности и логики. Для детей с ЗПР характерно непроизвольное импульсивное поведение и инфантилизм в сочетании с низким уровнем познавательных процессов, включая память и внимание. Причины инфантилизма кроются в проблемах эндокринной и нервных систем, запоздалом темпе психического развития. При обучении нужно учитывать их физиологически обусловленную утомляемость, частую смену активности и пассивности. Если им давать интересные задания, не требующие напряжения ума, создать атмосферу спокойствия и доброжелательности, они показывают результаты решения интеллектуальных задач, приближенные к норме.

VIII категория. Отклонение интеллектуального развития. Дети с глубоким недоразвитием познавательных процессов. Чаще всего в виде олигофрении (синдром врожденного психического дефекта) 3 видов. К обучению способны лишь дети с дебильностью, легкой корректируемой степенью умственной отсталости. Хотя их восприятие искажено, с трудом перестраивается и не обладает достаточной осмысленностью, а уровень мышления очень низок, они овладевают речью, пусть и с грамматическими и фонетическими ошибками. Дети учатся писать, читать, считать. Но основной формой работы с ними является трудовое обучение и, впоследствии, помощь в трудоустройстве. Независимо от категории ОВЗ, к которой относится ребенок, российские инклюзивные школы, ППМС, коррекционные школы создают своим «особым» ученикам все условия «для получения без дискриминации качественного образования, для коррекции нарушений развития и социальной адаптации»¹¹.

¹ Бутусова Т. Ю. Коррекционная направленность воспитания самостоятельности у детей старшего дошкольного возраста с нарушением интеллекта в процессе игр с правилами / Т. Ю. Бутусова // Дефектология. – 2015. – № 3. – С. 8–17.

Спортивно-медицинская классификация спортсменов-инвалидов с врожденными и ампутированными дефектами конечностей

Класс А1 - двусторонняя ампутация бедра.

В классе А1 спортсмены могут использовать коляску, если это необходимо с медицинской точки зрения и записано в квалификационной карте. Если спортсмен выбирает для участия в соревнованиях коляску, он должен оставаться в ней на протяжении всего времени проведения соревнования.

Класс А2 - односторонняя ампутация бедра.

- Односторонняя ампутация бедра в сочетании с ампутацией голени по Пирогову.

- Односторонняя ампутация бедра в сочетании с ампутацией стопы на различном уровне.

Класс А3 — двусторонняя ампутация голени.

- Односторонняя ампутация голени в сочетании с ампутацией по Пирогову.

- Двусторонняя ампутация по Пирогову.

Класс А4 - односторонняя ампутация голени.

- Односторонняя ампутация голени в сочетании с ампутацией стопы на различном уровне.

- Односторонняя ампутация голени по Пирогову в сочетании с ампутацией стопы на различном уровне.

Класс А5 — двусторонняя ампутация плеч.

Класс А6 - односторонняя ампутация плеча в сочетании с ампутацией голени по Пирогову.

¹Агафонов, И.В. Двигательная активность человека как биологическая потребность в процессе его развития // Физическая культура и спорт – основа здорового образа жизни : материалы III Междунар. науч.-практ. конф. / Тамбовский гос. ун-т им. Г.Р. Державина. – Тамбов, 2011. – С. 175-179.

- Односторонняя ампутация плеча в сочетании с ампутацией стопы на различном уровне.

Класс А7 - двусторонняя ампутация предплечий.

- Односторонняя ампутация предплечья в сочетании с ампутацией плеча.

Класс А8 — односторонняя ампутация предплечья.

- Односторонняя ампутация предплечья в сочетании с ампутацией голени по Пирогову.

- Односторонняя ампутация предплечья в сочетании с ампутацией стопы на различном уровне.

Класс А9 - односторонняя ампутация бедра в сочетании с ампутацией предплечья.

- Односторонняя ампутация бедра в сочетании с ампутацией плеча.

- Односторонняя ампутация голени в сочетании с ампутацией предплечья.

- Односторонняя ампутация голени в сочетании с ампутацией плеча.

Спортивно-медицинская классификация спортсменов-инвалидов с последствиями травм позвоночника и спинного мозга.

Данная классификация учитывает неврологическую картину последствий травм позвоночника и спинного мозга, которая выделяет условно шесть классов,

Класс IА поражение верхнешейного отдела спинного мозга (от С4 до С7 сегмента и выше). Трехглавая мышца не функционирует, не оказывает сопротивления (не более 3-х баллов при мануально-мышечном тестировании).

Класс IВ — поражение среднешейного отдела спинного мозга (С8 сегмент). Нормальная сила трехглавой мышцы (4—5 баллов ММТ). Функция сгибателей предплечья не нарушена, слабые мышцы предплечья (0—3 балла ММТ).

Класс IС поражение нижнешейного отдела спинного мозга (V1 сегмент грудного отдела). Нормальная сила трехглавой мышцы, нормальная сила

сгибателей предплечья (4—5 баллов ММТ). Межкостные и червеобразные мышцы кисти не функционируют. Ослаблены мышцы туловища и нижних конечностей.

Класс II поражение верхнегрудного отдела спинного мозга (O2—O5 сегменты). Межреберные мышцы туловища не функционируют, в положении сидя равновесие не удерживается, полностью парализованы нижние конечности (нижний спастический парализ, параплегия).

Класс III поражение нижнегрудного отдела спинного мозга (O6—O10 сегменты). Мышцы туловища и грудные мышцы ослаблены (1 — 3 балла ММТ). Снижена сила мышц брюшного пресса, нижний спастический парализ, параплегия. Возможно удержание равновесия в положении сидя.

Класс IV - поражение поясничного отдела спинного мозга. Сила мышц туловища сохранена (более 3-х баллов ММТ), Слабые разгибатели голени и приводящие мышцы бедра (1-2 балла ММТ). Суммарная сила мышц нижних конечностей 1-20 баллов.

Больные с последствием полиомиелита также могут быть включены в этот класс, если при тестировании они набирают 1 - 15 баллов.

Класс V - поражение крестцового отдела. Четырехглавая мышца бедра функционирует (3-5 баллов ММТ). Остальные мышцы ослаблены. При тестировании результаты ММТ 21-40 баллов.

Сюда же относятся инвалиды с последствием полиомиелита, набравшие по ММТ 16-50 баллов.

Класс VI поражение крестцового отдела (ниже S1 сегмента). В этот класс входят инвалиды, имеющие 41-60 баллов ММТ, а также больные с последствиями полиомиелита -35-50 баллов ММТ

Примечание. Данный класс является подклассом пятого и выделяется только для плавания.

Спортсмены с ДЦП:

Класс C1 квадролегия. Больной не может передвигаться.

Класс С2 квадролегия. Может передвигаться только в коляске с рычажным управлением.

Класс С3 квадролегия, трилегия или гемиплегия. Может передвигаться в коляске, управляя ею одной рукой.

Класс С4 — паралегия. Передвигается в коляске.

Класс С5 — гемиплегия. Инвалид может передвигаться на ногах с дополнительной опорой или без нее.

Класс С6 — атетоз четырех конечностей. Ходит самостоятельно.

Класс С7 маловыраженная квадролегия или гемиплегия. Ходит самостоятельно.

Класс С8 - легкие нарушения координации движений, почти нормальные двигательные функции. Может ходить, бегать и т.д.

1.2. История развития адаптивной физической культуры и спорта за рубежом

История становления адаптивной физической культуры за рубежом по своему интересна только потому, что охватывает несколько стран, интересов и взглядов. Но общее у всего мира то, что толчком для активного развития этой деятельности является война. Война в широком смысле, потому как каждая война приносит за собой нечто уникальное, Первая Мировая Война дала человечеству танки, а Вторая – ядерную бомбу.

Попытки приобщения людей с ОВЗ к спорту были предприняты еще в XIX веке. В 1888 году в Берлине был официально сформирован и открыт первый спортивный клуб для людей с отсутствием слуха. Но только в 1924 году в Париже прошли первые Всемирные игры глухих. В них участвовали спортсмены — представители официальных национальных федераций Бельгии, Великобритании, Голландии, Польши, Франции и Чехословакии. Но на Игры, также прибыли и спортсмены из Италии, Румынии и Венгрии, в которых таких федераций не было. Программа Всемирных Игр включала в

себя соревнования по легкой атлетике, велоспорту, футболу, стрельбе и плаванию¹.

Уже после проведения Всемирных игр глухих 16 августа 1924г. Был организован. Международный спортивный комитет глухих (МСКГ) был образован 16 августа 1924 г. В него вошли федерации, объединяющие спортсменов с нарушением слуха. Начиная с этого года МСКГ каждые четыре года проводит летние Всемирные игры глухих. На первом конгрессе МСКГ, который состоялся в Брюсселе 31 октября 1926 г., был принят Устав этой организации. До начала Второй мировой войны в нее вступают Германия, Швейцария, Дания, Норвегия, Финляндия, Швеция, Австрия, США, Япония и Болгария.

После окончания Второй Мировой войны, можно сказать, что начался **первый этап** развития адаптивной физической культуры и спорта за рубежом, который продолжался с 1945 по 1947. Создается первый реабилитационный центра для инвалидов с ПОДА в Англии в Сток-Мэндвиле, и начало развития реабилитационного спорта (с работ ученого Линдемана)².

В 1944 году в Центре реабилитации больных со спинномозговыми травмами в Сток-Мандевиле профессор Людвиг Гуттман разработал спортивную программу как обязательную часть комплексного лечения пациентов. Он сделал спорт частью программы реабилитации больных с повреждениями спинного мозга. Он на практике доказал, что спорт для людей с физическими недостатками создаёт условия для успешной жизнедеятельности, восстанавливает психическое равновесие, позволяет вернуться к полноценной жизни, независимо от физических недостатков,

¹ Куриенко, Н.Ф. История и организация ФК : учеб. / Н.Ф. Куриенко. М. : Просвещение, 1982.

² Митин, А.Е. Особенности практики по адаптивной физической культуре / А.Е. Митин // Universum : Вестник Герценовского университета. – 2009. – № 4. – С. 31-32.

укрепляет физическую силу, необходимую для того, чтобы управляться с инвалидной коляской^{1,2}.

Инвалиды с повреждениями опорно-двигательного аппарата стали активно приобщаться к занятиям спортом только после Второй Мировой войны. Со временем Гуттман стал директором Сток-Мандевильского центра и президентом Британской международной организации лечения инвалидов с повреждениями опорно-двигательного аппарата³.

Второй этап Реабилитационного спорта начался уже с 1948 по 1959. В странах Европы, США и Канады активно стали открываться реабилитационные центры для инвалидов. В этот период происходит обобщение опыта накопленного в том числе и Сток-Мэндвильским реабилитационным центром, проводятся первые соревнования.

В период развития и становления реабилитационного спорта за рубежом издается большое количество специальной литературы: «Цели спорта для ампутированных» (Брикман), «Тренировка ампутированных» (Брунстром), «Спорт пробуждает у ампутированных радость жизни», «Спорт в качестве лечебного мероприятия» (Хартинг), «Отдых, свободное время и спорт молодых ампутированных» (Хоске), «Гимнастика для больных и спорт для увечных в рамках клинических возможностей» (Виле), «Значение физических упражнений при лечении ампутированных», «Задачи и основные положения спорта увечных», «Лечебная гимнастика и спорт для ампутированных» (Витт), «Могут ли увечные бегать на лыжах?» (Дресс), «Бег на лыжах с костылями» (Лани) и др.⁴.

¹ Хаяров Д.Г. Количественные показатели роста инвалидности в военное время в СССР (1941-1945 гг.). // Интерэкспо Гео-Сибирь. 2015 г.

² Золотухина А.И. Методика адаптивной физической культуры с инвалидами разных нозологических групп / А.И. Золотухина, Л.Ф. Грошева, И.М.О. Джолиев, Л.А. Шинкарьюк, А.А. Штерман, С.В. Антонов // Молодежь и наука. 2020. № 11.

³ Ростомашвили, Л.Н. Программно-методическое обеспечение адаптивного физического воспитания детей со сложными нарушениями развития / Л.Н. Ростомашвили // Адаптивная физическая культура. – 2012. – № 1 (49). – С. 52–54.

⁴ Кун, Л. Всеобщая история ФКиС : учеб. / Л. Кун. – М. : Радуга, 1982

Кроме того, издаются журналы: в Финляндии – «Силой рук», в Чехословакии – «Злан», в Германии – «Спорт инвалидов». Создаются кинофильмы: в Англии – «Снова жизнь», «Возврат к действию», «Обратно к норме»; в США – «Тренировка и восстановление ампутированных», «Путь к восстановлению», «Школа вторых возможностей», фильмы с этой тематикой имеются в Австрии, ФРГ, Канаде, Бельгии, Индии.

В каждой стране процесс развития и становления реабилитационного спорта проходит по-разному, с учётом особенностей и специфики каждого государства, и до настоящего времени это направление существует самостоятельно, так как оно способствует улучшению здоровья инвалидов, гарантирует им повышение жизненной активности и работоспособности¹.

Кроме того, в самом многочисленном движении инвалидов – с поражением опорно-двигательного аппарата – существуют принципиально разные категории инвалидов: с травмами и заболеваниями спинного мозга, последствием детского церебрального паралича, с ампутационными и врожденными дефектами конечностей, другими поражениями конечностей. Всем им рекомендуется реабилитационный спорт. Но человеку свойственно стремление к самосовершенствованию, и спортивное движение инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата постепенно переходит на новый, более качественный уровень своего развития – спорт инвалидов с нарушением функций органов опоры и движения².

Основателем паралимпийского движения является выдающийся нейрохирург Людвиг Гуттман (Ludwig Guttmann), родившийся в Германии и эмигрировавший в 1939 г. в Англию. Со временем то, что началось как вспомогательные процедуры физической реабилитации ветеранов войны, переросло в спортивное движение, в котором физические возможности

¹ Бобровский Е.А. К вопросам финансирования развития адаптивного спорта в России/ Е.А. Бобровский // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2020. - № 1 (30). – С. 78-81.

² Бобровский Е.А. О поддержке адаптивного спорта в России и за рубежом/ Е.А. Бобровский // Региональный вестник. – 2020. - № 1 (40). – С. 53-55.

спортсменов занимали центральное место. Профессор Людвиг Гуттман стал директором Сток-Мандевильского центра реабилитации больных со спинномозговыми травмами и президентом Британской международной организации лечения инвалидов с повреждениями опорно-двигательного аппарата.

В 1948 г. в Сток-Мандевиле Людвиг Гуттман провел соревнования по стрельбе из лука среди спортсменов на колясках, в которых участвовали бывшие военнослужащие - 16 парализованных мужчин и женщин. В Лондоне в это же самое время открывались Олимпийские игры.

В 1952 г. снова одновременно с очередной Олимпиадой Гуттман организовал первые международные соревнования с участием 130 спортсменов-инвалидов из Англии и Голландии - Международные Сток-Мандевильские игры (МСМИ), которые стали предшественниками современных Паралимпийских игр.

В том же году была создана Международная спортивная федерация людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, а в Сток-Мандевиле на средства инвалидов, пенсионеров и благотворительных пожертвований был построен первый стадион для спортсменов-инвалидов.

В 1959 г. Людвиг Гуттман разработал и опубликовал первый в истории регламент проведения соревнований по видам спорта для инвалидов.

Переход на третий этап развития адаптивного спорта за рубежом ознаменовался началом проведения Олимпийских игр для инвалидов в 1960 году. Дальнейшее развитие реабилитационного спорта, его поступательное движение в начале 60-х годов переходит на новый качественный уровень – спорт инвалидов. Основными задачами его, как и в реабилитационном спорте, являются поддержание здоровья и душевного равновесия инвалидов, адаптация к условиям современной жизни и т. д. Но доминирующей целью

становится достижение высшего спортивного мастерства, профессионализма в избранном виде спорта¹.

В сентябре 1960 г. в Риме (Италия), сразу после Олимпиады-1960, были проведены ежегодные Международные Сток-Мандевильские игры, в которых приняли участие 400 спортсменов - инвалидов из 23 стран. Эти соревнования принято считать первыми Паралимпийскими играми. Программа Игр включала восемь видов спорта, среди которых были легкая атлетика, плавание, фехтование, баскетбол, стрельба из лука, настольный теннис и т.д. Медали разыгрывались в 57 дисциплинах. В соревнованиях участвовали спортсмены с повреждением спинного мозга.

С 1960 г. летние Паралимпийские игры проводятся в год Олимпийских игр, после их окончания, а с 1976 г. регулярно проводятся и зимние игры. С 1988 г. (зимние - с 1992 г.) Паралимпийские игры проводятся в том же городе, что и Олимпийские игры. Только дважды игры проводились в странах, но не в городах Олимпиад – в Германии и в Канаде, и трижды в других странах, минуя олимпийские, – в Израиле 1968 г. и в Голландии в 1980 и 1994 гг.

В последующие годы происходило увеличение как числа участников соревнований, так и видов спорта.

В 1964 г. Олимпийские игры инвалидов прошли в Токио (Япония). И в том же году Сток-Мэндевильским комитетом было предложено новое название этих соревнований – Паралимпийские игры. На соревнованиях впервые была использована паралимпийская атрибутика (флаг, гимн и символ).

Паралимпийская эмблема отличается от привычной олимпийской; у нее не пять колец, а три полукружья, которые обозначают дух, волю и разум.

¹ Лисовский В.А., Евсеев С.П., Голофеевский В.Ю., Мироненко А.Н. Комплексная профилактика заболевания и реабилитация больных и инвалидов. Учебн. пособие / Под редакцией проф. С.П. Евсеева – 2-е изд., стереотип. – М. Советский спорт, 2004 – 320 с.

В 1972 г. в Торонто в соревнованиях приняло участие более тысячи инвалидов из 44 стран. Участвовали только спортсмены-инвалиды на колясках, а с 1976 г. к спортсменам со спинными травмами присоединились спортсмены других групп повреждений - инвалиды по зрению и люди, перенесшие ампутацию конечностей.

С каждыми следующими играми возрастало число участников, расширялась география стран, увеличивалось количество видов спорта.

В 1988 г. на международных играх в Сеуле спортсмены-инвалиды получили право доступа к спортивным сооружениям города-организатора Игр. Именно с этого времени соревнования стали проводиться на тех же аренах, на которых состязаются здоровые олимпийцы, после проведения Олимпийских игр.

Последняя Паралимпиада в Пекине (Китай, 2008) стала самой представительной в истории паралимпийского движения. В ней приняли участие более 4 тысяч спортсменов. На Играх были представлены 148 стран мира. Самой многочисленной являлась команда Китая – 332 паралимпийца.

В 1976 г. к летним Паралимпийским играм присоединились и зимние. Первые зимние Паралимпийские игры прошли в г. Эрншельдсвик (Швеция) в 1976 г. Соревнования для спортсменов с ампутированными конечностями и нарушением зрения были организованы на треке и в поле. Впервые демонстрировались соревнования в гонках на санях.

Начиная с Игр 1992 г. в Альбервиле (Франция), Паралимпийские зимние игры проходят в тех же городах, что и Олимпийские зимние игры.

Вначале Паралимпийское движение развивалось путем создания различных спортивных организаций для людей с конкретными формами инвалидности. По мере развития паралимпийского движения появилась необходимость в координирующей международной организации.

В 1960 г. под эгидой Всемирной Федерации Военнослужащих была создана Международная рабочая группа, которая изучала проблемы спорта для инвалидов. В 1960 г. в Риме был учрежден Комитет по Международным Сток-Мандевильским играм (КМСМИ), который в 1972 г. был переименован в Международную федерацию Сток-Мандевильских игр (МФСМИ), а позже стал Международной федерацией спорта на колясках Сток-Мандевилья (МФСКСМ).

В 1964 г. была учреждена Международная спортивная организация инвалидов (ИСОД), включавшая в себя также спортсменов с ампутированным поражением. В 2004 г. МФСКСМ и ИСОД объединились и стали называться Международной федерацией спорта на колясках и для лиц с ампутированным поражением (ИВАС).

В 1978 г. была создана Международная ассоциация спорта и физической культуры для лиц с церебральным параличом (СП-ИСПА), за ней в 1981 г. последовала Международная федерация спорта слепых (ИБСА), а в 1986 г. – Международная спортивная федерация для лиц с нарушением интеллекта (ИНАС-ФИД). В 1982 г. появился орган, который способствовал расширению Паралимпийских игр, – Международный Координационный Комитет Всемирной Организации спорта инвалидов.

В 1989 г. в качестве признанного руководящего органа Паралимпийского движения был организован Международный Паралимпийский комитет (МПК), который в 1994 г. принял на себя полную ответственность за проведение Паралимпийских игр.

Развитие адаптивной физической культуры в России

Условно **первый период** развития адаптивной физической культуры можно датировать концом XIX в. и по 1932 г. В это время зарождается характеристика первых видов организованных занятий физическими упражнениями с инвалидами, появлением первых в России спортивных организаций и секций для инвалидов (главным образом, по слуху и зрению).

Но предпосылки развития лечебной физической культуры в России произошли еще в конце XVII – начале XVIII века. Отечественные ученые и общественные деятели того времени такие, как М.В. Ломоносов, И.И. Бецкий, А.Л. Протасов, С.Г. Забелин, А.Н. Новиков, А.Н. Радищев и многие другие выступали в поддержку профилактического направления в медицине и рассматривали физические упражнения и спорт, в частности для детей, как один из основных средств влияния на здоровье растущего организма.

Российский врач, профессор физиологии, доктор медицины Фома Иванович Барсук-Моисеев в своей работе «Путь к здоровью, или Наука о том, как сохранить свое здоровье» пропагандировал физические упражнения, доказывая положительный эффект воздействующий на системы организма¹.

В тоже время отец русской терапевтической школы М.Я. Мудров привнес неоценимый вклад в значение лечебной физической культуре. В своих научных исследованиях Матвей Яковлевич рассматривал пользу применения физических упражнений, растираний, использования средств природы, трудовых процессов для восстановления функций больных, так и для здоровых людей².

В 1830 году в Москве был открыт первый кабинет лечебной гимнастики, а в 1834-м – аналогичный кабинет в Санкт-Петербурге, переименованный вскоре в Гимнастический институт. Ортопедический институт в Москве открылся в 1838 году, где кроме лечения больных ежегодно подготавливались 20 преподавателей ЛФК. На практике эти идеи внедрялись выдающимися русскими врачами Н.И. Пироговым, С.П. Боткиным, Г.А. Захарьиним, А.А. Остроумовым, П.И. Дьяконовым и др³.

¹ Барсук-Моисеев // Энциклопедический словарь Брокгауза и Ефрона : в 86 т. (82 т. и 4 доп.). – СПб., 1890–1907.

² Биография М. Я. Мудрова // Избранные произведения; под ред. и вступительной ст. А. Г. Гукасяг. – М.: Изд-во Акад. мед. наук СССР, 1949. – 294 с. – (Деятели отечественной медицины / Акад. мед. наук СССР).

³ Голошапов, Б.Р. История физической культуры и спорта : учеб. пособие для вузов / Б.Р. Голошапов. – М. : Академия, 2002.

В 1870 году Генрих Генрихович Бенезе Первая докторская диссертация на тему «Рациональная гимнастика как средство сохранить здоровье и исцелять некоторые недуги» была защищена Г. Бенезе в 1870 году¹.

В прошлых столетиях отношения России с Турцией складывались не самым лучшим образом, так на протяжении разного времени с периода 1568 и до завершения Первой Мировой войны в 1918 случались различные боевые конфликты. Не удивительно, что именно в это время стали активно разрабатываться методики лечения тех или иных заболеваний и травм для восстановления Русских солдат. Такие поликлиники создавались в Санкт-Петербурге. В этой сфере огромные и неоценимый вклад внес П.Ф. Лесгафт (1837–1909), являвшийся основоположником физического воспитания и создателем оригинальной системы физического образования. В 1896 Петр Францевич открывает институт в Санкт-Петербурге для подготовки педагогических кадров по физическому воспитанию.

В 60–80-е годы XIX столетия передовая мысль русских ученых в области врачебной гимнастики опережала идеи зарубежных специалистов, что подтверждается рядом фактов: выступление профессора Х.Я. Гюббенета на торжественном собрании Киевского университета в 1854 году с докладом «О значении гимнастики в жизни человека и народов»; издание в 1865 году газеты, освещавшей вопросы врачебной гимнастики; создание в 1870 году в Петербурге первого в Европе Врачебно-гимнастического общества и первой в Европе (1877–1878) поликлиники для лечения раненых солдат лечебной гимнастикой и спортивными упражнениями. Последующее развитие в России ЛФК получила после выхода Декрета об организации домов отдыха. Большой вклад в это движение внесли В.В. Гориневский, И.М. Саркизов-Серазини, И.А. Богашев, а также Н.А. Семашко.

¹ Бенезе Г.Г. Рациональная гимнастика, как средство сохранять здоровье и исцелять некоторые хронические недуги // Г.Г. Бенезе. – СПб : 1870. - 109, 2 с.

По инициативе З.П. Соловьева уже с приходом Красной Армии к власти с 1925 года лечебная физическая культура применяется в санаториях, домах отдыха, в рядах Красной Армии. В этот период создаются кафедры ЛФК, выпускаются учебники¹.

Следующий период идет начиная с 1932 и по 1980 гг. Время, когда общество только отправившись от ужасающих последствий Первой Мировой Войны, распаду Российской империи и полному изменению правления Россией столкнулось с новой угрозой в лице опять же Германии. Так, вовлеченный СССР во Вторую Мировую Войну нуждалась по ее окончанию восстановлению граждан, как никогда усиленной и изобретательней. По состоянию на 1 февраля 1946 года в Украине проживало до полумиллиона инвалидов советско-немецкой войны. Из них к первой группе инвалидности принадлежал 7941 человек, второй – 189 560, третьей – 264 954. Практически каждый десятый фронтовик-инвалид (39 880 человек) имел офицерское звание. Среди последних насчитывалось 21 503 инвалида второй группы. Затем следовали представители третьей (16 539 человек) и первой (1038) групп инвалидности. А, к примеру, численность инвалидов Отечественной войны в Западной Сибири 95115 человек на состояние 1 янв. 1946². Но не смотря на очевидную ненужность инвалидов Советской власти, опыт теории и методики лечебной физической культуры, организации занятий лечебной физической культуры все же накапливался особенно для людей с поражением опорно-двигательного аппарата. Так послевоенное время аж до 60-х годов XX века можно считать застоем, как развития адаптивной физкультуры, так и отношением к инвалидам, в целом.

И уже с начала в 60-х годов, отечественные специалисты стали активно развивать и внедрять элементы спорта при восстановлении

¹ Шапкина, Л.В. Частные методики адаптивной физической культуры : учеб. / Л.В. Шапкина. – М. : Советский спорт, 2007. – 604 с.

² Хаяров Д.Г. Количественные показатели роста инвалидности в военное время в СССР (1941-1945 гг.). // Интерэкспо Гео-Сибирь. 2015 г.

инвалидов с дефектами опорно-двигательного аппарата (И.Е. Казакевич, 1951; П.И. Белоусов, 1968; В.К. Добровольский, Л.А. Власова, Н.В. Ступкина, 1971; В.И. Филатов, М. Сильвестрова, 1973 и др.). Так, главную задачу на себя в этом взял Ленинградский научно-исследовательский институт протезирования, где по инициативе директора института профессора В.И. Филатова, под руководством профессора В.К. Добровольского на отделении ЛФК были внедрены обязательные занятия со спортивной направленностью наравне с применением традиционных методов лечебной физической культуры. Эмпирически было доказано, что применение в занятиях элементов различных видов спорта (легкой атлетики, волейбола, баскетбола, настольного тенниса, плавания и др.) в значительной мере улучшает качество восстановления. Постепенно эта идея, казавшаяся вначале нереальной, получила большой отклик и практическое развитие во всем мире. Таким образом, лечебная физическая культура является первым, основополагающим этапом развития физкультурно-оздоровительного и спортивного движения инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата¹.

Проведение Олимпийских игр в Москве дало начало **второму этапу становления** адаптивной физической культуры и спорта в России, и который проследует на протяжении всей оставшейся истории Советского союза. В 1980 году создается первая в Советском Союзе Федерация спорта инвалидов при Горспорткомитете Ленинграда, куда вошли три направления: инвалиды по слуху, зрению, с поражением опорно-двигательного аппарата. В это же время в городе под председательством Филатова В.И. создаются секции по этим видам спорта, ответственным секретарем назначается К.М. Болтушевич. Таким образом заканчивается первый, организационный этап развития физкультурно-оздоровительной и спортивной работы с инвалидами с ПОДА,

¹ Куриенко, Н.Ф. История и организация ФК : учеб. / Н.Ф. Куриенко. М. : Просвещение, 1982.

и на смену которого приходят физическая культура и спорт инвалидов с нарушением органов опоры и движения¹.

Спустя год, в 1981 года по плану Ленинграда, Федерация инвалидов 1 августа были проведены первые Ленинградские спортивные игры инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата на базе больницы № 40 города Сестрорецка. В них приняло участие 79 человек, в основном из числа больных, находящихся на лечении в больнице и институте. Ранее в марте прошли первые зимние ленинградские игры инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата, где принимало участие 49 человек.

17–18 мая 1985 года в Таллине прошел первый межреспубликанский симпозиум «Физкультура и спорт как средство физической, психологической и социальной реабилитации инвалидов с повреждением опорно-двигательного аппарата». На симпозиуме присутствовал министр социального обеспечения Эстонской ССР, с докладами выступили представители Ленинграда, Таллина, Риги, Вильнюса, Сестрорецка, Москвы, Омска, Киева. Впервые была сделана попытка теоретического и научного обоснования физической культуры и спорта инвалидов. Всего приняло участие в работе симпозиума 156 человек, и так же были впервые рассмотрены такие проблемы, как создания соответствующей федерации в СССР, которая бы объединила усилия всех специалистов и заинтересованных лиц. Тем временем на местах создаются физкультурно-оздоровительные и спортивные клубы, центры инвалидов.

В Ленинграде в середине 1982 года группа инициативных людей разрабатывает и подготавливает положение и Устав физкультурно-оздоровительного клуба инвалидов, обсуждает его с эстонскими коллегами, а в 1983 году Устав и Положение передаются на согласование и утверждение в Комитет по физической культуре и спорту при исполкоме Ленсовета,

¹ Брискин, Ю.А. Адаптивный спорт : учеб. пособие для вузов / Ю.А. Брискин, А.В. Евсеев, А.В. Передерий. – М. : Советский спорт, 2010. – 316 с

который утверждает их Постановлением от 24 апреля 1984 года. На основании данного постановления появляется физкультурно-оздоровительный клуб «Ортспорт». Несколькими месяцами раньше в Калининском районе г. Ленинграда регистрируется клуб «Феникс», объединивший группу инвалидов с ПОДА, желающих заниматься автоспортом при районном отделении ВДОАМ.

Определенный толчок к дальнейшему развитию физической культуры и спорта инвалидов дало Постановление ЦК КПСС, Совета Министров СССР и ВЦСПС от 27 марта 1986 года № 400 «О мерах по дальнейшему улучшению условий жизни инвалидов с детства»; постановление Госкомспорта СССР, Минздрава СССР, Минпроса СССР от 9 сентября 1986 года № 10/2а/190/190 «О мерах по улучшению физического воспитания инвалидов с детства»; постановление ВЦСПС от 30 октября 1986 года № 57-5 «О задачах Советов ДСО профсоюзов об улучшении физического воспитания инвалидов с детства». Особенно важным для практической работы было разработанное к постановлению Положение о физкультурно-оздоровительных клубах инвалидов при ДСО профсоюзов. По существу, оно дало право легальной работы клубам инвалидов¹.

Итогом многолетней пропагандистской и агитационной работы энтузиастов Физкультурно-спортивного движения инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата стали I Всероссийские игры инвалидов. Изначально игры планировалось провести в Ленинграде, но по каким-то причинам в последний момент был получен отказ, и они были перенесены в Омск, где и состоялись 23–26 июня 1987 года. Опыт таких мероприятий в Ленинграде стал основой Положения о соревнованиях с практическим применением.

¹ Бенезе Г.Г. Рациональная гимнастика, как средство сохранять здоровье и исцелять некоторые хронические недуги // Г.Г. Бенезе. – СПб : 1870. - 109, 2 с.

В 1985 году отечественные специалисты смогли встретиться с Дорой Милчевой, которая оказала. Неоценимый вклад и содействие нашим коллегам в получении информации о видах инвалидного спорта, их особенностях, спортивно медицинской классификации, правилах соревнований. Понимание актуальных проблем, тесное сотрудничество в дальнейшем помогло более грамотно провести первые официальные соревнования среди инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата в Омске. Их успешное проведение и высокая организация высокого уровня впечатляла, поэтому и II Всероссийские игры было решено провести там же, в Омске 27–30 июня 1988 года. С 1987 года началось признание обществом и государством физкультурно-спортивного движения инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата. 18 августа 1987 года вышло Постановление ВС ДФСО профсоюзов № 18-5 «Об утверждении Положения о Федерации физической культуры и спорта инвалидов при ВС ДФСО профсоюзов». В этот же день прошла Учредительная конференция, и в Советском Союзе появилась первая такая федерация, президентом которой был избран профессор В.А. Епифанов. А 1 июля 1987 года при Всесоюзном добровольном физкультурно-спортивном обществе профсоюзов (ВС ДФСО профсоюзов) был создан сектор по работе с инвалидами.

Несколькими месяцами позже, 16 февраля 1988 года в Ростове-на Дону прошёл пленум Всероссийской федерации физической культуры и спорта инвалидов (председатель – профессор А.В. Лившиц), которая, несмотря на сложнейшие условия нашего времени, различные катаклизмы, сохранилась и развилась, приобрела большую значимость не только внутри страны, но и за рубежом. В настоящее время ее президентом является Л.Н. Селезнев. 1988 год был наполнен различными мероприятиями:

- 27–30 июня состоялись II Всероссийские летние спортивные игры инвалидов в Омске по легкой атлетике, плаванию, настольному

теннису, волейболу сидя, а стрельба из лука проходила в Ярославле 16–19 июня;

- I Всесоюзные игры инвалидов состоялись 16–19 июля в Аланте (Литва);
- 15–18 сентября – Всесоюзный семинар-совещание по вопросам физкультурно-оздоровительной работы с инвалидами в Елгаве;
- 21–26 ноября – семинар по физической культуре и спорту инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата в городе Новокузнецке, организованный Всероссийской федерацией. В июне 1988 года в Таллине проводится Учредительная конференция по созданию Федерации спорта инвалидов при Госкомспорте СССР. Председателем был избран В.И. Дикуль.

Эти годы насыщены постановлениями и решениями, принимаемыми на различных государственных и общественных уровнях. Физкультурно-спортивное движение инвалидов получает общественное и государственное признание. С 1988 года первенство России стали проводить отдельно по видам спорта в различных городах и регионах страны. В период проведения соревнований обязательно проходили семинары по обучению методистов, тренеров, врачей, обмен опытом, «круглые столы», предоставлялась информация обо всем новом, что появлялось в стране и за рубежом¹.

I Всесоюзные игры инвалидов также проводились по отдельным видам спорта: легкой атлетике – в Литве, волейболу – в Казани, плаванию – в Кривом Роге, шахматам – в городе Бор (Горьковская область).

В период 1987–1989 годов федерации физической культуры и спорта инвалидов были организованы в 14 союзных республиках, создано более 30 клубов инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата.

¹ Дмитриев, А.А. Физическая культура в специальном образовании: учебное пособие / А.А. Дмитриев. – Москва: Академия, 2002. – 176 с.

В 1989 году (17–21 апреля) проведен Всероссийский семинар-совещание председателей федераций и клубов инвалидов в Горьком;

- 10–14 сентября – Всероссийский семинар по физической культуре и спорту инвалидов с ПОДА в Ленинграде;
- 15–17 сентября – Всесоюзная спартакиада инвалидов в городе Саки;
- 3–5 октября – I Всесоюзная научная конференция в Одессе;
- 14–15 ноября – в Ярославле пленум правления Всесоюзного научного общества по ЛФК и спортивной медицине «Медицинское обеспечение физкультуры и спорта инвалидов».

Первая рабочая Спартакиада профсоюзов и участие в ней спортсменов инвалидов проведена 10 августа 1989 года; первый выезд советских инвалидов-спортсменов на международные соревнования по плаванию в Софию (Болгария) состоялся в том же году. В Москве 23 июня 1989 года была организована и проведена отчетно-перевыборная конференция Федерации спорта инвалидов СССР при Госкомспорте. На ней было отмечено, что за период 1987–1989 годов была проделана большая организационная, научная и методическая работа. По инициативе Федерации учреждения Госкомспорта СССР, АПН СССР, Минздрава СССР, Минсобеса РСФСР проводили работу по совершенствованию программ по физическому воспитанию детей и подростков с отклонениями в умственном и физическом развитии, методических материалов для занятий в секциях по видам спорта, самостоятельных занятий инвалидов. Характерной особенностью этой конференции явилось решение о создании Конфедерации, которая объединила три категории инвалидов: слепых, глухих, физических инвалидов. Председателем Конфедерации был избран В.И. Дикуль. Отмечалось также значительное увеличение объема международных связей. Достигнута договоренность о сотрудничестве со спортивной организацией социалистических стран «Интерспортинвалид», прорабатывалась

возможность вступления в Международную спортивную организацию (ИСОД), Международную федерацию Сток-Мэндвильских игр (ИСМГФ).

Огромную положительную роль в развитии физкультурно-оздоровительной работы среди инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата сыграло Постановление секретариата ВЦСПС «О создании физкультурно-спортивных клубов инвалидов» (№ 2 22-56 от 20.10.1989 г.). В нем было утверждено типовое Положение, а самое главное – типовое штатное расписание с должностными окладами. Наиболее жизнестойкой и работоспособной из всех организаций оказалась Федерация физической культуры и спорта инвалидов при Российском республиканском совете Всесоюзного добровольного физкультурно-спортивного общества профсоюзов (РРС ВДФСО профсоюзов), куда вошли люди, непосредственно работающие с инвалидами, знающие и понимающие проблему. Члены исполкома Федерации выезжали на места для оказания практической помощи с лекциями, наработанными практическими и теоретическими материалами. Опыт лучших организаций заслушивался на заседаниях Совета РРС ВДФСО профсоюзов, включался отдельным пунктом в отчеты руководителей на местах. И здесь необходимо отметить огромный вклад в создание клубов, секций, центров, федераций в России ответственного секретаря Федерации, заведующего отделом по работе с инвалидами РРС ВДФСО профсоюзов С.А. Титовой. Её организаторские способности, личное обаяние, высокий профессионализм, умение привлечь внимание различных специалистов, руководителей к проблеме физической культуры и спорта инвалидов с нарушением органов опоры и движения позволило проводить на самом высоком организационном и профессиональном уровне большое количество различных мероприятий: первенства и чемпионаты России по семи видам спорта, конференции и семинары дважды в году. К 1990 году в СССР было 56 физкультурно-оздоровительных и спортивных клубов

инвалидов с нарушением функций опорно-двигательного аппарата и 7 республиканских, одна федерация в Ленинграде.

С 19 по 23 ноября 1990 года в Ростове-на-Дону прошла научно-практическая конференция «Проблемы физической культуры в условиях производства»), наметившая пути развития спортивных клубов инвалидов при спортивных клубах на производствах. В этом же году сборная команда СССР, в составе которой инвалиды по зрению и опорно-двигательному аппарату, впервые принимает участие во Всемирных играх инвалидов в Голландии (город Ассен). Спортсмены с нарушением функции органов опоры и движения приняли участие в соревнованиях по плаванию, легкой атлетике, настольному теннису, стрельбе из лука, тяжелой атлетике. Из 42 стран-участниц национальная сборная СССР заняла 9-е место. В 1992 году наши спортсмены участвовали в зимних Паралимпийских играх в Альбервиле, где необычайно успешно выступили слепые лыжницы. 14–17 сентября 1990 года в Саках при поддержке Крымской федерации спорта инвалидов проведено первенство СССР по легкой атлетике.

Распад Советского Союза в 1991 году, ознаменовал собой **период спада деятельности и развития адаптивной физической культуры и спорта в России**. Россия переживала не самое лучшее время во всех сферах жизнедеятельности, в том числе и спорта. С 1992 по 1996 гг. наблюдался значительный кризис. В это время значительно снизилась массовость российского адаптивного спорта в связи с резким снижением величины государственного финансирования. Участие коллективов инвалидов в соревнованиях реализовывалось, главным образом, при помощи «командирующих организаций» или «в долг». В связи с перестройкой наступил длительный, многолетний спад, остро сказавшийся на работе организация на местах. Хотя и проводились чемпионаты и первенства России, но количество участников, при этом резко сократилось. Распадаются советское государство, Федерация спорта инвалидов СССР, Конфедерация.

Остается и работает в очень тяжелых условиях только Федерация физической культуры и спорта инвалидов России. Чтобы как-то сохранить движение, учреждается Всероссийский республиканский Физкультурно-оздоровительный и спортивный клуб инвалидов (председатель В.Т. Аболешев)¹.

Первые инвалиды-спортсмены с поражением опорно-двигательного аппарата в уже Российской сборной отправились участвовать в 1992 году принимают в Паралимпийских играх в Испании (Барселона) в составе сборной СНГ. На них пловцы и легкоатлеты России показали высокие спортивные результаты. На отчетно-выборной конференции Федерации 10 февраля 1993 года в Москве (Химки) был утвержден устав Федерации физической культуры и спорта России (31 марта зарегистрирован, 7 мая утвержден в Совете Министров Российской Федерации), президентом избран Л.Н. Селезнев. Она стала полноправной преемницей Всероссийской федерации физической культуры и спорта инвалидов при РРС ВДФСО профсоюзов.

Несмотря на патовую ситуацию в стране, после распада СССР массовость физкультурно-спортивного движения инвалидов в России начало резко снижаться. Но тем не менее, проводились первенства и чемпионаты России по различным видам спорта, такие как легкая атлетика, плавание, волейбол, баскетбол, настольный теннис, бадминтон, тяжелая атлетика и шахматы. В Москве в 1993 году прошла I Международная научно-практическая конференция «Инвалиды: социальная и физическая реабилитация – физкультурно-оздоровительные технологии»), в Санкт-Петербурге (7–8 декабря 1993 года) – региональная научно-практическая конференция «Инвалиды и современное общество».

¹ Дубровский В.И. Лечебная физическая культура (кинезотерапия): Учеб. для студвысш. учеб. заведений. – 2-е изд., стер. – М.: Гума-нит. изд. Центр ВЛАДОС, 2001. – 608 с.: ил.

На зимних Паралимпийских играх 1994 года в Лиллехаммере сборная команда страны состояла из спортсменов с поражением опорнодвигательного аппарата и слепых. Они завоевали 9 золотых, 12 серебряных, 7 бронзовых медалей. В Санкт-Петербурге 27–30 июля 1994 года в рамках Игр доброй воли была организована и проведена Международная конференция «Современные достижения спортивной науки» с разделом «Спорт инвалидов». Вслед за этим проводятся ежегодные конференции, на которые собираются специалисты по адаптивной физической культуре (АФК) не только России, но и стран ближнего и дальнего зарубежья .

Вопросами организации Физкультурно-оздоровительной и спортивной работы среди инвалидов с 1993 года начинает заниматься Государственный комитет Российской Федерации по физической культуре и туризму (ГКФТ России), включая в календарный план всероссийских массовых физкультурно-спортивных мероприятий специальный раздел по оздоровительно-спортивному движению инвалидов по всем категориям. Так, в 1993 году было запланировано и проведено 50 мероприятий, в 1994-м – 90, в 1995-м – 100. К сожалению, многие соревнования были отменены в связи с отсутствием средств, проводились в основном за счет «командирующих организаций», «в долг», что негативно сказалось на массовом развитии спортивного движения инвалидов на местах. А в период 1993–1995 годов большой популярностью пользовались комплексные спартакиады, фестивали среди детей и взрослых, соревнования семей инвалидов.

В 1995 году Россия становится членом международной организации (ИСОД). Несмотря на явное уменьшение массовости физкультурно-спортивного движения инвалидов в стране, в 1996 году спортсмены-инвалиды России приняли участие в чемпионате Европы и мира по горным лыжам (Австрия), бадминтону (Великобритания), настольному теннису (Дания), пулевой стрельбе (Финляндия), тяжелой атлетике (Франция), баскетболу (Словения), футболу (Голландия), теннису (Австралия). Впервые

специалисты России участвовали в I Международном конгрессе реабилитологов в Тель-Авиве (Израиль).

Особое место занимает этот год в спортивной жизни инвалидов России, так как впервые на летних Паралимпийских играх национальная сборная страны представляет Россию как самостоятельное суверенное государство. В Атланте (США) российскую национальную сборную представляют 106 спортсменов (инвалиды по зрению и с поражением опорно-двигательного аппарата). Инвалиды с ПОДА выступали по 8 видам программы: легкой атлетике, плаванию, футболу, настольному теннису, пулевой стрельбе, тяжелой атлетике, теннису, волейболу¹.

Спортсмены-слепые участвовали в состязаниях по легкой атлетике, плаванию, борьбе. Из 136 стран – участниц Олимпиады сборная России заняла 16-е место, завоевав 25 медалей. Спортсмены России установили 5 мировых рекордов, 18 рекордов Российской Федерации.

Российское руководство только лишь к началу 1996 года начала восстановление адаптивного спорта в России. Это характеризовало новый период в развитии, период возрождения. Этот период характеризуется реорганизацией физкультурно-спортивного движения, оформляется адаптивная физическая культура как наука, практика и направление для подготовки педагогических кадров, создается организационная структура адаптивного спорта и физкультурно-спортивных организаций для людей с ограниченными возможностями, в том числе в 1996 г. создан Паралимпийский комитет России. В этот период российские спортсмены-инвалиды принимают активное участие в международных соревнованиях, в 1999 году утверждается первая в нашей истории концепция государственной

¹ Долматов, А.В. Новый методический подход к преподаванию нетрадиционных оздоровительных практик в физкультурном образовании / А.В. Долматов, И.В. Осадченко // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2018. – № 3. – С. 18-19.

политики РФ в сфере реабилитации и социальной адаптации инвалидов при помощи физической культуры и спорта.

С наступлением 21 века и по настоящее время период развития адаптивного спорта характеризуется развитием адаптивного спорта в нашей стране, увеличением числа занимающихся адаптивным спортом, укреплением материально-технической базы и развитием кадрового потенциала, существенными достижениями российских спортсменов-инвалидов на международных соревнованиях, серьезным развитием теории и методики адаптивной физической культуры, исследованиями по некоторым вопросам организации и управлению адаптивным спортом.

С 1996 года начинается новый, качественно отличающийся от предыдущего период – становление, развитие и утверждение адаптивной физической культуры. Отличительной особенностью его является научное, теоретическое обоснование этого явления на основе богатейшего практического опыта отечественных и зарубежных специалистов.

Адаптивная физическая культура предполагает значительно более широкое привлечение средств и методов данного вида культуры, являющегося базой, основой социализации личности инвалида, его адаптации к трудовой деятельности или переквалификации, саморазвития, самовыражения, самореализации, приспособления к условиям жизни в современном городе, обществе.

Немаловажное значение в развитии спортивного движения инвалидов на местах имеет и их участие в составе сборных городов и республик на спартакиадах трудящихся Российской Федерации, организуемых Международной конфедерацией спортивных организаций «Профспорт».

В 1998 году российские спортсмены-инвалиды приняли участие в семи чемпионатах мира, в общем зачете завоевано 5 первых, 12 вторых и 8 третьих мест, всего 25 медалей. Зимние Паралимпийские игры состоялись в Нагано (Япония) 5–15 марта 1998 года. В них участвовали 64 страны. Объединенная

сборная России завоевала 33 медали (9 золотых, 11 серебряных, 13 бронзовых), заняв 4-е место. 16 апреля 1999 года впервые в Государственном комитете Российской Федерации по физической культуре и туризму прошло совещание специалистов и тренеров по адаптивному спорту, на котором была разработана и утверждена Концепция подготовки сборной команды России к XI Паралимпийским играм. Подведены итоги прошедшей Олимпиады, учтены положительные и отрицательные моменты, составлен план подготовки и определен тренерский состав.

Все эти факты были учтены при разработке плана подготовки и определены в основных методических, организационных задачах и принципах подготовки к XI Паралимпийским играм. Они прошли в октябре 2000 года в Сиднее и принесли много интересного и нового. Следует заметить, что из 125 стран-участниц национальная сборная России заняла 14-е место, завоевав 35 медалей (12 золотых, 11 серебряных, 12 бронзовых). Особенностью этой Олимпиады явилось то, что впервые эти соревнования выиграла спортсмены Австралии, на втором месте – Великобритания, на третьем – Испания. Лидер Паралимпийских игр с 1960 года Соединенные Штаты Америки оказались на 6-м месте.

В настоящее время в России работают 107 спортивно-оздоровительных клубов инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата и две федерации физической культуры и спорта инвалидов (в Санкт-Петербурге и Москве). Они ведут большую работу по организации и пропаганде систематических круглогодичных занятий для инвалидов по различным видам спорта. Однако трудность в работе заключается еще и в том, что в стране до сих пор нет утвержденной федеральной программы социальной реабилитации инвалидов средствами физической культуры и спорта, хотя в отдельных городах и регионах (Москва, Екатеринбург, Саратов и др.) такие программы имеются и успешно работают.

Особо следует остановиться на подготовке специалистов по работе с инвалидами. Первым высшим учебным заведением в стране, где обучаются инвалиды-студенты наряду со здоровыми, был ГДОИФК им. П.Ф. Лесгафта, где в 1995 году состоялся первый выпуск группы ведущих спортсменов-инвалидов страны с нарушением органов опоры и движения, а также слуха. Вслед за этим на кафедре теории и методики физической культуры (заведующий кафедрой – профессор Ю.Ф. Курамшин) была открыта специализация, затем отделение по физической культуре и спорту инвалидов, что дало возможность в дальнейшем открыть кафедру теории и методики адаптивной физической культуры, затем факультет (руководитель – профессор С.П. Евсеев). Огромные усилия и организационные способности Евсеева позволили разработать и утвердить в Министерстве общего и профессионального образования Российской Федерации Государственный образовательный стандарт высшего профессионального образования по специальности 022500 «Физическая культура для лиц с отклонением в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)». С 1999 года на факультете адаптивной физической культуры совместно со здоровыми обучаются и инвалиды с нарушением слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата. В настоящее время не только в Санкт-Петербурге, но и в Москве, Омске, Челябинске, Смоленске, Волгограде и других городах обучаются инвалиды различных нозологических групп, а Московская государственная академия физической культуры готовит второй выпуск таких специалистов¹².

¹ Паршикова, Н.В. Стратегические приоритеты государственной политики в области массового спорта / Н.В. Паршикова, С.И. Изаак, В.Н. Малиц // Ученые записки Университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2017. – № 6 (148). – С. 167-171.

² Борисенко И.В. Адаптивная физическая культура и лечебная физическая культура как феномены современности / И.В. Борисенко // В сборнике: Актуальные проблемы физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры. VII Региональная научно-практическая конференция студентов и молодых ученых. под общ. науч. ред. Р.Р. Магомедова. 2018. С. 241-244.

1.3. Современное состояние адаптивной физической культуры и спорта в Российской Федерации

Структура организации и управления развитием адаптивной физической культуры и спорта в субъектах Российской Федерации и на территории муниципальных образований с комплексом мер, направленных на совершенствование и развитие адаптивной физической культуры и спорта среди лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов, до 2020 года

Основные принципы совершенствования и развития адаптивной физической культуры и спорта среди лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов:

1. Принцип единой системы управления

Управление адаптивной физической культурой и спортом инвалидов в Российской Федерации должно осуществляться в единой системе активного взаимодействия и взаимодействия государственных и общественных организаций, деятельностью которых является развитие массовой адаптивной физической культуры и спорта инвалидов в Российской Федерации, а также социальная адаптация и физическая реабилитация инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья¹.

Все звенья системы управления адаптивной физической культурой и спортом должны быть: взаимосвязаны между собой иерархически и находиться в тесном взаимодействии друг с другом и внешней средой; ориентированы на повышение доступности и массовости адаптивной физической культуры и спорта, улучшение качества физкультурно-спортивной работы, повышение спортивного мастерства и спортивных достижений спортсменов-паралимпийцев, повышение социального

¹ Рысакова, О.Г. Удовлетворенность учебно-тренировочным процессом высококвалифицированных сноубордистов с нарушением слуха / О.Г. Рысакова, А.С. Махов // Адаптивная физическая культура. – 2015. – № 3 (63). – С. 39-41.

благополучия и качества жизни лиц с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья¹.

2. Принцип индивидуализации и мотивации.

Приоритетными компонентами в процессе управления адаптивной физической культурой и спортом инвалидом должны выступать мотивация лиц с инвалидностью и ограничениями в состоянии здоровья на творческую самореализацию и саморазвитие, гармонично сочетающуюся с двигательной активностью².

Вся физкультурно-оздоровительная и спортивная деятельность должна учитывать индивидуальные характеристики человека с ограниченными возможностями, его инвалидизирующие и психосоматические особенности в целях социокультурного единства и интегративного взаимодействия с адаптивной физической культурой и спортивной деятельностью, базирующейся на выполнении физических упражнений³.

Выбор целей, форм и способов организации, включая способы взаимодействия с занимающимися, должен быть индивидуально ориентированным. Методы и средства работы с контингентом занимающихся адаптивной физической культурой и спортом инвалидов необходимо выстраивать с учётом ценностных ориентаций, целевых установок, спортивных интересов, личностных потребностей и амбиций, с обязательным учетом нозологии, степени патологических отклонений, физического и психического развития, функциональных возможностей организма, двигательных качеств и потенциала, координационных возможностей,

¹ Мачалкин С.Е. Экономические аспекты развития адаптивной физической культуры и спорта в регионах Российской Федерации/ С.Е. Мачалкин, А.С. Радченко// Социально-экономические явления и процессы. – 2017. - № 1 (12). – С. 59-64

² Красноперова, Т.В. Научно-методические подходы к формированию программ по адаптивной физической культуре для лиц школьного возраста с ментальными нарушениями с учетом сенситивных периодов развития координационной структуры двигательной деятельности / Т.В. Красноперова, И.Н. Ворошин // Адаптивная физическая культура. – 2017. – № 1 (69). – С. 16-18.

³ Алтухов, С.В. Ивент-менеджмент в спорте. Управление спортивными мероприятиями / С.В. Алтухов. – М. : Советский спорт, 2013. – 208 с.

психофизиологических характеристик и иных личностных особенностей инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья¹.

Необходимо предоставлять возможность спортсменам-инвалидам и занимающимся адаптивной физической культурой принимать активное участие в принятии и реализации управленческих решений в физкультурно-спортивной деятельности.

3. Принцип целевой установки на развитие адаптивной физической культуры и спорта инвалидов.

Развитие адаптивной физической культуры и спорта инвалидов подразумевает достижение намеченных целей планомерно с регулярным анализом эффективности и достижением результатов при консолидации активных действий органов исполнительной и законодательной власти в Российской Федерации на федеральном, региональном и муниципальном уровнях с обязательным участием органов самоуправления, общественных организаций и объединений, заинтересованных граждан, направленных на разработку и реализацию комплексных программ развития адаптивной физической культуры и спорта инвалидов. Важен дифференцированный подход к организации мероприятий направленных на развитие адаптивной физической культуры и спорта инвалидов с учетом особенностей контингента занимающихся и целевой установки на системное развитие массовой адаптивной физической культуры и адаптивного спорта с максимальным количеством привлеченных занимающихся и видов спорта входящих в программы Паралимпийских Игр и Сурдлимпийских Игр.

4. Принцип научно-обоснованных и подходов и адекватности системы управления.

¹ Махов, А.С. Теория и практика управления развитием адаптивного спорта в России : монография / А.С. Махов ; Шуйский филиал ФГБОУ ВПО «Ивановский государственный университет». – Шуя : [б.и.], 2013. – 185 с.

Комплекс мер, направленных на совершенствование механизмов управления и организации системы адаптивной физической культуры и спорта на федеральном, региональном и муниципальном уровнях, должен согласовываться с данными научных современных исследований в области управления, спортивной и коррекционной педагогике, биологии и медицины, социологии¹.

Применение научно обоснованных методов и подходов при принятии адекватных управленческих решений, основанных на достоверной, полной и объективной информации, позволит выявить лимитирующие факторы, препятствующие развитию адаптивной физической культуры и спорта инвалидов².

Основные направления деятельности по развитию массовой адаптивной физической культуры:

1) обеспечить формирование соответствующих мотиваций и целевых установок на двигательную активность, регулярные занятия адаптивной физической культурой, сохранение и укрепление здоровья, выработку необходимых компетенций по здоровому образу жизни;

2) повышать степень информированности и уровня знаний по всем направлениям адаптивной физической культуры и адаптивного спорта, а также по вопросам здорового образа жизни;

3) разработать программы занятий с использованием средств и методов адаптивной физической культуры и спорта, направленные на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности организма человека, вызванных нарушением здоровья;

¹ Максимов Ю. Г. Анализ выборки инноваций в области физической культуры / Ю.Г. Максимов // Вестник Саратовского областного института развития образования. - 2015. - № 3. - С. 52-61.

² Новичихина Е.В. Новые направления в работе по дисциплине "физическая культура и спорт" (элективная) для студентов специальной медицинской группы / Е.В. Новичихина, Н.А. Ульянова // Современные проблемы науки и образования. 2019. № 1. С. 98.

4) определить базовые площадки на региональном и муниципальном уровнях для реализации комплексного подхода к развитию адаптивной физической культуры, обеспечив их дополнительное финансирование;

5) оптимизировать координацию действий государственных, общественных организаций, учреждений, занимающихся вопросами инвалидов, в том числе вопросами адаптивной физической культуры;

6) совершенствовать систему подготовки, переподготовки, повышения квалификации и трудоустройства профессиональных кадров в области адаптивной физической культуры;

7) повысить уровень доступности услуг в сфере адаптивной физической культуры;

8) выстроить эффективную систему проведения спортивно-массовых мероприятий для лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов;

9) создать структурные единицы на региональном и муниципальном уровнях для координации, методического сопровождения и мониторинга развития массовой адаптивной физической культуры;

10) усилить привлекательность материальной базы, соответствующей современным требованиям «безбарьерной среды»;

11) увеличить численность инвалидов, лиц с ограниченными возможностями здоровья, систематически занимающихся адаптивной физической культурой и спортом до 20 % к 2020 году.

Основные направления деятельности по совершенствованию подготовки спортивного резерва по видам спорта, входящих в программу Паралимпийских игр, Сурдлимпийских игр¹

¹ Мартыненко, А.Н. Роль восточных оздоровительных систем в системе непрерывного многоуровневого физкультурного образования населения / А.Н. Мартыненко, О.Р. Кривошеева, В.И. Китаев // Роль местного самоуправления в развитии физической культуры и спорта: Материалы VI I. Всероссийской научно-практической конференции в рамках всероссийского форума. – Омск 2015. – С. 126-129.

1) спортивно-адаптивные школы, имеющие высокие результаты в своей деятельности, соответствующие международным стандартам, материально-технический и кадровый уровень, преобразовать в более результативные учреждения интернатного типа;

2) для одаренных и перспективных молодых спортсменов-инвалидов школьного и студенческого возраста необходимо создать при всех существующих училищах олимпийского резерва отделения или группы паралимпийских и сурдлимпийских видов спорта;

3) в регионах, активно развивающих деятельность со спортсменами-инвалидами, начать строительство и открытие региональных центров паралимпийской подготовки и специализированных физкультурно-оздоровительных комплексов, адаптированных к занятиям адаптивной физической культурой и спортом лиц, имеющих ограниченные возможности здоровья, и инвалидов;

4) устранить дефицит квалифицированных тренерско-преподавательских кадров со специальной подготовкой;

5) обеспечить совершенствование профессиональных компетенций тренеров-преподавателей;

6) повысить уровень использования современных технологий подготовки спортивного резерва;

7) внедрять прогрессивный опыт регионов России по использованию современных технологий спортивной подготовки;

8) усилить информационно-пропагандистскую работу по привлечению детей с ограниченными возможностями здоровья к занятиям адаптивным спортом;

9) внедрять принципы инклюзивного образования в СДЮСШОР при реализации дополнительных предпрофессиональных программ в области физической культуры и спорта;

10) совершенствовать систему межмуниципальных и региональных спортивных соревнований для инвалидов;

11) организовать системную работу по проведению спортивно-функциональной классификации инвалидов;

Основные направления деятельности по развитию адаптивного спорта высших достижений

1) целенаправленно развивать в регионах и увеличивать количество спортивных дисциплин входящих в программы Паралимпийских Игр и Сурдлимпийских Игр для максимально возможного участия российских спортсменов-инвалидов на престижных международных соревнованиях;

2) создать систему государственного контроля и научно-методического мониторинга за качеством и эффективностью тренировочно-спортивной деятельности в сборных паралимпийских и сурдлимпийских командах России и регионов, в центрах спортивной подготовки, спортивных школах всех типов вне зависимости от их ведомственной принадлежности;

3) совершенствовать методику подготовки спортсменов-инвалидов высокого класса,

4) развивать научно-методическое, медико-биологическое и антидопинговое обеспечение деятельности спортсменов-инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

5) создавать все необходимые тренировочные условия для спортсменов-инвалидов с обеспечением современным адаптированным спортивным инвентарем и удобным временем для тренировок;

6) для эффективного обеспечения этапов спортивной подготовки организации, осуществляющие спортивную подготовку, должны развивать систему спортивного отбора, представляющую собой целевой поиск и определение состава перспективных спортсменов для достижения высоких спортивных результатов. Система спортивного отбора должна включать:

а) просмотр и тестирование лиц с целью ориентирования их на занятия спортом,

б) отбор перспективных спортсменов для комплектования групп спортивной подготовки,

в) просмотр и отбор перспективных спортсменов на тренировочных сборах и соревнованиях.

7) повышать требования к результатам реализации программ спортивной подготовки на каждом из этапов спортивной подготовки, согласно Федеральным стандартам спортивной подготовки по видам спорта (спорт лиц с поражением ОДА, спорт слепых, спорт глухих, спорт лиц с ментальными нарушениями);

8) повысить требования к структуре и содержанию программ спортивной подготовки, в том числе к освоению их теоретических и практических разделов применительно к каждому этапу спортивной подготовки;

9) осуществлять меры социальной защиты и поощрения за высокие достижения спортсменов-инвалидов, тренеров и специалистов;

10) предусмотреть поэтапное увеличение бюджетного финансирования на развитие спорта высших достижений.

Основные направления деятельности по развитию кадрового, научно-методического, медико-биологического обеспечения адаптивной физической культуры и спорта

1) проводить целенаправленную работу по привлечению в отрасль адаптивной физической культуры и спорта тренеров, специалистов, включая инвалидов, молодых специалистов и организовывать работу по повышению их квалификации;

2) проводить мониторинг качественного и количественного состава специалистов, работающих в области адаптивной физической культуры и спорта;

3) организовывать и проводить научно-практические семинары, конференции, круглые столы по проблемам адаптивной физической культуры и спорта;

4) обобщать опыт работы специалистов адаптивной физической культуры и спорта регионов России;

5) выпускать методические рекомендации по вопросам адаптивной физической культуры и спорта;

6) внедрять эффективные физкультурно-спортивные технологии, модернизировать систему научно-методического, медико-биологического, психолого-педагогического обеспечения тренировочно-соревновательной деятельности отдельных спортсменов-инвалидов, сборных команд, спортивного резерва по адаптивным видам спорта;

7) внедрять современные научные технологии в организации спортивной подготовки и проведении тренировочного процесса, включая фармакологическое обеспечение, питание, восстановление;

8) создавать и вести информационные базы данных адаптивной физической культуры и спорта;

9) создавать новые рабочие места для тренеров и специалистов в области адаптивной физической культуры и спорта;

10) привлекать к деятельности по развитию адаптивной физической культуры и спорта научный потенциал высших учебных заведений.

Основные направления деятельности по развитию пропаганды адаптивной физической культуры и спорта

1) Расширять информационное пространство пропаганды и агитации адаптивной физической культуры и спорта инвалидов на федеральном, региональном и муниципальном уровнях. В решении этой проблемы значительную роль должны сыграть средства массовой информации и создание информационно-пропагандистской системы, использующей широкий спектр разнообразных средств и целью формирования

престижности активного имиджа и спортивного стиля жизни, ценности сохранения и укрепления здоровья маломобильных групп населения.

2) Создавать и показывать телевизионные программы, сюжеты, репортажи, телевизионные фильмы о силе духа и мужественности людей, сумевших не только постоянно преодолевать свои ограниченные возможности, но и добиваться высоких спортивных результатов на российских и международных соревнованиях. Создание ярких и убедительных примеров и образов должно стать мотивацией для многих людей, имеющих ограниченные возможности здоровья и инвалидность, к занятиям адаптивной физической культурой и спортом¹.

3) Освещать спорт инвалидов телевизионными и радиокомпаниями, печатными изданиями и интернет-порталами, а также иными средствами массовой информации. Данная информационная работа должна вестись на системной основе и занимать достойное место среди всей спортивной информации. Регулярное освещение спорта инвалидов позволит повысить информированность российского общества о паралимпийском и сурлимпейском движении, расширить и усилить понимание обществом ценностей адаптивной физической культуры и спорта как важной составляющей гуманистического и социально-нравственного развития современного цивилизованного общества².

4) Привлекать к работе по пропаганде адаптивной физической культуры и спорта известных спортсменов, ведущих спортивных специалистов, политических и общественных деятелей, использовать потенциал общественных объединений и спортивных организаций;

¹ Махов, А.С. Оценка качества управления спортивными организациями для слепых и слабовидящих / А. С. Махов // В мире научных открытий. – 2011. – № 11.4 (23). – С. 1186-1208.

² Лисовский В.А., Евсеев С.П., Голофеевский В.Ю., Мироненко А.Н. Комплексная профилактика заболевания и реабилитация больных и инвалидов. Учебн. пособие / Под редакцией проф. С.П. Евсеева – 2-е изд., стереотип. – М. Советский спорт, 2004 – 320 с.

Усиление информационно-пропагандистской работы должно эффективно послужить формированию ценностей здорового образа жизни, патриотическому воспитанию подрастающего поколения, повышению качества жизни лиц, имеющих ограниченные возможности здоровья, и инвалидов. Повышение информационного потенциала позволит, в первую очередь, детям, подросткам и молодежи получить наглядный и убедительный пример того, как можно и нужно совершенствовать себя духовно и физически, несмотря ни на что преодолевать трудности, связанные с ограниченными возможностями, заниматься самосовершенствованием и самообразованием, повышать свои двигательные качества и функциональные возможности организма^{1,2,3}.

1.4. Проблема подготовки специалистов по адаптивной физической культуре и спорта в регионах России на примере Дальнего Востока

С каждым годом в Российской Федерации увеличивается число лиц с ограничениями в состоянии здоровья, об этом нам говорит Федеральный реестр инвалидов. По состоянию на январь 2021 года, в Дальневосточном федеральном округе насчитывалось около 486 тысяч человек, имеющих инвалидность. Из них наибольшее число составляет группа лиц старше 60 лет, около 278 тысяч человек, при этом, преимущественно имеющие II и III группы инвалидности – 206 тысяч и 200 тысяч человек, соответственно. Ежегодно увеличивается расход выделяемых средств на развитие адаптивной физической культуры и спорта в ДВФО. В 2019 году было выделено 520

¹ Усачев, Н.А. Вопросы повышения эффективности физического воспитания студентов с ограниченными возможностями здоровья / Н.А. Усачев, Д.И. Сурнин, Л.С. Чемпалова // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2017. – № 11 (153). – С. 259-263.

² Алексеев, С.В. Спортивный менеджмент. Регулирование организации и проведения физкультурных и спортивных мероприятий: Учебник. / С.В. Алексеев. - М.: Советский спорт, 2015. - 687 с.

³ Игнатъева Т.Б. Современное состояние и перспективы развития адаптивной физической культуры и адаптивного спорта в России / Т.Б. Игнатъева, Л.В. Малышева // В сборнике: Физическая культура и спорт: воспитание гражданина России. Материалы научной (национальной) конференции. Ответственный редактор М.А. Правдов. 2018. С. 134-136.

миллионов рублей. Также, по статистическим данным 3-АФК по состоянию на декабрь 2019 года, на территории ДВФО работают более чем 657 специалистов в области адаптивной физической культуры и спорта. Несмотря на меры социальной поддержки специалистов оказываемые, на территории ДВФО имеется нехватка квалифицированных кадров. Также учреждения данного типа в данном регионе имеют низкий уровень материально-технической базы^{1,2}.

Основными причинами данной проблемы является:

1. Слаборазвитая сеть реабилитационных центров на Дальнем Востоке и дефицит специализированных физкультурно-оздоровительных и спортивных сооружений в большинстве регионов.

2. Отсутствие в большинстве регионов округа, подготовки кадров по специальности 49.03.02 "Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (Адаптивная физическая культура)".

3. Дефицит кадрового набора и соответствующей квалификации специалистов.

На сегодняшний день, можно наблюдать острый дефицит кадров связанный с тем, что образовательная программа по направлению 49.03.02 "Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (Адаптивная физическая культура)", осуществляют всего два высших учебных заведения на Дальнем востоке: Северо-Восточный федеральный университет имени М. К. Аммосова (г. Якутск) и Дальневосточная государственная академия физической культуры (г.Хабаровск).

В настоящее время в России накоплен огромный опыт применения средств и методов физической культуры в работе с лицами с отклонениями в

¹ Щенникова, М.Ю. Эволюция структуры и содержания профессионального блока образовательных программ в области физической культуры и спорта / М.Ю. Щенникова, В.Ф. Костюченко // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2015. – № 8 (126). – С. 198-203.

²Хованская, Г.Н. Общие основы медицинской реабилитации в педиатрии : пособие для студентов педиатрического, медико- психологического, медико-диагностического факультетов и врачей / Г.Н. Хованская, Л.А. Пирогова. – Гродно : ГрГМУ, 2010. – 184 с.

состоянии здоровья, включая инвалидов, особенно в лечебном и образовательных направлениях. Проводятся многочисленные научные исследования касающихся актуальных проблем адаптивной физической культуры, курсы повышения квалификации, семинары и вебинары. Однако, огромным недостатком для специалистов осуществляющие профессиональную деятельность на территории ДВФО является то, что все мероприятия проводятся, преимущественно в западной части России (Москва, Санкт-Петербург), что в значительной мере усложняет подготовку специалистов на Дальнем Востоке.

Также имеется проблема в учебных программах обучения специалистов по адаптивной физической культуре. Не смотря на регулярное проведения новых исследований по актуальным вопросам в сфере адаптивной физической культуры, большинство результатов современных исследований не используется при составлении образовательных программ^{1,2}.

В Приморском Крае подготовку специалистов в области АФК ранее осуществлял Дальневосточный федеральный университет г. Владивосток (ДВФУ). Но с 2016 года данное направление для бакалавриата было упразднено, а начиная с 2019 и магистратура.

Стоит взять во внимание, что один из крупных на Дальнем Востоке медицинский центр, оказывающий высокотехнологическую помощь открытый на базе Дальневосточного Федерального Университета в 2013 году регулярно нуждается в новых специалистах. В структуре МЦ ДВФУ находится Центр Восстановительной Медицины в Реабилитации, которые имеет в своем оснащении большие залы ЛФК, залы с инновационными импортным оборудованием, высокотехнологические тренажер «Экзоскелет»,

¹ Крысюк, О.Б. Роль восстановительной медицины в современном здравоохранении / О.Б. Крысюк, В.Е. Дементьев, А.Ю. Рябчиков // Адаптивная физическая культура. – 2010. – № 3 (43). – С. 43-45.

² Сенькова, Е.Б. К постановке проблемы мотивации профессионального самосовершенствования студентов физкультурного вуза / Е.Б. Сенькова ; Сибирский гос. ун-т физ. культуры // Научные труды ; ежегодник за 2005 год. – Омск, 2005. – С. 79-80.

а также большой опыт реабилитации пациентов с тяжелыми спинальными и черепно-мозговыми травмами¹.

Согласно приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 г. № 788н "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых", Рекомендуемые штатные нормативы отделения ранней медицинской реабилитации, специалисту по физической реабилитации (инструктор-методист по лечебной физкультуре) необходимо занимать 1 должность на 6 коек отделения. В среднем в стационаре Медицинского центра ДВФУ находятся до 70-75 человек, которым назначается лечебная физическая культура. Исходя из приказа, необходимо 10-12 инструкторов по лечебной физической культуре только лишь на работу в стационаре. С 01.01.23 обязательным условием в медицинских центрах является наличие «специалиста по физической терапии» и «эрготерапевта». Процесс переподготовки на базе имеющегося образования составляет 1008 часов (около 7 месяцев), при имеющимся кадровом обеспечении затруднит и остановит всю работу реабилитационного центра, так как данное переобучение могут предоставить лишь ВУЗы расположенные в центральной части России (Москва, Санкт-Петербург, Н. Новгород)².

В ходе исследования был выявлен ряд отличий между специальностями «инструктор-методист по адаптивной физической культуре и адаптивному спорту» и «специалист по физической реабилитации», которые представлены в таблице 1.

¹ Панин Е.Н. Причины травматизма и восстановление двигательных функций кисти и пальцев рук спортсменов в контактных единоборствах /Е.Н. Панин, В.В. Коноплев, Т.В. Стеблей // Ученые записки университета им П.Ф. Лесгафта. – 2020. - № 5 (183). – С. 332-336.

² Стародубцев, М.П. Образовательный процесс по дисциплине «Адаптивная физическая подготовка / М.П. Стародубцев // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. - 2018. - №4 (158). - С. 304-307.

Сравнительная характеристика специальностей в сфере адаптивной
физической культуры

Критерии сравнения	Инструктор-методист по адаптивной физической культуре и адаптивному спорту	Специалист по физической реабилитации
Основная цель вида профессиональной деятельности	- организационно-методическое обеспечение реабилитационной деятельности; - спортивная подготовка лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов.	- проведение мероприятий медицинского характера (с применением физических упражнений и т.д.); -ранняя диагностика и коррекция возможных нарушений функций организма.
Группа занятий	- тренеры и инструкторы-методисты по физической культуре и спорту	- специалисты в области здравоохранения, не входящие в другие группы
Вид экономической деятельности	- деятельность в области спорта	- деятельность в области здравоохранения
Требования к образованию и обучению	- среднее профессиональное образование	- высшее образование – бакалавриат по специальности «Специалист по физической реабилитации», - высшее образование – бакалавриат по специальности «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)»
Особые условия допуска к работе	Не указаны	- сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации специалиста по специальности «специалист по физической реабилитации »: степень бакалавра по физической реабилитации
Требования к специалисту	1.Организация групповых и индивидуальных занятий. 2. Организационно-методическое обеспечение реабилитационной деятельности.	Проведение медицинской реабилитации с применением физических упражнений и технологий физиотерапии пациентам с нарушениями функций и структур организма, ограничениями активности, а также с таким состоянием в подразделениях реанимации.

При выявлении основных проблем подготовки специалистов на Дальнем Востоке, нами были выделены следующие пути решения проблемы профессиональной подготовки специалистов по физической реабилитации¹:

1) в первую очередь, мы считаем, что обучение специалистов по профилю подготовки «Физическая реабилитация» необходимо освещать на региональном и всероссийском уровне для привлечения внимания к проблеме;

2) набор абитуриентов по направлению подготовки «Физическая реабилитация» необходимо учитывать с территориальными особенностями и требованиям к количеству специалистов в лечебно-оздоровительных учреждениях на территории ДВФО;

3) восстановление уже имеющихся ранее образовательных программ в ВУЗах Приморского края

¹ Литманович, А.В. Исследование интереса к будущей профессии у студентов Сибирской академии физической культуры / А.В. Литманович, Е.Б. Штучная // Теория и практика физической культуры. – 1998. – № 9. – С. 43-44.

Глава 2 Задачи, методы и организация исследования

2.1 Задачи исследования

Для реализации цели исследования нами предусматриваются решение следующих задач:

1. Рассмотреть особенности управления адаптивной физической и спорта на территории Российской Федерации в различных регионах.
2. Выявить основные аспекты в организации и развитии адаптивной физической культуры и спорта в регионах на территории России.
3. Разработать модель развития адаптивной физической культуры и спорта в регионах на территории России.

2.2. Методы исследования

При написании данной работы были использованы следующие методы исследования:

1. Метод обобщения научной, методической и специальной литературы
2. Метод анкетирования
3. Анализ нормативных документов и статистических отчётов
4. Метод сравнения
5. Метод моделирования
6. Методов статистического анализа данных

Для представления актуального состояния адаптивной физической культуры и спорта в России, нами был использован метод анкетирования. Были разработаны анкеты смешанного типа для абитуриентов, специалистов, а также для занимающихся адаптивной физической культурой и спортом. Анкета для абитуриентов составляла 6 вопросов, анкета для специалистов и занимающихся по 10 вопросов.

Анкета для абитуриентов включала в себя следующие вопросы: знакомы ли анкетлируемые с направлением адаптивной физической культурой; считают ли это направление актуальным; сталкивались ли они с

людьми, имеющие инвалидность; желание оказывать помощь таким людям; заинтересованность в профильных предметах; рассматривают ли это направление для поступления.

Анкета для специалистов включала в себя следующие вопросы: возраст анкетированных, их образование, стаж работы, место работы, количество штатных сотрудников в их учреждении, среднее количество занимающихся, ведение научно-исследовательской деятельности.

Анкета для занимающихся включала в себя следующие вопросы: возраст анкетированных, группу инвалидности, характер инвалидности, способность передвигаться и самостоятельно себя обслуживать, вид физической активности, периодичность занятий, место и время.

Метод анализа проводился по статистическим документам З-АФК в следующих направлениях:

- количество учреждений, осуществляющие работу с инвалидами;
- количество штатных сотрудников;
- количество занимающихся адаптивной физической культурой и спортом; - количество спортивных сооружений;
- финансирование адаптивной физической культуры и спорта;
- количество организаций и секций адаптивного спорта;
- количество занимающихся адаптивными видами спорта.

Метод обобщения научно-методической литературы использовался для обозначения исторических событий, предшествующие современному состоянию адаптивной физической культуры и спорта, методы управления, особенности сферы.

Был проведен анализ нормативных документов и статистических отчетов Министерства спорта Российской Федерации З-АФК.

Также был проведен метод сравнения, отчетов нормативных документов, данных, взятые с разных регионов за последние несколько лет.

Метод моделирования включал в себя, создание модели развития адаптивной физической культуры и спорта в России, с учётом современных требований и тенденций развития АФКиС в мире.

Методов статистического анализа данных использовался для расчета среднего арифметического значения. формула для нахождения средней арифметической величины

$$a_{\text{ср.арифм}} = \frac{a_1 + a_2 + \dots + a_n}{n}$$

А также, для расчета прироста в процентах:

Прирост в процентах составляет $\% = (B-A)/A*100$

A = Исходное значение

B = Конечное значение

2.3. Организация исследования

На первом этапе нашего исследования (сентябрь 2019-февраль 2020 года) была найдена необходимая научно методическая и специальная литература, составлены анкеты смешанного типа для: занимающихся и специалистов в сфере адаптивной физической культуры и спорта на предмет перспектив развития АФКиС. Далее был сформирован список использованной литературы.

На втором этапе (март- июнь 2020 года), были опрошены занимающиеся и социалисты адаптивной физической культуры и спорта. Так же были проанализированные статистические данные 3-АФК из разных регионов России. Данные были обработаны при помощи математико-статических методов. В ходе работы были выявлены сильные и слабые стороны развития адаптивной физической культуры и спорта на территории Российской Федерации.

На третьем этапе (сентябрь 2020 года – май 2021 года) была разработана модель развития адаптивной физической культуры и спорта на территории Дальневосточного федерального округа, были сформированы выводы, результаты проведенного нами исследования были представлены на X научно-практической конференции студентов и аспирантов «Актуальные проблемы гуманитарных и социальных наук» (г. Владивосток, о. Русский, кампус ДВФУ, Корпус F), далее проведена проверка выпускной квалификационной работы на наличие заимствований, в системе антиплагиат «SafeAssing». Также проводилась подготовка к предварительной защите.

Глава 3. Менеджмент в организации адаптивной физической культуры и спорта в России

3.1 Отношение занимающихся и специалистов к проблеме развития адаптивной физической культуры и спорта в России

Для исследования отношения лиц с инвалидностью к состоянию адаптивной физической культуры и спорта в России, нами была разработана анкета, состоящая из 10 вопросов. Всего было опрошено 150 занимающихся, имеющие ограничения в состоянии здоровья в разных регионах России. Анкеты для занимающихся содержали вопросы о возрасте, характере травмы, частоте занятий и выбору места занятий.

Исходя из данных полученных в ходе нашего исследования можно отметить, что среди занимающихся 40% опрошенных оказались лица от 26 до 35 лет, всего 60 респондентов. Возрастная группа 35-45 лет составила 20% - 30 респондентов. Опрошенные, старше 56 лет составили 16,7% - 25 респондентов. От 46 до 55 лет – 13,3% - 20 респондентов. Наименьшая группа составила 15 респондентов в возрасте от 19 до 25 лет и составила 10%. При этом, 100% опрошенных имеют I группу инвалидности .

Из всех опрошенных 80% имеют приобретенную травму, приведшая их к инвалидности, и лишь 20% - врожденную.

Из общего числа опрошенных, 96,7% способны самостоятельное передвижение с помощью кресла-каталки, и лишь 3,3% способны передвигаться, используя ручные приспособления для передвижения (трость, костыли, ходунки) – 5 человек. 73,3% способны самостоятельно себя обслуживать, не испытывая, при этом, значительного дискомфорта; 26,7% частично нуждаются в посторонней помощи.

Опрашивая занимающихся, учитывалось несколько выбранных вариантов ответов, так лечебной физической культурой занимаются большинство опрошенных – 56% (86 человек), различными видами

адаптивного спорта 43.3% (65 человек), утренней гигиенической гимнастикой занимаются 26.7% (40 человек).

Таблица 2

Результаты опроса занимающихся адаптивной физической культурой и спортом

Возраст респондентов	Способность самостоятельно передвигаться и обслуживать	Вид физической деятельности	Вид адаптивного спорта	Тип занятия	Регулярность занятий	Время занятий
26 -35 лет – 40%	самостоятельно передвигаться с помощью кресла-каталки - 96.7%	Лечебная физическая культура - 56%	Бильярд - 16%	Индивидуально без тренера – 40%	Более 4 раз в неделю – 60%	1 час – 23.3%
35 - 45 лет – 20%	способны передвигаться, используя трость, костыли, ходунки - 3.3%	Различные виды адаптивного спорта - 43.3%	Танцы на колясках - 10%	Индивидуально с тренером – 33.3%	3 раза в неделю – 20%	2 Часа – 40%
старше 56 лет - 16,7%	способны самостоятельно себя обслуживать - 73.3%	УГГ - 26.7%	Пинг-понг - 10%	Индивидуально с тренером – 26.7%	2 раза в неделю – 6,7%	более 3-х часов – 36,7%
46 - 55 лет – 13,3%	частично нуждаются в посторонней помощи - 26.7%		Стрельба из лука - 15%		1 раз в неделю- 13.3%	
19 – 25 лет - 10%			Тяжелая атлетика - 8%			
			Легкая атлетика - 15%			
			Баскетбол - 8%			
			Бочча - 10%			
			Плавание - 8%			

По результатам опроса выяснилось, что люди, имеющие инвалидность преимущественно занимаются индивидуально без тренера - 40% (60 человек), индивидуально с тренером - 40% (40 человек), и в составе группы с тренером – 33.3% (50 человек).

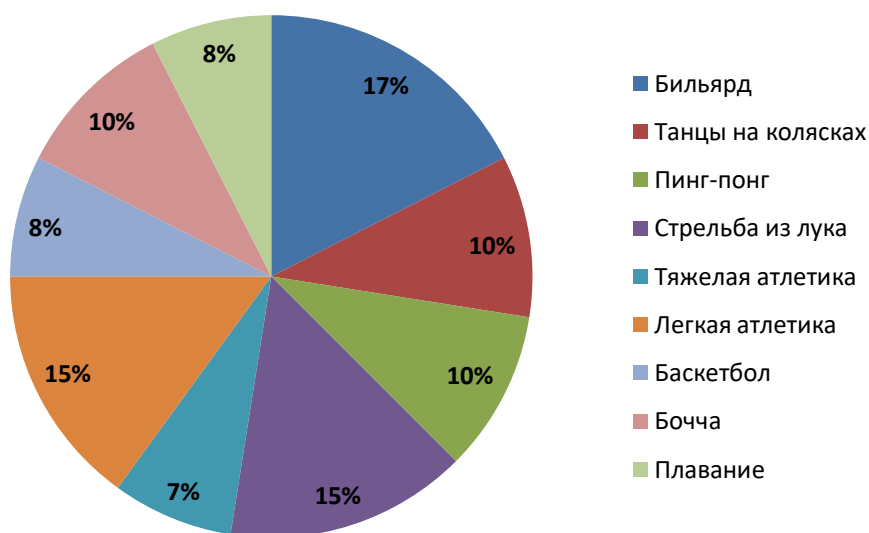


Рис.1. – Виды адаптивного спорта, которыми занимаются лица с инвалидностью

Из общего количества занимающихся, 65 человек занимаются адаптивными видами спорта. Так, нами была составлена диаграмма наиболее востребованных видов спорта. Исходя из данных проведенного нами опроса стало понятно, что наиболее популярный вид спорта среди людей с инвалидностью является бильярд – 17% (11 человек); по 15% опрошенных респондентов занимаются стрельбой из лука и легкой атлетикой – 10 человек к каждой группе; танцы на колясках, пинг-понг и бочча – занимают по 10% в каждой группе (7 человек); группы занимающихся баскетболом и плаванием составляют по 8% (3 человека); наименьшая группа - тяжелая атлетика – 7% и 5 занимающихся. При этом, учитывалось несколько вариантов ответа.

Также, мы попросили ответить респондентов на то, где они занимаются адаптивной физической культурой и спортом, с возможностью выбора нескольких вариантов ответа. Так, наибольшее количество занимаются в домашних условиях – 31% (47 опрошенных); в тренажёрный зал посещают 24% опрошенных – 36 человек; в реабилитационных центрах занимаются 18% опрошенных респондентов (27 человек); 9% опрошенных занимаются на спортивных площадках – 14 человек; одинаковое количество человек – 7% процентов в каждой группе, по 11 человек занимаются в бассейнах и лесопарковых зонах; наименьшее количество респондентов занимаются на стадионах – 4% (6 человек).

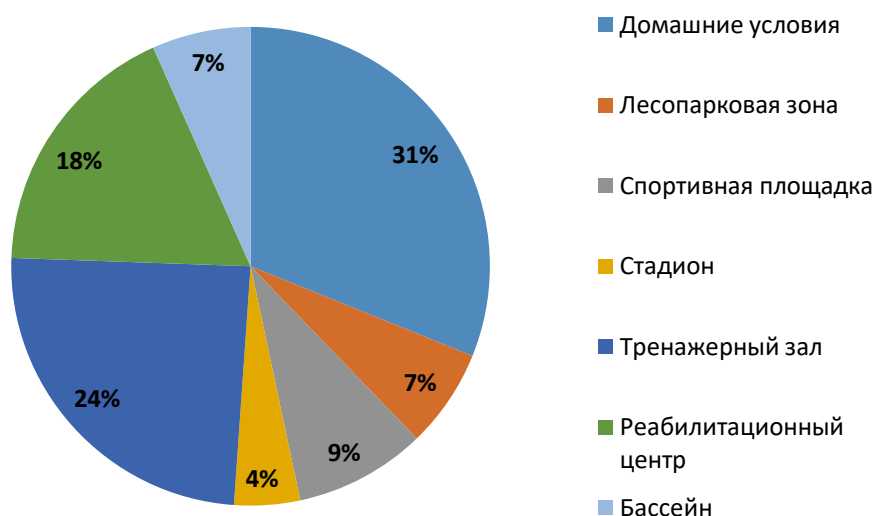


Рис.2. – Диаграмма мест для занятий адаптивной физической культурой и спортом

Один из вопросов был посвящён видимым проблемам в сфере адаптивной физической культуры и спорта, а именно чего не хватает, по мнению респондентов в данной сфере. В данном вопросе предлагалось выбрать несколько вариантов ответа. Большинство (36%) ответило, что недостаточно материально-технического обеспечения – 54 человек; необходимость города в безбарьерной среде отметило 39 человек, что

составляет 26% опрошенных; 38 опрошенных (25% из общего числа) отметили недостаточное, по их мнению, финансирование; наименьшее число респондентов (20 человек) выделяют недостаточное количество штатных специалистов, что является 13% всех ответов.

Для более глубокого изучения проблематики исследования, нами также была разработана анкета для специалистов в сфере адаптивной физической культуры и спорта, которая состояла из 10 вопросов. В анкетировании приняло участие 100 специалистов с различных регионов Российской Федерации, работающие в различных учреждениях направленные на реабилитацию людей с ОВЗ.

Рассматривая аспект образования, выяснилось, что большинство опрошенных относятся к группе 25-35 лет – 40% из общего числа; группа старше 45 лет - 28% от общего числа опрошенных; самая молодая группа до 25 лет - 20% от общего числа; наименьшая группа 35- 45 лет составила 12%.

Уровень образования работников в сфере адаптивной физической культуры и спорта: специалитет – 40% от общего числа опрошенных; магистратура - 28%, бакалавриат- 24%, имеющие ученую степень оставили 8% от общего числа анкетизируемых.

Стаж работы у большинства опрошенных составил более 5 лет – 40%; 3 года – 20%, 1-2 года – 16%; количество специалистов со стажем работы 4 года и менее 1 года составило по 12% в обоих случаях.

52% процента опрошенных отметили свое участие во Всероссийских и международных конференциях 1-2 раза в год; 32% опрошенных не участвовали или не чувствуют в конференциях, в общем; участвующие 3 и более раз в год - 16%.

При этом 56% планируют или задумывались о смене деятельности или профессии в дальнейшем; 44% опрошенных, наоборот, не планируют.

Таблица 3.1

Профессиональная деятельность респондентов

Возраст респондентов	Образование респондентов	Стаж работы респондентов	Участие в конференциях	Заинтересованность в работе
25-35 лет – 40%	специалитет – 40%	Стаж работы более 5 лет – 40%	Участие в конференциях 1-2 раза в год - 52%	Задумываются о смене работы – 56%
старше 45 лет - 28%	магистратура - 28%,	Стаж работы 3 года – 20%	Участие в конференциях 3 и более раза в год - 16%.	Не планируют смену деятельности - 44%
до 25 лет - 20%	бакалавриат - 24%	Стаж работы 1-2 года – 16%	Не учувствуют в конференциях - 32%	
35- 45 лет - 12%.	Ученая степень - 8%	Стаж работы 4 года - 12%		
		Стаж работы менее 1 года - 12%		

Так, работниками реабилитационного центра или оздоровительного бассейна составило 48%; работники коррекционных школ – 24%; специалисты, работающие с людьми с ОВЗ в спортивных секциях – 12%; количество опрошенных, работающих в Высших учебных заведениях и имеющие частные восстановительные учреждения составили 8% каждая группа.

Среднее количество занимающихся в данных учреждениях больше 37 человек было выявлено в 52 случаях, что составило 52% от общего количества опрошенных специалистов; 26-35 человек – в 24 случаях (24%);

16-25 человек – в 20 случаях (20%); в 4 учреждениях среднее количество занимающихся вошло в группу от 1 до 5 человек – 4% от общего количества.

При этом, количество штатных инструкторов ЛФК и врачей ЛФК в учреждениях, где работают опрошенные большинстве случаев составило 6 и более человек – 48% опрошенных; 1-2 сотрудника на учреждение – 40%; 3-5 сотрудника на учреждение – 12%.

По мнению опрошенных с возможностью выбирать несколько вариантов ответа, больше всего в работе их не удовлетворяет заработная плата – 33.3%, также 27.08% опрошенных отмечают недостаток современного оборудования и инвентаря; недостаток научно-методического материала в работе специалистов ответили 20.83% опрошенных; 18.75% опрошенных отмечают недостаточное количество специалистов.

Отвечая на вопрос о заработной плате, 84% опрошенных отметили, что заработанная плата, по их мнению .выплачивается в недостаточном размере; 16% - ответили положительно.

Таблица 3.2

Профессиональная деятельность респондентов среди специалистов

Место работы	Среднее количество занимающихся	количество штатных сотрудников	Что не удовлетворяет в работе	Мнение о заработной плате
Реабилитационные центры и оздоровительные центры – 48%	больше 37 человек - 52%	6 и более – 48%	заработная плата – 33.3%	Не довольны своей заработной платой - 84%
Коррекционные школы – 24%	26-35 человек – 24%	1-2 -40%	недостаток современного оборудования и инвентаря - 27.08%	довольны своей заработной платой - 16%

Спортивной секции для лиц с ОВЗ – 12%	16-25 человек – 20%	3-5 – 12%	недостаток научно-методического материала - 20.83%	
Высшее учебное заведение – 8%	от 1 до 5 человек – 4%		недостаточное количество специалистов - 18.75%	
Владелец частного учреждения (кабинет, зал, бассейн) - 8%				

Также, нами было проведено анкетирование среди подростков для выявления заинтересованности в направлении адаптивная физическая культура. Для выявления заинтересованности подростков в направлении Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (Адаптивная физическая культура), нами была разработана анкета, в которой приняло участие 60 учеников 10-11 классов, собирающиеся сдавать химию и биологи, как профильный предмет¹.

Так, в ходе проведения анкетирования, нами были получены следующие результаты (табл. 4):

- нами было выяснено, что лишь 33,3% опрошенных знают такое направление, как адаптивная физическая культура;
- тем не менее, 40% респондентов (24 человек) считают, что это направление может быть для них актуальным и перспективным;

¹ Комачева, О.А. Мотивация студентов-первокурсников к поступлению на направление «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)» /О.А. Комачева, М.Г. Ситкина, Т.М. Булкова // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. - 2019. - №3 (169). - С. 160-163.

В ходе изучения заинтересованности в специальности адаптивная физическая культура, нами были заданы вопросы касательно социального взаимодействия учеников с лицами, имеющие инвалидность:

Таблица 4

Актуальность направления адаптивная физическая культура

Вопросы	Результаты
1.Слышали ли вы о направлении Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура) ?	Да – 33,3% (20 человек) Нет - 66,7% (40 человек)
2.Считаете ли вы это направление актуальным для Вас?	Да – 40% (24 человек) Нет - 60% (36 человек)
3.Сталкивались ли вы когда-нибудь с лицами, имеющие инвалидность?	Да – 86,7 (52 человек) Нет - 13,3% (8 человек)
4.Хотели бы Вы оказывать помощь людям с инвалидностью?	Да – 86,7 (52 человек) Нет - 13,3% (8 человек)
5.Интересны ли вам, следующие направления?	Физическая культура (Спорт) – 26,8% (16 человек) Медицина - 26,8% (16 человек) Оба варианта – 42,9% (24 человек)
6.Хотели бы вы рассмотреть ли Вы поступление на направление Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)	Да – 61,2% (36 человек) Нет - 37,9% (22 человек)

- так, на вопрос о том, сталкивались ли вы когда-нибудь респонденты с лицами, имеющие инвалидность 86,7% опрошенных ответили положительно; при этом, ровно такое же количество человек, а именно 52 человек утверждают, что хотят оказывать помощь лицам с инвалидностью;

- учитывая, специфику выбранных предметов для сдачи к поступлению в высшее учебное заведение 26,8% опрошенных нашли для себя интересным предмет физическая культура, ровно такое же количество ответов получил вариант от ответа «медицина»– 26,8%; в ходе беседы было выяснено, что 42,9% опрошенных проявляют интерес к обоим направлениям, и в дальнейшем хотели бы совместить спортивную деятельности с областью медицины;

-так, в ходе дальнейшего разговора был выявлен интерес у 61,2% от общего количество опрошенных.

3.2 Актуальное состояние Адаптивной физической культуры и Спорта в России

В соответствии с подпунктом 5.5 Положения о Федеральной службе государственной статистики, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 2 июня 2008 г. № 420, и во исполнение Федерального плана статистических работ, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 6 мая 2008 г. № 671-р, был утвержден документ 3-АФК¹.

Годовую форму федерального статистического наблюдения № 3-АФК «Сведения об адаптивной физической культуре и спорте» заполняют юридические лица, осуществляющие деятельность по адаптивной физической культуре и спорту (предприятия, учреждения, организации, независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности, образовательные учреждения дошкольного, начального, среднего, высшего

¹ Изаак, С.И. Нормативно-правовое обеспечение создания безбарьерной среды для лиц с ограниченными возможностями здоровья в Российской Федерации / С.И. Изаак, С.А. Баксанова, Л.И. Андрухова // Материалы Междунар. научно-практической конференции «Восток-Россия-Запад: современные проблемы и инновационные технологии в развитии физической культуры и спорта», посвященной 350-летию г. Иркутска. – Иркутск : Аспринт, 2011. – Т. 3. – С. 175-190.

профессионального и дополнительного образования, дома, дворцы молодежи и школьников, дома и дворцы культуры, спортивные сооружения, имеющие статус юридического лица, физкультурно-спортивные клубы инвалидов, организации и объединения, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области физической культуры и спорта и другие организации и объединения, проводящие физкультурно-оздоровительную и спортивную работу с инвалидами)¹.

На сегодняшний день статистическая документация 3-АФК ведется не в полном объеме, и сведения о состоянии адаптивной физической культуры и спорта в разных регионах России могут отсутствовать. Поэтому в ходе исследования мы выбрали регионы в случайном порядке, основываясь также на доступность статистических данных. Были проанализированы статистические данные деятельности Свердловской области, Тульская область, Хабаровского края и Приморского края^{2,3,4}.

Исходя из данных, полученные нами путем анализа статистических данных 3-АФК в разных регионах страны можно сделать вывод о росте показателей количества учреждений, предприятий и организаций осуществляющие работу в сфере адаптивной физической культуры и спорта (табл.5).

Наблюдается тенденция на прирост по количеству учреждений, предприятий и организаций на территории Российской Федерации, в целом. Так, с 2015 года, мы может наблюдать 16641 организаций, к 2020 году это

¹ Биктуганов Ю.И. Инклюзивное образование в Свердловской области / Ю.И. Биктуганов // В сборнике: ПОНЯТИЙНЫЙ АППАРАТ ПЕДАГОГИКИ И ОБРАЗОВАНИЯ. Сборник научных трудов. Екатеринбург, 2020. С. 175-185.

² Малыгина О.И. Социально-педагогические факторы, влияющие на развитие адаптивной физической культуры в городе Екатеринбурге / О.И. Малыгина, И.П. Коротких // Физическая культура, спорт и здоровье. 2016. № 28. С. 50-54.

³ Изаак, С.И. Управление развитием адаптивной физической культуры и адаптивного спорта в муниципальном образовании / С.И. Изаак, Р.А. Исаев // Вестник Самарского муниципального института управления. – 2012. – № 2. – С. 39-43.

⁴Вдовина В.В., Зверева В.В. Анализ развития адаптивной физической культуры в Хабаровском крае/ В.В. Вдовина, В.В. Зверева // Физическая культура и спорт в современном обществе. – 2017. – С. 43-47.

количество составило уже 23193. При этом, ежегодный прирост в среднем составляет +6.8%.

В Свердловской области данные взятые за период 2016-2020 года говорят о волнообразном росте показателей за все время. Можно сперва отметить сокращение количества учреждений, предприятий и организаций Свердловской области в 2017 году на 4.2%. Начиная с 2018 этот показатель был положительным, в среднем +7.3% в год. С 2016 года в Свердловской области можно отметить положительный прирост количества учреждений в сфере адаптивной физической культуры и спорта к 2020 году на +17.6%.

На территории Тульской области в 2018 году насчитывалось 275 учреждений, предприятий и организаций работающих в сфере адаптивной физической культуры и спорта. К 2019 году это количество увеличилось на +49,4% и составило 411 учреждений, но к концу 2020 года наблюдалось сокращение количество предприятий и организаций на -4,6% до 392. Тем не менее, общая тенденция показывает стремительный прирост за три года на 42.5%.

На территории Хабаровского края в 2015 году находилось 469 учреждений, предприятий и организаций работающих в сфере адаптивной физической культуры. Но в 2016 году отмечалось резкое снижение количества учреждений до 194 учреждений, что составило отрицательный прирост -58,6%. С 2017 наблюдался медленный подъем в среднем на 1.3% в год в период с 2017 по 2019 года. К концу 2020 года общее количество учреждений, предприятий и организаций Хабаровского края резко возросло с 202 до 454, что составило огромный прирост на +124,7%. Но, тем не менее, если смотреть ретроспективно, то можно наблюдать общее статистическое понижение на 3.2% с момента 2015 по 2020 года.

Наименьшее количество статистических данных имеет министерство спорта Приморского края. Так, анализируя документы 3-АФК за 2018-2019

года, можно отметить также прирост количества учреждений с 104 в 2018 до 111 в 2019, что составляет +6,7%.

Как видно из таблицы 4 к концу 2020 года, можно наблюдать общую тенденцию на увеличения количества учреждений, предприятий и организаций работающие в сфере адаптивной физической культуры и спорта на территории России и отдельно взятых регионов.

Обращая внимание на распределение учреждений, предприятий и организаций в регионах России можно отметить, что наибольшее количество учреждений относятся к сфере образования, в среднем 69 учреждений; в сфере физической культуры и спорта в среднем 16 учреждений; в сфере труда и социальной защиты, в среднем по регионам находятся 9 учреждений;

Таблица 5

Количество учреждений, предприятий и организаций

Регионы	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Россия	16641	17725 (+6,5%)	18771 (+5,9%)	20224 (+7,7%)	21066 (+4,1%)	23193 (+10 %)
Свердловская область		334	320 (-4,2%)	329 (+2,8%)	389 (+18,2%)	393 (+1 %)
Тульская область				275	411 (+49,4%)	392 (-4,6%)
Хабаровский край	469	194 (-58,6%)	198 (+2%)	202 (+2%)	202	454 (+124,7%)
Приморский край				104	111 (+6,7%)	

Всероссийских общественных организаций в среднем находится 5 по регионам; наименьшее количество учреждений приходится на сферу здравоохранений – 0.75 по регионам (рис. 3).

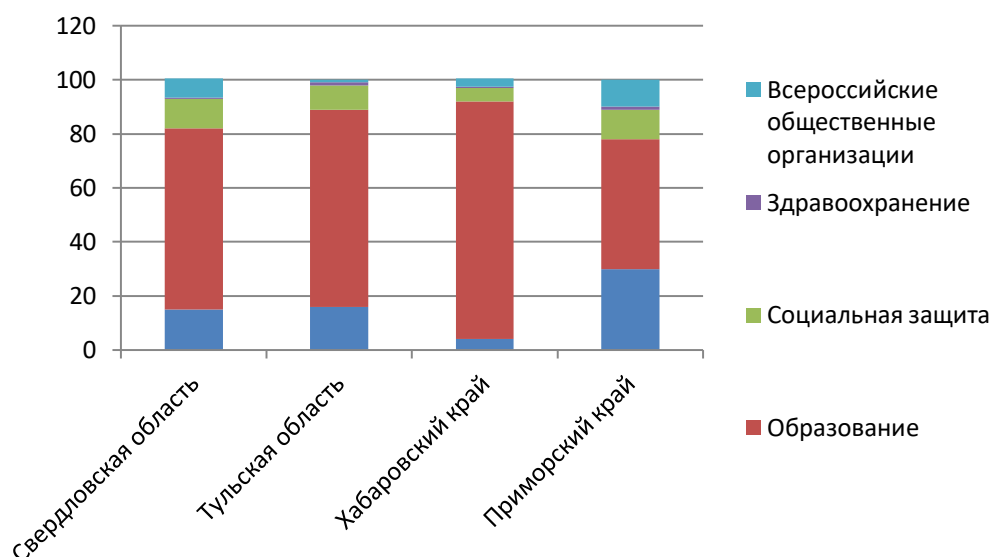


Рис.3. Процентное соотношение сфер учреждений, предприятий и организаций в регионах России

Исходя из статистических данных о численности штатных сотрудников адаптивной физической культурой и спортом по России можно наблюдать ежегодный прирост количества специалистов, в среднем на 7.7% в год. Наибольший прирост можно отметить в период 2015-2016 года с 13501 до 15434 специалистов, что составило положительный прирост +14,3%.

Таблица 6.1

Численность штатных сотрудников адаптивной физической культурой и спортом

Регионы	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Россия	13501	15434 (+14,3%)	15924 (+3,2%)	17429 (+9,4%)	17992 (+3,2%)	19530 (+8,5%)
Свердловская область		535	285 (-46,7%)	268 (-5,9%)	217 (-19%)	205 (-5,5%)
Тульская область				223	185 (-17%)	179 (-3,2%)
Хабаровский край	412	133 (-67,7%)	52 (-60,9%)	222 (+326,9%)	210 (-5,4%)	366 (+74,3%)
Приморский край				54	69 (+27,7%)	

В общем за 5 лет прирост специалистов на территории Российской Федерации увеличился на 44.6% - с 13501 до 19530 штатных сотрудников (Табл. 6.1.).

Также, исходя из полученных нами данных, представленные в таблице 5.1, можно сделать следующие выводы:

- в Свердловской области с 2016 года наблюдается значительное сокращение сотрудников в сфере адаптивной физической культуры и спорта с 535 в 2016 году до 205 в 2020 году. При этом, ежегодное сокращение составляет в среднем 19.2%. В свою очередь общая пятилетняя тенденция количества сотрудников составляет отрицательные -61.7%.

- в Тульской области также можно отметить снижение количества сотрудников в регионе. В 2018 году количество штатных сотрудников в сфере адаптивной физической культуры и спорта насчитывалось около 223 специалистов. В последующие годы (2019, 2020) это количество снижалось до 185 и 179, соответственно. Ежегодное сокращение при этом составило в среднем 10.1%. С 2018 года общее количество сотрудников к 2020 сократилось на -19.7%.

- В Хабаровском крае В 2015 году количество штатных сотрудников в сфере адаптивной физической культуры и спорта насчитывалось 412 человек, к 2016 году это число составило 133, это на 67,7% меньше предыдущего года, к 2017 году, количество специалистов сокращается еще на 60.9% и составляет уже 52 штатных сотрудника. И лишь к 2018 году с увеличением финансирования количество специалистов в сфере адаптивной физической культуры увеличилось на 326,9% и составило 222 человек, но в 2019, опять наблюдалось сокращение на 12 человек, что составило отрицательный прирост на -5,41%. К концу 2020 года на территории Хабаровского края насчитывается 366 специалистов. Не смотря на пятилетний прирост показателей, сравнивая с 2015 годом, количество штатных сотрудников сократилось на 11.2%.

- В Приморском крае. Рассматривая данные о численности штатных сотрудников в сфере адаптивной физической культуры и спорта можно отметить прирост специалистов в 2019 году на 27.7% (69 человек), относительно 2018 года (54 человек).

Обращая внимание на наличие образования у специалистов в сфере адаптивной физической культуры и спорта, важно отметить наличие у них высшего и среднего образования. Так, данные, указанные в рисунке 4 говорят о следующем:

- в Свердловской области из общего количества специалистов 81.95% имеют высшее образование, а среднее - 34.63%;

- в Тульской области из общего количества специалистов 20.11% имеют высшее образование, а среднее - 16.2%;

- в Хабаровском крае из общего количества специалистов 17.76% имеют высшее образование, а среднее 5.46%;

- в Приморском крае из общего количества специалистов 34.78% имеют высшее образование, а среднее - 23.19%;

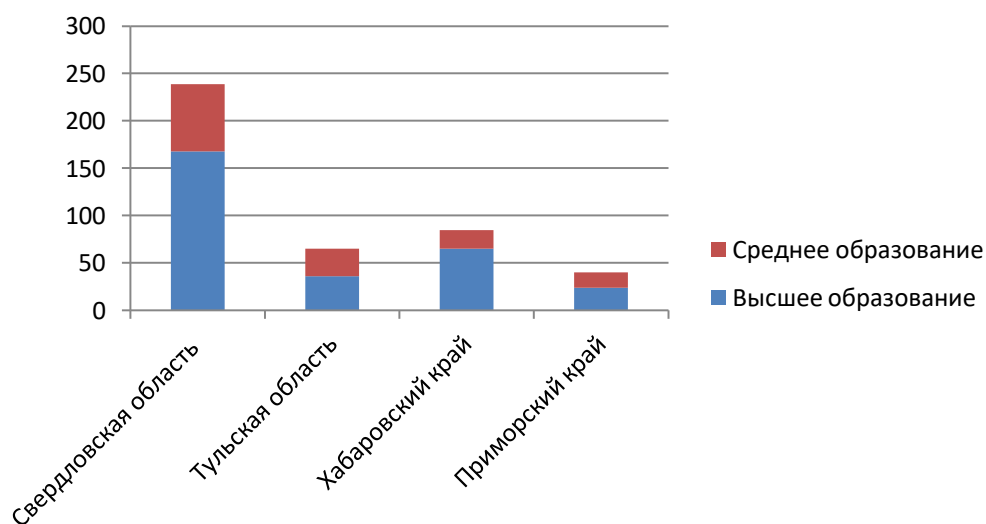


Рис. 4. Соотношение специалистов с высшим и средним образованием

Ежегодно, в стране увеличивается число лиц, имеющие инвалидность. Но, не смотря на это, сравнивая статистические данные за январь 2017 и март 2020 года, можно отметить, что за это время, количество лиц, имеющие

инвалидность сократилось с 11.6 миллионов до 10.8 миллионов человек. Тем не менее, количество занимающихся адаптивной физической культурой и спортом ежегодно увеличивается на территории Российской Федерации. С 2015 года к концу 2020, это количество увеличилось с 845009 до 1499520, а именно на 56.35%. При этом, ежегодный прирост занимающихся составляет в среднем 12,4%. (табл. 6.2.)

Так же, исходя из данных полученные нами в результате исследования, указали на следующие особенности в регионах:

- в Свердловской области можно наблюдать восходящую тенденцию прироста численности занимающихся с 21035 в 2015 году до 29642 к концу 2020 года. При этом положительный прирост составил +40.9%. А ежегодный прирост в среднем 9%;

Таблица 6.2

Численность занимающихся адаптивной физической культурой и спортом

Регионы	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Россия	845009	977647 (+15,7%)	1154418 (+18 %)	1329082 (+15,1%)	1448474 (+8,9%)	1499520 (+3,5%)
Свердловская область		21035	22733 (+8%)	24173 (+6,3%)	27869 (+15,3%)	29642 (+6.4%)
Тульская область				12495	18054 (+44,5%)	14387 (-20,3%)
Хабаровский край	10071	3008 (-70,1%)	3583 (+19,1%)	3754 (+4,7%)	3799 (+1,1%)	10106 (+166%)
Приморский край				5024	5665 (+12,7%)	

- в Тульской области отмечается волнообразные показатели прироста. Так, в 2018 насчитывалось около 12495 занимающихся, а к 2019 это количество составило уже 18054 занимающихся, с положительный приростом на 44,5%, но к концу 2020 года, показатель упал на -20,3%, и

составил уже 14387 занимающихся. Тем не менее, можно обозначить восходящий прирост с 2018 года к концу 2020 на 15.1%.

- в Хабаровском крае можно наблюдать очень неоднозначную картину. На момент 20155 года. На территории Хабаровского края насчитывалось около 10071 занимающихся, но к 2016 году их численность резко сокращается на 70,1%, что означает, что занимающихся всего 3008 человек. С этого момента, ежегодно, количество лиц с инвалидностью, занимающиеся увеличивается в среднем на 8.3% до конца 2019 года. И уже в течении 2020 года, наблюдается резкий прирост на +166% с количеством 10106 занимающихся. В сравнении с остальными субъектами, общий прирост составляет наименьшее количество на 0.34% с момента 2015 года к концу 2020.

- в Приморском крае за неимением обширных данных можно говорить лишь о периоде 2018-2019 годов. Так, за этот период количество занимающихся на территории Приморского края увеличился с 5024 до 5665, что составляет прирост на 12,7%.

Анализ данных по графе «Спортивные сооружения, приспособленные к занятиям инвалидов» по России показывает равномерный прирост. Так, в начале 2015 года насчитывалось около 52621 спортивных сооружений на территории Российской Федерации, к концу 2020 года, ежегодный прирост составлял в среднем на 13.9%, и к концу 2020 года, количество спортивных сооружений для лиц с инвалидностью составило 100410. Начиная с 2015 года в стране увеличилось количество спортивных сооружений на 90.8% (табл. 7).

Исходя из данных о количества спортивных сооружениях, приспособленные к занятиям инвалидов , нами были обозначены следующие особенности в регионах:

Таблица 7

Спортивные сооружения, приспособленные к занятиям инвалидов

Регионы	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Россия	52621	60708 (+15,3%)	71653 (+18%)	72729 (+1,5%)	88763 (+22%)	100410 (+13,1%)
Свердловская область		1019	930 (-8,7%)	920 (-1%)	997 (+8,3%)	1002 (+0.5%)
Тульская область				1071	1038 (-3%)	1154 (+11.2%)
Хабаровский край	555	250 (-54,9%)	300 (+20%)	298 (-0,6%)	269 (-9,7%)	638 (+137,1%)
Приморский край				1023	443 (-56,6%)	

- в Свердловской области можно наблюдать волнообразное изменение в показателях прироста. Так, с 2016 года к 2017 сократилось количество спортивных сооружений, приспособленные к занятиям инвалидов на 8,7% до 930 спортивных сооружений. Через года наблюдался еще один спад на 1 % в 2018 году. И уже с 2019 года отмечался медленный подъем показателей, сперва на 8.3%, а потом на 0.5% в конце 2020 года. В целом, рассматривая тенденцию 2016-2020 года, отмечается снижение количества спортивных сооружений на - 1.6%;

- в Тульской области также можно наблюдать незначительный прирост показателей, в сравнении с 2018 года, количество спортивных сооружений сократилось в 2019 на 3% , но уже к концу 2020 года увеличивалось на 11.2%. В среднем трехлетний прирост составил +7.7%;

- в Хабаровском крае наблюдается наилучший результат среди сравниваемых нами регионов. С момента снижения количества спортивных сооружений в 2015-2016 годах с 555 до 250, что составляет снижение на - 54,9%, ежегодный прирост, в среднем составил 36,7%, что является наибольшим процентным соотношением, среди всех сравниваемых субъектов;

- в Приморском крае, так же, как и я в свердловской области можно отметить отрицательную тенденцию развития, анализируя данные о количестве спортивных сооружений, приспособленные к занятиям инвалидов, а именно с 2018 года с 1023 сооружений, к концу 2020 насчитывалось лишь 443, что на -56,6% меньше прошлого года.

В процессе развития адаптивной физической культуры и спорта немаловажную роль имеет государственное финансирование из федерального бюджета^{1,2,3}.

В Российской Федерации из федерального бюджета в 2015 году было освоено 14.9 млрд. рублей. С каждым годом можно наблюдать волнообразное движение. Средства на развитие адаптивной физической культуры и спорта выделялись не одинаково, в среднем за период 2015- 2020 года, ежегодный прирост выделенных средств составляет 53.2%. А с 2015 года к концу 2020 года финансирование адаптивной физической культуры и спорта увеличилось на 81.9 % (табл. 8.)

Таблица 8
Финансирование адаптивной физической культуры и спорта, рублей

Регионы	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Россия	14.9 млрд.	8 млрд. (-46,3%)	11.1 млрд. (+38,7%)	40.2 млрд. (+262,1%)	15.7 млрд. (-60,9%)	27.1 млрд. (+72,6%)
Свердловская область		168.8 млн.	95.7 млн. (-43,3%)	82.3 млн. (-14%)	322.6 млн. (+291,9%)	364 млн. (+12,8%)
Тульская область				1.8 млрд.	53 млн. (-97%)	51 млн. (-3,7%)
Хабаровский край	66.1 млн.	9.4 млн. (85,7%)	11.5 млн. (+22,3%)	54.5 млн. (+373,9%)	60.7 млн. (11,4%)	117.3 млн. (+93,2%)
Приморский край				144.5 млн.	173 млн. (+19,7%)	

¹ Перькова Е.Ю. О финансировании адаптивного спорта в России / Е.Ю. Перькова //Региональный вестник. – 2020. – № 3 (42). – С. 83-85.

² Перькова Е.Ю. Структура формирования финансирования адаптивного спорта /Е.Ю. Перькова //Региональный вестник. – 2020. - № 3 (42). – С. 96-98.

³ Перькова Е.Ю. Финансирование адаптивного спорта в России/ Е.Ю. Перькова // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2020. - № 1 (30). – С. 272-274.

- в Свердловской области в 2016 году на развитие адаптивной физической культуры и спорта было доделено 168.8 млн. рублей, в последующие года, вплоть до 2019, количество средств, выделяемые государством резко сократились, в среднем на 28.6%. Лишь в 2019 году на содержание и развитие адаптивной физической культуры и спорта в Свердловской области было выделено около 322.6 млн. рублей, что на +291,9% больше предыдущего 2018 года. И уже к концу 2020 года средства составили 364 млн. плюс еще 12.8% прироста. Так, за пять лет, количество средств, выделяемые государством на развитие адаптивной физической культуры и спорта в Свердловской области с 2016 году увеличилось на 115.6% к концу 2020 года;

- в Тульской области в 2018 году было выделено рекордные 1.8 млрд. рублей. Большая часть этих средств была направлена на заработную плату работникам в сфере адаптивной физической культуры и спорта. Дальнейшее снижение количества выделяемых средств предсказуемо закономерно. Так, в 2019 году было выделено всего 53 млн. рублей, а в 2020 51 млн. рублей. Тем не менее, это наименьшее количество выделяемых средств по сравниваемым нами регионам.

- в Хабаровском крае в 2015 году ,количество выделенных средств на развитие адаптивной физической культуры составляло 66.1 млн. рублей. К 2016 году, средства резко сократились до 9.4 млн. рублей, что на 85,7% меньше прошлого 2015 года. Частично это может быть связано с последствиями валютного кризиса в России 2014—2015 года. Далее, ежегодно, вплоть до конца 2020 года, количество выделяемых средств в среднем увеличивалось на 117.3%. С 2015 года количество выделяемых средств к 2020 году увеличилось на 77.4%.

- в Приморском крае количество выделяемых средств из государственного бюджета на развитие адаптивной физической культуры и

спорта в 2018 году составляло 144.5 млн рублей. На следующий год количество средств увеличили до 173 млн. рублей, что составило прирост на +19,7%.

Не мало важно отметить такой фактор и показатель развития адаптивной физической культуры и спорта, как численность занимающихся различными видами адаптивного спорта. Проведя статистический анализ данных, представлены в таблице 8., можно отметить долгосрочный прирост на территории Российской Федерации лиц, занимающиеся адаптивными видами спорта. Так с 2015 года, количество занимающихся увеличилось с 142262 человек, до 176688, что составляет прирост на 24.2%. При этом еще годный прирост занимающихся составляет в среднем 8.24% (табл.9).

В Свердловской области в период 2016-201 годов наблюдалось сокращение числа занимающихся адаптивными видами спорта.

Таблица 9

Численность занимающихся адаптивными видами спорта

Регионы	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Россия	142262	160641 (+12,9%)	170320 (+6%)	181222 (+6,4%)	193990 (+7%)	176688 (-8,9%)
Свердловская область		7263	6390 (-12%)	5204 (-18,5%)	5824 (+11,9%)	6124 (+5.1%)
Тульская область				1350	1189 (-11,92%)	1331 (+11,94%)
Хабаровский край	452	411 (-9%)	735 (+78,8%)	368 (-49,9%)	354 (-3,8%)	496 (+40,1%)
Приморский край				2454	2132 (-13,1%)	

Так, в 2016 году насчитывалось около 7263 спортсменов. К 2017 году, это количество сократилось на 12%, а в 2018 еще на 18,5% и составило уже 5204 спортсменов. Но в 2019 году, уже можно наблюдать небольшое увеличение числа занимающихся на 11,9%, и еще на +5.1% в 2020. Но, в

целом, на период 2016-2020 года численность занимающихся адаптивными видами спорта сократилось на 15.7%.

В Тульской области так же, за период 2018-2020 годов можно отметить сокращение числа лиц, имеющие инвалидность, которые занимаются адаптивными видами спорта на 1.4%.

В Хабаровском крае можно отметить волнообразные изменения за период 2015-2020 годов. Так, в 2015 году насчитывалось около 452 спортсменов. К 2016 это количество сокращается на 9% и составляет уже 411 человек. К концу 2017 года, отмечается резкое увеличение числа занимающихся на 78,8%, что равняется 735 занимающимся, но в 2018, согласно статистическим данным мы можем увидеть резкий спад на 49,9% с общей численностью 368 занимающихся. И еще сокращение на 3,8% в 2018 году. И уже к концу 2020 года, отмечается прирост численности занимающихся адаптивными видами спорта на 40,1% и составляет 496 человек. В целом с 2015 года, количество спортсменов увеличилось к 2020 году на 9.7%.

В Приморском крае в 2019 году наблюдалось сокращение численности занимающихся адаптивными видами спорта. Так, по сравнению с данными 2018 года, на территории Приморского края в 2019 году занималось около 2132 человек, что на 13,1% меньше.

3.3. Программа развития адаптивной физической культуры и спорта в России

Адаптивная физическая культура и спорт имеет особую важность в реализации возможностей лиц с ограниченными способностями. Согласно проведенным нами исследования для определения актуального состояния и перспектив развития адаптивной физической культуры и спорта в различных регионах на территории Российской Федерации.

В целом, на территории России можно наблюдать положительную тенденцию к росту статистических показателей. Стоит отметить, что статистические данные 3-АФК, расположенные на сайте министерств спорта регионов страны предоставлены не в полном объеме, и не позволяют объективно взглянуть на всю картину в целом.

Из тех данных, что нами было проанализировано, было выяснено, что наиболее слаборазвитой областью адаптивной физической культуры и спорта является подготовка специалистов в регионах.

При разработке данной программы развития, мы опирались на Методические рекомендации по развитию адаптивной физической культуры и спорта в субъектах Российской Федерации и на территории муниципальных образований с учетом лучших положительных практик субъектов Российской Федерации и международного опыта за 2013 год, которые в свою очередь были основаны в соответствии с техническим заданием к Государственному контракту от 27 августа 2013 года № 299 «Научная концепция развития адаптивной физической культуры и спорта в субъектах Российской Федерации и на территории муниципальных образований с учетом лучших положительных практик субъектов Российской Федерации и международного опыта».

При разработке программы были учтены следующие тенденции:

- заинтересованность абитуриентов к сфере адаптивной физической культуры и спорта
- отсутствие учебных заведений и образовательных программ в некоторых регионах России для подготовки молодых специалистов;
- стремительное увеличение количества занимающихся адаптивными видами спорта и из заинтересованность в занятиях адаптивной физической культурой.

- оценочное мнение специалистов в сфере адаптивной физической культуры и спорта из различных регионов Российской Федерации о состоянии и перспективах развития вида АФКиС;

- неравномерность развития и финансирования адаптивной физической культуры и спорта в регионах России;

Необходимостью в разработке и внедрения программы развития является: дефицит в подготовки новых специалистов, согласно новым стандартам, отсутствие достаточного освещение проблем развития с сфере адаптивной физической культуры и спорта в регионах.

Концепция разработанной нами программы включает в себя разработку и организацию комплекса мер направленных на развития адаптивной физической культуры и спорта. Цели нашей программы:

1. Улучшение качества и эффективности подготовки молодых специалистов в сфере адаптивной физической культуры и спорта в различных регионах Российской Федерации, учитывая особенности, современные тенденции и технологии специальности;

2. Улучшение работы спортивных объектов и учреждений за счет увеличение специалистов в области адаптивной физической культуры и спорта;

3. Популяризация занятий адаптивной физической культурой и спортом для лиц, имеющие инвалидность в условиях доступной среды;

4. Ведение статистической документации для дальнейшей научно-исследовательской работы.

В связи с целями в программе развития адаптивной физической культуры и спорта, нами были поставлены следующие задачи:

1. Развитие направления «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)», учитывая современные стандарты образования.

2. Подготовить абитуриентов к осознанному выбору будущей профессии и профиля подготовки, обеспечивающего овладение будущей профессией.

3. Формирование необходимых знаний умений и навыков у будущих специалистов для осуществления профессиональной деятельности в области адаптивной физической культуры и спорта. Обеспечение наиболее полной реализации навыков молодого специалиста, предоставление ему материально-технически оснащенного рабочего места.

4. Обеспечение доступной среды для занятий адаптивной физической культурой и спортом для лиц имеющие ограничения в состоянии здоровья.

Основные мероприятия, предложенные для решения поставленных задач:

1. Регулирование ведения статистических данных З-АФК в регионах для проведения полноценных научно-исследовательских работ и анализа актуального состояния развития.
2. Формирования заинтересованности у абитуриентов в новой для них специальности, выявление актуальности выбранной специальности и ее перспективы.
3. Разработка учебных программ и программ подготовки, с учетом современных тенденций и нормативно-правовых актов министерства здравоохранения и министерства образования.
4. Создание баз практик и мест работы, отвечающие современному материально-техническому оснащению.
5. Создание и организация образовательных программ, учреждений повышения квалификации, профессиональной переподготовки и прохождения курсов в регионах .
6. Социально-общественная работа с населением, освещение проблем социализации лиц, имеющие инвалидность.

7. Создание в регионах общедоступных мест для занятий адаптивной физической культурой и спортом, учитывая особенности без барьерной среды.

Ожидаемые результаты внедрения программы развития адаптивной физической культуры:

1. Повышение эффективности и достоверности введение статистических данных 3-АФК в регионах.

2. Повышение заинтересованности в новой специальности, как у лиц, выбирающие новую специальность, так и мотивации и стремление развиваться у штатных сотрудников.

3. Оптимизация учебных программ для подготовки высококвалифицированных специалистов на территории Российской Федерации

4. Увеличение количества мест для занятий адаптивной физической культурой для лиц имеющие ограничение в состоянии здоровья, с учётом их нозологической группы.

5. Регулирование управлением адаптивной физической культуры и спорта в регионах на территории Российской Федерации.

Выводы

1. После проведённого нами анализа научной, методической и специальной литературы, были выявлены ключевые особенности управления адаптивной физической культурой и спорта на территории Российской Федерации, такие как: - количество учреждений, осуществляющие работу с инвалидами; - количество штатных сотрудников; - количество занимающихся адаптивной физической культурой и спортом; - количество спортивных сооружений; - финансирование адаптивной физической культуры и спорта; - количество организаций и секций адаптивного спорта; - количество занимающихся адаптивными видами спорта

2. В ходе нашей работы были выделены наиболее яркие проблемы и сферы развития адаптивной физической культуры и спорта в регионах, такими сферами являются: - не систематичное ведение статистических документаций в министерствах физической культуры и спорта в регионах; - снижение количества штатных сотрудников адаптивной физической культуры и спорта в регионах; - слабо развитая сеть учреждений, предоставляющие физкультурно-оздоровительные и реабилитационные услуги лицам имеющие инвалидность; - недостаточно доступного пространства для занятий адаптивной физической культуры и спорта для лиц, имеющие инвалидность.

3. На основе проведенного исследования, нами была разработана модель развития адаптивной физической культуры и спорта в регионах, в которой были учтены: особенности направления адаптивной физической культуры и спорта; территориальные и исторические аспекты развития адаптивной физической культуры и спорта в регионах; экспертное мнение штатных сотрудников в сфере АФКиС; нормативно-правовые и материально-технические особенности развития адаптивной физической культуры и спорта в сфере образования.

Список литературы

1. Агафонов, И.В. Двигательная активность человека как биологическая потребность в процессе его развития // Физическая культура и спорт – основа здорового образа жизни : материалы III Междунар. науч.-практ. конф. / Тамбовский гос. ун-т им. Г.Р. Державина. – Тамбов, 2011. – С. 175-179.
2. Алексеев, С.В. Спортивный менеджмент. Регулирование организации и проведения физкультурных и спортивных мероприятий: Учебник. / С.В. Алексеев. - М.: Советский спорт, 2015. - 687 с.
3. Аллянов Ю.Н. Развитие адаптивной физической культуры и спорта / Ю.Н. Аллянов, З.Х. Низаметдинова, Й. Полишкене // В сборнике: Перспективы развития научных исследований в 21 веке. сборник материалов 7-й международной научно-практической конференции . НИЦ «Апробация». 2015. С. 195-197.
4. Алтухов, С.В. Ивент-менеджмент в спорте. Управление спортивными мероприятиями / С.В. Алтухов. – М. : Советский спорт, 2013. – 208 с.
5. Антонов, А.А. Ринк-бенди как перспективное направление развития спорта лиц с нарушением слуха / А.А. Антонов // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. – 2014. – № 1. – С. 44-54.
6. Антонов, А.А. Факторная структура требований лиц с нарушением слуха к организации занятий по ринк-бенди (мини-хоккею с мячом) / А.А. Антонов, А.С. Махов // Теория и практика физической культуры. – 2014. – № 5. – С. 28-30.
7. Артамонова, Л. Л. Лечебная и адаптивно-оздоровительная физическая культура / Л.Л. Артамонова, О.П. Панфилов, В.В. Борисова. - М.: Владос-Пресс, 2010. – 701с.

8. Баряев, А.А. Особенности научно-методического сопровождения процесса подготовки спортсменов-паралимпийцев / А.А. Баряев, С.Н. Мишарина, А.А. Злыднев // Теория и практика физической культуры. – 2008. – № 3. – С. 13–18.

9. Бенезе Г.Г. Рациональная гимнастика, как средство сохранять здоровье и исцелять некоторые хронические недуги // Г.Г. Бенезе. – СПб : 1870. - 109, 2 с.

10. Биктуганов Ю.И. Инклюзивное образование в Свердловской области / Ю.И. Биктуганов // В сборнике: ПОНЯТИЙНЫЙ АППАРАТ ПЕДАГОГИКИ И ОБРАЗОВАНИЯ. Сборник научных трудов. Екатеринбург, 2020. С. 175-185.

11. Бобровский Е.А. К вопросам финансирования развития адаптивного спорта в России/ Е.А. Бобровский // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2020. - № 1 (30). – С. 78-81.

12. Бобровский Е.А. О поддержке адаптивного спорта в России и за рубежом/ Е.А. Бобровский // Региональный вестник. – 2020. - № 1 (40). – С. 53-55.

13. Бобровский, Е.А. Адаптивный спорт и физическая культура как метод реабилитации инвалидов / Е.А. Бобровский // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. – № 4 (часть2). – С. 456-459.

14. Бойко, Н.А. Физическая подготовленность следж-хоккеистов в учебно-тренировочном процессе / Н.А. Бойко, Н.А. Облепов // Актуальные научные проблемы. Рассмотрение, решение, практика : сборник научных докладов.. – Warszawa : Sp. z o.o. «Diamond trading tour», 2014. – С. 165-167.

15. Борисенко И.В. Адаптивная физическая культура и лечебная физическая культура как феномены современности / И.В. Борисенко // В сборнике: Актуальные проблемы физического воспитания, спортивной тренировки, оздоровительной и адаптивной физической культуры. VII

Региональная научно-практическая конференция студентов и молодых ученых. под общ. науч. ред. Р.Р. Магомедова. 2018. С. 241-244.

16. Брискин, Ю.А. Адаптивный спорт : учеб. пособие для вузов / Ю.А. Брискин, А.В. Евсеев, А.В. Передерий. – М. : Советский спорт, 2010. – 316 с.

17. Брызгалова С.О. Реабилитация и абилитация инвалидов в процессе физкультурно-оздоровительной деятельности в муниципальном образовании / С.О. Брызгалова, Н.И. Сазонов, С.Л. Сазонова, Ю.В. Энгин // Педагогическое образование в России. 2018. № 9. С. 108-112.

18. Бутусова Т. Ю. Коррекционная направленность воспитания самостоятельности у детей старшего дошкольного возраста с нарушением интеллекта в процессе игр с правилами / Т. Ю. Бутусова // Дефектология. – 2015. – № 3 . – С. 8–17.

19. Вдовина В.В. Анализ развития адаптивной физической культуры в Хабаровском крае/ В.В. Вдовина, Л.И. Зверева // Физическая культура и спорт в современном обществе. – 2017. – С. 43-47.

20. Вдовина В.В., Зверева В.В. Анализ развития адаптивной физической культуры в Хабаровском крае/ В.В. Вдовина, В.В. Зверева // Физическая культура и спорт в современном обществе. – 2017. – С. 43-47.

21. Виноградов В.В. Особенности организации и проведения массовых спортивных мероприятий для лиц с ограниченными возможностями здоровья//Ученые записки университета имени П.Ф.Лесгафта. - 2017. - №4(146).- С.42-45.

22. Голощапов, Б.Р. История физической культуры и спорта : учеб. пособие для вузов / Б.Р. Голощапов. – М. : Академия, 2002.

23. Дауров А.М. Современное состояние и перспективы развития адаптивной физической культуры и спорта в РФ / А.М. Дауров, М.В. Галкин // Вопросы педагогики. 2021. № 2-1. С. 34-37.

24. Дмитриев, А.А. Физическая культура в специальном образовании: учебное пособие / А.А. Дмитриев. – Москва: Академия, 2002. – 176 с.
25. Долматов, А.В. Новый методический подход к преподаванию нетрадиционных оздоровительных практик в физкультурном образовании / А.В. Долматов, И.В. Осадченко // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2018. – № 3. – С. 18-19.
26. Долматов, А.В. Применение интерактивных форм преподавания предмета «Нетрадиционные методики оздоровительной Физической культуры» в вузе / А.В. Долматов, И.В. Осадченко // Теория и практика физической культуры. – 2018. – № 5. – С. 31-35.
27. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура (кинезотерапия): Учеб. для студвысш. учеб, заведений. – 2-е изд., стер. – М.: Гума-нит. изд. Центр ВЛАДОС, 2001. – 608 с.: ил.
28. Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры: Т.1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физической культуры / Под общей ред. проф. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2003. – 448с.
29. Евсеева, О.Э. Социальное партнерство в теории и практике АФК / О.Э. Евсеева, А.В. Аксенов // Адаптивная физическая культура. – 2011. – № 3 (47). – С. 11-13.
30. Евсеева, О.Э. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре: учебник / О.Э. Евсеева, С.П. Евсеев. – М. : Советский спорт, 2013. –388 с.
31. Жалилов А. В. Проблемы и перспективы развития самбо для лиц с нарушением слуха в России / А. В. Жалилов, А. С. Махов // Учёные записки университета им. П. Ф. Лесгафта. - 2014. - № 11 (117). - С. 49-55.
32. Золотухина А.И. Методика адаптивной физической культуры с инвалидами разных нозологических групп / А.И. Золотухина, Л.Ф. Грошева,

И.М.О. Джолиев, Л.А. Шинкарьук, А.А. Штерман, С.В. Антонов // Молодежь и наука. 2020. № 11.

33. Игнатьева Т.Б. Современное состояние и перспективы развития адаптивной физической культуры и адаптивного спорта в России / Т.Б. Игнатьева, Л.В. Малышева // В сборнике: Физическая культура и спорт: воспитание гражданина России. Материалы научной (национальной) конференции. Ответственный редактор М.А. Правдов. 2018. С. 134-136.

34. Изаак, С.И. Доступная среда для лиц с ограниченными возможностями здоровья в Российской Федерации: формирование и устойчивое развитие в контексте реализации конвенционных стандартов / С.И. Изаак, С.А. Баксанова // Сборник докладов Международного спортивного форума «Россия – спортивная держава». – М.: СпортАкадемРеклама, 2011. – С. 40-42.

35. Изаак, С.И. Нормативно-правовое обеспечение создания безбарьерной среды для лиц с ограниченными возможностями здоровья в Российской Федерации / С.И. Изаак, С.А. Баксанова, Л.И. Андрухова // Материалы Междунар. научно-практической конференции «Восток-Россия-Запад: современные проблемы и инновационные технологии в развитии физической культуры и спорта», посвященной 350-летию г. Иркутска. – Иркутск : Аспринт, 2011. – Т. 3. – С. 175-190.

36. Изаак, С.И. О безбарьерной среде для лиц с ограниченными возможностями здоровья. Анализ зарубежного законодательства / С.И. Изаак, С.А. Баксанова // Закон и право. – 2012. – № 5. – С. 19-21.

37. Изаак, С.И. Управление развитием адаптивной физической культуры и адаптивного спорта в муниципальном образовании / С.И. Изаак, Р.А. Исаев // Вестник Самарского муниципального института управления. – 2012. – № 2. – С. 39-43.

38. Комачева, О.А. Мотивация студентов-первокурсников к поступлению на направление «Физическая культура для лиц с отклонениями

в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)» /О.А. Комачева, М.Г. Ситкина, Т.М. Булкова // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. - 2019. - №3 (169). - С. 160-163.

39. Красноперова, Т.В. Научно-методические подходы к формированию программ по адаптивной физической культуре для лиц школьного возраста с ментальными нарушениями с учетом сенситивных периодов развития координационной структуры двигательной деятельности / Т.В. Красноперова, И.Н. Ворошин // Адаптивная физическая культура. – 2017. – № 1 (69). – С. 16-18.

40. Крысюк, О.Б. Роль восстановительной медицины в современном здравоохранении / О.Б. Крысюк, В.Е. Дементьев, А.Ю. Рябчиков // Адаптивная физическая культура. – 2010. – № 3 (43). – С. 43-45.

41. Кун, Л. Всеобщая история ФКиС : учеб. / Л. Кун. – М. : Радуга, 1982.

42. Куриенко, Н.Ф. История и организация ФК : учеб. / Н.Ф. Куриенко. М. : Просвещение, 1982.

43. Латыпов, И.К. Психологические особенности подготовки учащихся профильных классов к будущей профессиональной деятельности в сфере физической культуры / И.К. Латыпов, З.Т. Усманова // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2017. – № 5. – С. 49-50.

44. Лисовский В.А., Евсеев С.П., Голофеевский В.Ю., Мироненко А.Н. Комплексная профилактика заболевания и реабилитация больных и инвалидов. Учебн. пособие / Под редакцией проф. С.П. Евсеева – 2-е изд., стереотип. – М. Советский спорт, 2004 – 320 с.

45. Литманович, А.В. Исследование интереса к будущей профессии у студентов Сибирской академии физической культуры / А.В. Литманович, Е.Б. Штучная // Теория и практика физической культуры. – 1998. – № 9. – С. 43-44.

46. Максимов Ю. Г. Анализ выборки инноваций в области физической культуры/ Ю.Г. Максимов // Вестник Саратовского областного института развития образования. - 2015. - № 3. - С. 52-61.

47. Малыгина О.И. Социально-педагогические факторы, влияющие на развитие адаптивной физической культуры в городе Екатеринбурге / О.И. Малыгина, И.П. Коротких // Физическая культура, спорт и здоровье. 2016. № 28. С. 50-54.

48. Мартыненко, А.Н. Роль восточных оздоровительных систем в системе непрерывного многоуровневого физкультурного образования населения / А.Н. Мартыненко, О.Р. Кривошеева, В.И. Китаев // Роль местного самоуправления в развитии физической культуры и спорта: Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции в рамках всероссийского форума. – Омск 2015. – С. 126-129.

49. Махов, А.С. Анализ удовлетворённости спортсменов-инвалидов соревнованиями в адаптивном спорте (на примере Параспартакиады Центрального федерального округа) / А. С. Махов // Омский научный вестник. – 2011. – № 3 (98). – С. 151-153.

50. Махов, А.С. Оценка качества управления спортивными организациями для слепых и слабовидящих / А. С. Махов // В мире научных открытий. – 2011. – № 11.4 (23). – С. 1186-1208.

51. Махов, А.С. Совершенствование качества работы тренеров-преподавателей спортивных клубов для людей с нарушениями интеллекта (умственной отсталостью) / А. С. Махов // Преподаватель XXI век. – 2012. – № 1. – С. 170-176.

52. Махов, А.С. Теория и практика управления развитием адаптивного спорта в России : монография / А.С. Махов ; Шуйский филиал ФГБОУ ВПО «Ивановский государственный университет». – Шуя : [б.и.], 2013. – 185 с.

53. Мачалкин С.Е. Экономические аспекты развития адаптивной физической культуры и спорта в регионах Российской Федерации/ С.Е. Мачалкин, А.С. Радченко// Социально-экономические явления и процессы. – 2017. - № 1 (12). – С. 59-64.

54. Митин, А.Е. Особенности практики по адаптивной физической культуре / А.Е. Митин // Universum : Вестник Герценовского университета. – 2009. – № 4. – С. 31-32.

55. Новичихина Е.В. Новые направления в работе по дисциплине "физическая культура и спорт" (элективная) для студентов специальной медицинской группы / Е.В. Новичихина, Н.А. Ульянова // Современные проблемы науки и образования. 2019. № 1. С. 98.

56. Нурзулаев, С.Б. Аспекты социальной адаптации лиц с ограниченными возможностями здоровья средствами физической культуры и спорта / С.Б. Нурзулаев, Н.А. Петухов, И.Н. Сафронова // Вестник ТГПУ. – 2012. – № 5 (120). – С. 154-159.

57. Онкология : учебник с компакт-дискom / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 560 с.

58. Панин Е.Н. Причины травматизма и восстановление двигательных функций кисти и пальцев рук спортсменов в контактных единоборствах /Е.Н. Панин, В.В. Коноплев, Т.В. Стеблій // Ученые записки университета им П.Ф. Лесгафта. – 2020. - № 5 (183). – С. 332-336.

59. Панин Е.Н. Современный взгляд на состояние адаптивной физической культуры и спорта в приморском крае / Е.Н. Панин, Т.В. Стеблій // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2021. - №2. – 58-61.

60. Паршикова, Н.В. Стратегические приоритеты государственной политики в области массового спорта / Н.В. Паршикова, С.И. Изаак, В.Н. Малиц // Ученые записки Университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2017. – № 6 (148). – С. 167-171.

61. Перькова Е.Ю. О финансировании адаптивного спорта в России / Е.Ю. Перькова // Региональный вестник. – 2020. – № 3 (42). – С. 83-85.
62. Перькова Е.Ю. Структура формирования финансирования адаптивного спорта / Е.Ю. Перькова // Региональный вестник. – 2020. - № 3 (42). – С. 96-98.
63. Перькова Е.Ю. Финансирование адаптивного спорта в России / Е.Ю. Перькова // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2020. - № 1 (30). – С. 272-274.
64. Ростомашвили, Л.Н. Программно-методическое обеспечение адаптивного физического воспитания детей со сложными нарушениями развития / Л.Н. Ростомашвили // Адаптивная физическая культура. – 2012. – № 1 (49). – С. 52–54.
65. Рысакова, О.Г. Удовлетворенность учебно-тренировочным процессом высококвалифицированных сноубордистов с нарушением слуха / О.Г. Рысакова, А.С. Махов // Адаптивная физическая культура. – 2015. – № 3 (63). – С. 39-41.
66. Сенькова, Е.Б. К постановке проблемы мотивации профессионального самосовершенствования студентов физкультурного вуза / Е.Б. Сенькова ; Сибирский гос. ун-т физ. культуры // Научные труды ; ежегодник за 2005 год. – Омск, 2005. – С. 79-80.
67. Стародубцев, М.П. Образовательный процесс по дисциплине «Адаптивная физическая подготовка / М.П. Стародубцев // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. - 2018. - №4 (158). - С. 304-307.
68. Строгова, Н. А. Адаптивная физическая культура в системе комплексной реабилитации и социальной интеграции инвалидов / Н. А. Строгова // Теория и практика общественного развития. – 2012. – № 2. – С. 169-171.
69. Тозик О.В. Профессиональная подготовка специалистов по физической культуре специализации «Основы физической реабилитации» /

О.В. Тозик, О.С. Даниленко // Инновационные формы и практический опыт физического воспитания детей и учащейся молодежи. – 2020. – С. 328-331.

70. Усачев, Н.А. Вопросы повышения эффективности физического воспитания студентов с ограниченными возможностями здоровья / Н.А. Усачев, Д.И. Сурнин, Л.С. Чемпалова // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2017. – № 11 (153). – С. 259-263.

71. Хаяров Д.Г. Количественные показатели роста инвалидности в военное время в СССР (1941-1945 ГГ.). // Интерэкспо Гео-Сибирь. 2015 г.

72. Хованская, Г.Н. Общие основы медицинской реабилитации в педиатрии : пособие для студентов педиатрического, медико-психологического, медико-диагностического факультетов и врачей / Г.Н. Хованская, Л.А. Пирогова. – Гродно : ГрГМУ, 2010. – 184 с.

73. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие /Под ред. Л. В. Шапковой. – М.: Советский спорт, 2003. – 464 с, ил

74. Шапкова, Л.В. Частные методики адаптивной физической культуры : учеб. / Л.В. Шапкова. – М. : Советский спорт, 2007. – 604 с.

75. Щенникова, М.Ю. Эволюция структуры и содержания профессионального блока образовательных программ в области физической культуры и спорта / М.Ю. Щенникова, В.Ф. Костюченко // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2015. – № 8 (126). – С. 198-203.

76. Яковлев Ю.В. Генезис и формы проявления знаний о физической рекреации / Ю.В. Яковлев, А.А. Калмыков, В.В. Малов // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2018. № 3 (157). С. 345-348.

Анкета для занимающихся

Уважаемый респондент мы обращаемся с просьбой ответить на вопросы, касающийся развития адаптивной физической культуры и спорта в нашей стране в настоящее время. Данные полученные в ходе анкетирования будут использованы в научных целях.

1. Укажите свой возраст:

А) до 5 лет

Б) 6-14 лет

Г) 15-18 лет

Д) 19-25 лет

Е) 26-35 лет

Ж) 36-45 лет

И) 46-55

К) 56+

2. Укажите свою группу инвалидности:

А) I группа

Б) II группа

В) III группа

3. Укажите тип травмы, приведшую вас к инвалидности

А) Приобретенная травма

Б) Врожденная травма

4. Способны ли вы самостоятельно передвигаться

А) Ходьба без ограничений

Б) Ходьба с использованием ручных приспособлений

В) Самостоятельное передвижение с помощью инвалидного кресла

Г) Отсутствие возможности самостоятельно передвигаться на инвалидном кресле

5. Каким видом физической активности Вы занимаетесь?

- А) Утренняя гигиеническая гимнастика
- Б) Лечебная физическая культура
- В) Занятие адаптивными видами спорта

6. Укажите, каким адаптивным видом спорта Вы занимаетесь

Ответ _____

7. Вы занимаетесь:

- А) Индивидуально без тренера
- Б) Индивидуально с тренером
- В) В составе группы с тренером
- Г) В составе группы без тренера

8. Как часто Вы занимаетесь?

- А) 1 раз в неделю
- Б) 2 раза в неделю
- В) 3 раза в неделю
- Г) более 4 раз в неделю

9. Сколько времени вы тратите на занятие?

- А) 1 час
- Б) 2 часа
- В) более 3-х часов

10. Укажите место, где вы занимаетесь:

- А) В домашних условиях
- Б) Лесопарковая зона
- В) Спортивная площадка
- Г) Стадион
- Д) Тренажерный зал
- Е) Реабилитационный центр
- Ж) Бассейн

11. Что, по вашему мнению, не хватает в вашем регионе?

- А) Недостаточное материально-техническое обеспечение для занятий адаптивной физической культурой и спортом
- Б) Дефицит квалифицированных специалистов
- В) Недостаточное финансирование АФКиС
- Г) Необходимость организации безбарьерной среды в городе

Приложение 2

Анкета для специалистов

Уважаемый респондент мы обращаемся с просьбой ответить на вопросы, касающийся Вашей профессиональной деятельности в сфере адаптивной физической культуры и спорта. Данные полученные в ходе анкетирования будут использованы в научных целях.

1. Укажите свой возраст:

- А) до 25 лет
- Б) 26-35 лет
- В) 36-45 лет
- Г) 45 и старше

2. Укажите Ваш стаж работы:

- А) менее 1 года
- Б) 1-2 года
- В) 3 года
- Г) 4 года
- Д) более 5 лет

3. Укажите ваше образование:

- А) Бакалавриат
- Б) Магистратура
- В) Специалитет

Г) Ученая степень

4. Вы являетесь работником:

- А) Коррекционной школы
- Б) Реабилитационного или оздоровительно центра
- В) Спортивной секции для лиц с ОВЗ
- Г) Высшего учебного заведения
- Д) Владелец частного учреждения

5. Какое количество штатных сотрудников (инструктором ЛФК, врачей ЛФК) в вашем учреждении?

- А) 1-2 человек
- Б) 3-5 человек
- В) 6 и более человек

6. Какое среднее количество занимающихся Вы принимаете за один рабочий день?

- А) 1-5 человек
- Б) 6-15 человек
- В) 16-25 человек
- Г) 26-35 человек
- Д) 37+ человек

7. Что, по вашему мнению не хватает в вашем учреждении?

- А) Специалистов
- Б) Современного оборудования и инвентаря
- В) Научно-методического материала
- Г) Недостаточная заработная плата

8. Считаете ли Вы, что Ваша работа оплачивается в достаточном количестве?

- А) Да
- Б) Нет

9. Учувствуете ли Вы во Всероссийских и международных конференциях

- А) Да, 1-2 раза в год
- Б) Да, 3 и более раз в год
- В) Не учувствую

10. Рассматриваете ли Вы другой род деятельности и профессию в дальнейшем?

- А) Да, рассматриваю
- Б) Нет, не рассматриваю

Приложение 3

Анкета для абитуриентов

Уважаемый респондент мы обращаемся с просьбой ответить на вопросы, касающийся выбора вашей будущей профессиональной деятельности в сфере адаптивной физической культуры и спорта. Данные полученные в ходе анкетирования будут использованы в научных целях.

1. Слышали ли вы о направлении Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)?

- А) Да
- Б) Нет

2. Считаете ли Вы это направление актуальным для Вас?

- А) Да
- Б) Нет

3. Сталкивались ли Вы когда-нибудь с лицами, имеющие инвалидность?

- А) Да
- Б) Нет

4. Хотели бы Вы оказывать помощь людям с инвалидностью?

- А) Да

Б) Нет

5. Интересны ли вас следующие направления? (Выбрать вариант)

А) Физическая культура и спорт

Б) Медицина

В) Оба варианта

6. Хотели бы Вы рассмотреть поступление на направление Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)?

А) Да

Б) Нет

ПАСПОРТ КОМПЛЕКСНОЙ ПРОГРАММЫ РАЗВИТИЯ
АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА НА ТЕРРИТОРИИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ на 2021-2025 годы

ПАСПОРТ

Программа развития Адаптивной физической культуры и спорта на территории России (2021-2025)

Наименование программы	Комплексная программа развития Адаптивной физической культуры и спорта на территории России
Заказчик программы	Министерство спорта Российской Федерации
Цели программы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Улучшение качества и эффективности подготовки молодых специалистов в сфере адаптивной физической культуры и спорта в различных регионах Российской Федерации, учитывая особенности, современные тенденции и технологии специальности; 2. Улучшение работы спортивных объектов и учреждений за счет увеличения специалистов в области адаптивной физической культуры и спорта; 3. Популяризация занятий адаптивной физической культурой и спортом для лиц, имеющих инвалидность в условиях доступной среды; 4. Ведение статистической документации для дальнейшей научно-исследовательской работы.
Задачи программы	<ol style="list-style-type: none"> 1. Развитие направления «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)», учитывая современные стандарты образования. 2. Подготовить абитуриентов к осознанному выбору будущей профессии и профиля подготовки, обеспечивающего овладение будущей профессией. 3. Формирование необходимых знаний умений и навыков у будущих специалистов для осуществления

	<p>профессиональной деятельности в области адаптивной физической культуры и спорта. Обеспечение наиболее полной реализации навыков молодого специалиста, предоставление ему материально-технически оснащенного рабочего места.</p> <p>4. Обеспечение доступной среды для занятий адаптивной физической культурой и спортом для лиц имеющие ограничения в состоянии здоровья.</p>
Основные мероприятия	<p>1.Регулирование ведения статистических данных З-АФК в регионах для проведения полноценных научно-исследовательских работ и анализа актуального состояния развития.</p> <p>2.Формирования заинтересованности у абитуриентов в новой для них специальности, выявление актуальности выбранной специальности и ее перспективы.</p> <p>3.Разработка учебных программ и программ подготовки, с учетом современных тенденций и нормативно-правовых актов министерства здравоохранений и министерства образования.</p> <p>4.Создание баз практик и мест работы, отвечающие современному материально-техническому оснащению.</p> <p>5.Создание и организация образовательных программ, учреждений повышения квалификации, профессиональной переподготовки и прохождения курсов в регионах .</p> <p>6.Социально-общественная работа с населением, освещение проблем социализации лиц, имеющие инвалидность.</p> <p>7.Создание в регионах общедоступных мест для занятий адаптивной физичкой культурой и спортом, учитывая особенности без барьерной среды.</p>
Разработчики программы	<p>Данная программа разработана на основе методических рекомендаций по развитию адаптивной физической культуры и спорта в субъектах Российской Федерации и на территории муниципальных образований с учетом лучших положительных практик субъектов Российской Федерации и международного опыта"</p>

Исполнители программы	Высшие учебные заведения, спортивные клубы, учреждения в сфере адаптивной физической культуры и спорта
Сроки и реализации данной программы	2021-2025 год
Финансирование	Ежегодно утверждается
Ожидаемые результаты	<p>1. Повышение эффективности и достоверности введение статистических данных 3-АФК в регионах.</p> <p>2. Повышение заинтересованности в новой специальности, как у лиц, выбирающие новую специальность, так и мотивации и стремление развиваться у штатных сотрудников.</p> <p>3. Оптимизация учебных программ для подготовки высококвалифицированных специалистов на территории Российской Федерации</p> <p>4. Увеличение количества мест для занятий адаптивной физической культурой для лиц имеющие ограничение в состоянии здоровья, с учётом их нозологической группы.</p> <p>5. Регулирование управлением адаптивной физической культуры и спорта в регионах на территории Российской Федерации.</p>