

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
Восстановление здоровья и работоспособности граждан методами
адаптивной физической культуры и спорта

Москва, 2022

1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Настоящие Методические рекомендации по восстановлению здоровья и работоспособности граждан методами адаптивной физической культуры и спорта (далее – Методические рекомендации) предназначены для разработки информационных материалов для заинтересованных лиц и возможного применения на уровне физкультурно-спортивной организации, организации, оказывающей физкультурно-спортивные услуги.

В медицинской науке распространяется положение о том, что для сохранения здоровья, эффективной профилактики и предупреждения заболеваний «пациенты должны во многом взять на себя ответственность за состояние своего здоровья». Такая стратегия не вызывает сомнения. Однако это возможно лишь в том случае, если население соответствующим образом обучено постоянному контролю за своим состоянием. Таким образом, появляется дополнительная задача, заключающаяся в обучении населения.

Методические рекомендации предназначены руководителям и специалистам физкультурно-спортивных организаций, оказывающих услуги населению, в т.ч. восстановления здоровья и повышения работоспособности граждан, для практического применения в работе.

Методические рекомендации содержат теоретический материал по основным организационным формам занятий оздоровительной физической культурой с отражением правил проведения таких занятий. В рекомендациях нашло своё отражение место профессионально-прикладной физической подготовки, сообщены её цель и задачи. Перечислены методические основы занятий физическими упражнениями, приведён контроль нагрузки в оздоровительной физической культуре. В рекомендациях рассмотрена методика подбора средств профессионально-прикладной физической подготовки, приведены примеры программ оздоровительной тренировки.

При использовании настоящих Методических рекомендаций необходимо проверять действие (актуальность) нормативно-правовых актов, упомянутых в документе, т. к. ряд документов ограничен по срокам действия. Также следует учитывать, что использование сводов строительных правил и регламентов, которые имеют статус действующих, но не включенных в Перечни сводов правил или частей сводов правил, в результате применения которых на обязательной или добровольной основе обеспечивается соблюдение требований Федерального закона от 30 декабря 2009 г. № 384-ФЗ «Технический регламент о безопасности зданий и сооружений», утвержденных соответствующим образом на федеральном уровне, должны подтверждаться результатами испытаний, проб и экспериментов.

2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

1. ГОСТ Р 52024-2003 Национальный стандарт Российской Федерации «Услуги физкультурно-оздоровительные и спортивные. Общие требования»
2. Паспорт федерального проекта «Создание для всех категорий и групп населения условий для занятий физической культурой и спортом, массовым спортом, в том числе повышение уровня обеспеченности населения объектами спорта, а также подготовка спортивного резерва (утв. Минспортом России) (вместе с «Планом реализации федерального проекта», «Результатами федерального проекта по субъектам Российской Федерации»)
3. Перечень поручений по итогам заседания Совета по развитию физической культуры и спорта (утв. Президентом РФ 30.10.2020 N Пр-1760)
4. Постановление Правительства РФ от 11.06.2014 N 540 «Об утверждении Положения о Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне» (ГТО)»
5. Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 N 1642 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие образования»
6. Постановление Правительства РФ от 29.03.2019 N 363 (ред. от 18.10.2021) «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда»
7. Постановление Правительства РФ от 30.09.2021 N 1661 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие физической культуры и спорта» и о признании утратившими силу некоторых актов и отдельных положений некоторых актов Правительства Российской Федерации»
8. Приказ Минспорта России N 86, Минпросвещения России N 59 от 17.02.2021 «Об утверждении Межотраслевой программы развития школьного спорта до 2024 года»
9. Распоряжение Правительства РФ от 24.11.2020 N 3081-р «Об утверждении Стратегии развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2030 года»
10. Указ Президента РФ от 07.05.2018 N 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»
11. Указ Президента РФ от 08.08.2016 N 398 «Об утверждении приоритетных направлений деятельности в сфере оказания общественно полезных услуг»
12. Указ Президента РФ от 18.07.2018 N 432 «Об утверждении состава Совета при Президенте Российской Федерации по развитию физической культуры и спорта»

13. Указ Президента РФ от 24.03.2014 N 172 «О Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне» (ГТО)»
14. Указ Президента РФ от 28.07.2012 N 1058 (ред. от 18.07.2018) «О Совете при Президенте Российской Федерации по развитию физической культуры и спорта» (вместе с «Положением о Совете при Президенте Российской Федерации по развитию физической культуры и спорта»)
15. Федеральный закон от 04.12.2007 N 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации»
16. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
17. Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»

3. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

Адаптация – процесс приспособления организма к изменившимся условиям окружающей среды, жизни, рода деятельности.

Антропометрические стандарты – средние величины признаков физического развития, полученные путем статистической обработки большого количества измерений лиц одного пола, возраста, рода деятельности.

Антропометрический профиль – графическое изображение результатов оценки показателей физического развития по стандартам.

Антропометрия – совокупность методов и приемов измерения человеческого тела.

Врачебный контроль – комплексное медицинское обследование, направленное на укрепление здоровья, повышение функциональных возможностей, достижение высоких спортивных результатов.

Выносливость – способность противостоять утомлению; включает мышечную и кардио-респираторную выносливость.

Гибкость – комплекс морфологических свойств опорно-двигательного аппарата, обуславливающих подвижность отдельных звеньев человеческого тела относительно друг друга.

Двигательная активность – один из важнейших компонентов здорового режима жизни человека, в основе которого разумное, соответствующее полу, возрасту, состоянию здоровья, систематическое использование средств физической культуры и спорта.

Двигательное умение – сознательное состояние владения техникой двигательного акта (в коре головного мозга – проект комплексного движения, конкретного действия), переходящее в навык при использовании тренировочных средств и методов.

Двигательный навык – подсознательный уровень владения техникой действия, при котором управление двигательными актами осуществляется практически автоматически. Характерна высокая надежность выполнения движения.

Диагностика состояния здоровья – краткое заключение о состоянии здоровья занимающегося по результатам врачебного контроля после диспансеризации.

Игровая деятельность – психическая и физическая активность, управляемая сознанием, направленная на достижение победы в условиях специфического противоборства при соблюдении установленных правил.

Избыточная масса тела – масса тела, превышающая нормальную или стандартную для данного индивида в зависимости от пола, роста и телосложения.

Инструктирование – точное, ёмкое словесное объяснение задания, техники изучаемых действий или тренировочных упражнений, правил их выполнения и т. д. Это один из основных методов, применяемых на различных этапах физического воспитания.

Конституция – совокупность функциональных и морфологических особенностей организма, сложившихся на основе наследственных и приобретенных свойств организма.

Координационные способности – совокупность свойств человека, проявляющихся в процессе решения двигательных задач разной координационной сложности и обуславливающих успешность управления двигательными действиями и их регуляции.

Критерий физического развития – сравнительная оценка физического развития индивида с помощью средних величин, зафиксированных у близких по возрасту, полу, социальному составу людей.

Методика – совокупность упражнений, приемов и методов, направленных на обучение двигательным и др. умениям и навыкам, а также на их дальнейшее совершенствование.

Методика тренировки – система методов, методических приемов, упражнений, направленных на достижение наибольшего эффекта в процессе спортивного совершенствования.

Методические принципы физического воспитания – принципы, которые выражают методические закономерности педагогического процесса и в силу этого обязательны для осуществления образовательных и воспитательных задач: принципы сознательности и активности, наглядности, доступности и индивидуализации, систематичности и постепенного повышения требований.

Методический подход – это совокупность способов воздействия педагога на занимающихся, выбор которых обусловлен определенной научной концепцией, логикой организации и осуществления процесса обучения, воспитания и развития.

Методический прием – способ реализации того или иного метода в конкретной педагогической ситуации.

Методическое направление – это один из путей в методике обучения двигательным действиям или развития физических качеств, ориентирующий на использование однородных, однотипных заданий, методов и методических приемов, позволяющих решить поставленную задачу за счет воздействия какого-то одного доминирующего фактора.

Моторная плотность занятия – это процентный показатель затрат времени на двигательную деятельность и определяется отношением времени, израсходованного на выполнение двигательных действий, ко времени, отведенному на занятие.

Нагрузка – это определенная величина воздействия физических упражнений на организм занимающихся, а также степень преодолеваемых при этом объективных и субъективных трудностей.

Педагогический контроль – процесс получения информации о физическом состоянии занимающихся физкультурой и спортом с целью повышения эффективности учебно-тренировочного процесса.

Переутомление – накопление (кумуляция) утомления в результате неправильного режима труда и отдыха, не обеспечивающего необходимого восстановления сил и проявляющееся в снижении работоспособности и продуктивности труда, появлении раздражительности, головных болях, расстройстве сна и др. Различают – начинающееся, легкое, выраженное и тяжелое переутомление.

Производственная физическая культура – система физических упражнений, физкультурно-оздоровительных и спортивных мероприятий, направленных на повышение и сохранение устойчивой профессиональной дееспособности. Форма и содержание этих мероприятий определяются особенностями труда и быта человека.

Профессиональная направленность физического воспитания – осуществляется одной из основных подсистем культуры в виде профессионально-прикладной физической подготовки, задачи которой – формировать специально-прикладные знания, качества, умения, навыки, способствующие достижению объективной готовности человека к эффективной профессиональной деятельности.

Профессиональное утомление – объективное снижение работоспособности, характер которого во многом зависит от формы профессиональной деятельности. Оно зачастую связано с особенностями физических, психических и нервно-эмоциональных профессиональных нагрузок и условий труда.

Психофизиологическая характеристика труда – сопряженная характеристика изменений психических и физиологических функций организма под влиянием определенной трудовой деятельности. Используется для разработки профессиограммы, оптимизации режима и условий организации труда.

Пульсометрия – это показатель величины физической нагрузки и её динамики во время занятий физическими упражнениями. Подсчет частоты сердечных сокращений проводится перед началом занятия, перед и после выполнения отдельных упражнений или серии.

Работоспособность – потенциальная возможность человека выполнить целесообразную, мотивированную деятельность на заданном уровне эффективности в течение определенного времени. Зависит от внешних условий деятельности и

психофизиологических резервов человека. Может рассматриваться как максимальная, оптимальная, сниженная.

Самовоспитание – организованная активная, целеустремленная деятельность человека по систематическому формированию и развитию у себя положительных и устранению отрицательных качеств в соответствии с осознанной потребности отвечать социальным требованиям к уровню здоровья, физического развития и двигательной подготовленности, а также личной стратегии физического совершенствования.

Самонаблюдение – уникальный метод самопознания, помогает наблюдать на основе выделенных критериев за качествами и свойствами личности.

Самооценка – оценка личностью самой себя, своих возможностей и места среди других людей, являющаяся важным регулятором ее поведения.

Саморегуляция – целесообразное функционирование активности личности в единстве ее энергетических, динамических и содержательно-смысловых составляющих.

Самоуправление – совмещение функций объекта и субъекта управления познавательной деятельностью. Человек, выступая в качестве объекта и субъекта управления принимает решение, дает себе команду, выполняет её, контролирует свои действия.

Сила движения – это мера физического воздействия движущейся части тела (или всего тела) на какие-либо материальные объекты, например, почву (при беге, прыжках и т.д.), какие-либо предметы (при поднимании, метании и т.п.) и т.д. Именно такую меру физического воздействия необходимо иметь в виду, когда говорят о силе отталкивания в прыжках, силе удара в боксе, силе рывка в метаниях и т.д. Понятие «сила движения» является обобщенным. Хотя сила и зависит от прилагаемых мышечных усилий (напряжения), ее не следует отождествлять с мышечной силой.

Скоростные способности – это комплекс функциональных свойств человека, обеспечивающих выполнение двигательных действий в минимальный для данных условий отрезок времени.

Скорость движения – это отношение длины пути, пройденного телом (или какой-то частью тела), к затраченному на этот путь времени. При определении скорости в поступательном движении ее обычно измеряют в метрах в секунду (линейная скорость), а при вращательном – в радианах в секунду (угловая скорость).

Социально-биологические основы физической культуры – сопряженное понятие о принципах взаимодействия закономерностей социальных (общественных) и биологических (связанных с функциональными особенностями организма) в процессе овладения ценностями физической культуры.

Структура тренировки – исходным компонентом структуры является тренировочное задание, комплекс заданий составляет тренировочное занятие; два тренировочных занятия и более образуют малый цикл (микроцикл), несколько малых циклов образуют средний цикл (мезоцикл); средние циклы образуют годичный цикл (макроцикл), несколько годичных циклов образуют многолетний цикл.

Темп движения – это частота относительно равномерного повторения каких-либо движений, например, шагов в беге, гребков в гребле, и т.п. При однократных движениях (одиночных прыжках, метании) темп, естественно, не наблюдается. Темп определяется количеством повторных движений в единицу времени, обычно в одну минуту. Так, темп 120 в ходьбе равен 120 шагам в минуту. Темп движений находится в обратной пропорциональной зависимости от их длительности: чем она меньше, тем он выше. Например, уменьшение длительности шага в беге на коньках на определенной дистанции ведет к повышению частоты шагов.

Тест – неспецифическое упражнение, выполнение которого тесно связано с основным упражнением или двигательным качеством.

Усталость – комплекс субъективных переживаний, сопутствующих развитию состояния утомления и характеризующийся чувствами слабости, вялости, ощущениями физиологического дискомфорта, нарушениями в протекании психических процессов (памяти, внимания, мышления и др.).

Утомление – временное, объективное снижение работоспособности под влиянием длительного воздействия нагрузки, сопровождающееся потерей интереса к работе, преобладанием мотивации на прекращение деятельности негативными эмоциональными и физиологическими реакциями. Выделяют физическое и умственное, острое и хроническое, нервно-эмоциональное утомление.

Физическая подготовленность – процесс и результат физической активности, обеспечивающий формирование двигательных умений и навыков развития физических качеств, повышение уровня работоспособности.

Физическая рекреация (рекреация – отдых, развлечение) – использование любых видов двигательной активности (физические упражнения, игры, физический труд и т.п.) в целях физического развития и укрепления здоровья.

Физические способности – комплекс морфологических и психофизиологических свойств человека, отвечающих требованиям какого-либо вида мышечной деятельности и обеспечивающих эффективность ее выполнения.

Физические упражнения – это основное и специфическое средство физического совершенствования, особый вид двигательной деятельности, при помощи которого осуществляется направленное воздействие на занимающегося.

Физическое развитие – естественный процесс возрастного изменения морфологических и функциональных свойств организма, обусловленный наследственными факторами и конкретными условиями внешней среды.

Физическое совершенство – процесс физического образования и воспитания, выражающий высокую степень развития индивидуальных физических способностей.

Физическое состояние – совокупность показателей, характеризующих физическое развитие, функциональное состояние организма и физическую подготовленность личности.

Форма физического воспитания – это определённым образом организованная система использования средств и методов, направленная на решение специфических, характерных только для неё задач.

4. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Из совокупности понятия «здоровый образ жизни», объединяющего все сферы жизнедеятельности личности, коллектива, социальной группы, нации, наиболее актуальной и универсальной составляющей является физическая культура и спорт. Сфера физической культуры и спорта выполняет в обществе множество функций и охватывает все возрастные группы населения. Полифункциональный характер сферы проявляется в том, что физическая культура и спорт – это развитие физических, эстетических и нравственных качеств человеческой личности, организация общественно-полезной деятельности, досуга населения, профилактика заболеваний, воспитание подрастающего поколения, физическая и психоэмоциональная рекреация и реабилитация, зрелище, коммуникация и т. д.

Физическая культура, являясь одной из граней общей культуры человека, его здорового образа жизни, во многом определяет поведение человека в учебе, на производстве, в быту, в общении, способствует решению социально-экономических, воспитательных и оздоровительных задач.

Забота о развитии физической культуры и спорта – важнейшая составляющая социальной политики государства, обеспечивающая воплощение в жизнь гуманистических идеалов, ценностей и норм, открывающих широкий простор для выявления способностей людей, удовлетворения их интересов и потребностей, активизации человеческого фактора.

Огромный социальный потенциал физической культуры и спорта необходимо в полной мере использовать на благо процветания России. Это наименее затратные и наиболее эффективные средства форсированного морального и физического оздоровления нации. Их основу составляют, прежде всего, добрая воля самого субъекта, морально-психологический настрой личности, коллектива и общества.

В физкультурно-спортивной сфере через многообразие ее организационных форм максимально сбалансированы и приближены личные и общественные интересы, она способствует долголетию человека, сплочению семьи, формированию здорового, морально-психологического климата в различных социально-демографических группах и в стране в целом, снижению травматизма, заболеваемости.

Развитие спортивной инфраструктуры дает приток новых рабочих мест, а развитие спорта способствует созданию зрелищной индустрии, имеющей большое экономическое значение. Спорт высших достижений, олимпийский спорт являются мощным импульсом международного сотрудничества, формирования привлекательного образа страны на международной арене. Победы российских спортсменов способствуют росту патриотизма,

гражданственности, укреплению морального духа населения и гордости за страну, область, город, коллектив.

Во многих зарубежных странах физкультурно-оздоровительная и спортивная деятельность органически сочетает и соединяет усилия государства, его правительственных, общественных и частных организаций, учреждений и социальных институтов. Развитием спорта в различных территориальных единицах, прежде всего в городах, занимаются муниципальные органы, а на местах – коммуны и общины, которые расходуют на эти цели от 1 до 3% своих общих бюджетов, вырабатывают и осуществляют совместно со спортивными организациями муниципальную и коммунальную спортивную политику.

Конец XX столетия во многих странах стал периодом модернизации и строительства современных спортивных сооружений. На совершенно новых экономических и правовых отношениях создаются эффективные модели физкультурно-спортивного движения, активно внедряются малозатратные поведенческие программы, такие как «Джонсон и Джонсон», «Здоровье ради жизни», «Здоровое сердце», «Жизнь-будь в ней», «Тримминг 130», которые направлены на формирования моральной и материальной ответственности личности за состояние собственного здоровья и образа жизни, что не в последнюю очередь определено происходящими негативными демографическими процессами.

В мировой практике популяризация и повышение социальной роли физической культуры и спорта проявляется в:

- повышении роли государства в поддержке развития физической культуры и спорта, общественных форм организации и деятельности в этой сфере;
- широком использовании физической культуры и спорта в профилактике заболеваний и укреплении здоровья населения;
- продлении активного творческого долголетия людей;
- организации досуговой деятельности и в профилактике асоциального поведения молодежи;
- использовании физкультуры и спорта как важного компонента нравственного, эстетического и интеллектуального развития учащейся молодежи;
- вовлечении в занятия физической культурой и спортом трудоспособного населения;
- использовании физической культуры и спорта в социальной и физической адаптации инвалидов, детей-сирот;

- резком увеличении роста доходов от спортивных зрелищ и спортивной индустрии;
- возрастающем объеме спортивного телерадиовещания и роли телевидения в развитии физической культуры и спорта и в формировании здорового образа жизни;
- развитию физкультурно-оздоровительной и спортивной инфраструктуры с учетом интересов и потребностей населения;
- многообразии форм, методов и средств, предлагаемых на рынке физкультурно-оздоровительных и спортивных услуг.

В условиях демографической ситуации, сложившихся экономических потерь от заболеваемости и травматизма, интенсификации производства повышаются требования к уровню физического здоровья и профессионально-прикладной подготовке работника востребован динамический контроль за здоровьем трудящихся.

Сохранение здоровья трудящихся – это не только предпосылки для высокой производительности труда, улучшения благосостояния, но и залог устойчивого социально-экономического развития страны. Именно поэтому большое значение приобретают вопросы организации физкультурно-оздоровительной и спортивной работы в трудовых коллективах. На предприятиях и в организациях всех форм собственности они должны быть направлены на осуществление реабилитационных мероприятий, проведение профессионально-прикладных занятий, послетрудовое восстановление, снижение неблагоприятных воздействий производства на человека, повышение его адаптации к профессиональной деятельности, повышение общего уровня сопротивляемости к различным заболеваниям.

Из материалов Совета по развитию физической культуры и спорта от 26.04.2022 следует, что в Российской Федерации функционирует 185 тысяч физкультурно-спортивных организаций, и для них стали доступны такие меры, как доступ к льготному кредитованию, продление сроков реализации проектов с привлечением субсидий и спецбюджета на два года, мораторий на банкротство юридических лиц и отмена проверок, упрощение административного налогового контроля, в том числе мораторий на налоговые санкции, возможность включить в расходы затраты на содержание объектов социальной инфраструктуры и – очень важно – привлечение субъектов МСП и социально ориентированных НКО из сферы спорта к государственным контрактам. С 1 марта более половины госконтрактов уже заключены именно с субъектами МСП в области спорта на сумму около 22,5 миллиарда рублей.

По данным Фонда президентских грантов в период с 2017 по 2021 гг. по грантовому направлению «Охрана здоровья граждан, пропаганда здорового образа жизни»

поддержано 3 359 проектов с объемом финансирования в среднем на один проект 1 580 000 руб.

Широкое привлечение к систематическому занятию физической культурой, спортом работающих граждан, в целом экономически активного населения, требует специальных подходов. Интересна практика развития «корпоративного спорта». Заслуживает внимания опыт наших крупных компаний и госкорпораций – «Газпрома», РЖД, «Росатома», «ЛУКОЙЛа» и «Ростеха», по инициативе которого в 2018 году было воссоздано спортивное общество «Трудовые резервы». Перспективное направление создание совместной программы действий представителей бизнеса, органов власти всех уровней и общественных объединений, в том числе прославленных спортивных обществ: «Динамо», «Спартак», ЦСКА, в части развития системы организации и проведения массовых физкультурных и спортивных мероприятий. Очевидно, что соревнования – общероссийские, региональные, муниципальные – должны быть преимущественно комплексными и многоэтапными, ориентированы на представителей всех возрастов, доступны и интересны людям с самой разной физической подготовкой.

Мотивирование граждан к систематическим занятиям физической культурой невозможно без развития следующих направлений:

- увеличение объёма освещения и популяризации массового спорта в государственных средствах массовой информации;

- активного продвижения Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса ГТО, в т.ч. для лиц с инвалидностью;

- применения в деятельности физкультурно-спортивных организаций и организаций, оказывающих физкультурно-оздоровительные услуги, профессиональных стандартов в части требований, предъявляемых к квалификации работников данных организаций, а также механизмов её оценки;

- создание для занятий спортом соответствующих условий – современную, хорошо оснащённую спортивную инфраструктуру, удобную по месторасположению и необременительной по цене (при оказании услуг);

- создание и запуск специальных информационных систем, которые помогут людям ориентироваться в спортивных и физкультурно-оздоровительных услугах, узнавать, где и каким видом спорта можно заниматься самостоятельно или всей семьёй, какие спортивные события запланированы в их регионах.

Эти направления требуют слаженной подготовительной работы, тем более, что к 2024 году субъекты Российской Федерации будут направлять на спорт не менее двух процентов своих региональных бюджетов.

Таким образом, повышение роли физической культуры и спорта в формировании здорового образа жизни граждан связано с комплексом организационных, структурных, правовых, финансовых и научно-методических мер. В то же время эти меры должны корреспондироваться с экономическими, социальными и политическими реалиями дня и возможностями государства и общества.

5. ПОНЯТИЕ ОЗДОРОВИТЕЛЬНАЯ ФИЗИЧЕСКАЯ КУЛЬТУРА, СРЕДСТВА ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Жизнь человека зависит от состояния здоровья организма и масштабов использования его психофизиологического потенциала. Все стороны человеческой жизни в широком диапазоне социального пространства – производственно-трудовом, социально-экономическом, политическом, семейно-бытовом, духовном, оздоровительном, учебном – в конечном счете, определяются уровнем здоровья (таблица 1).

Таблица 1 – Удельный вес факторов, определяющих риск для здоровья

№ пп.	Сфера	Значение для здоровья, примерный удельный вес, %	Группы факторов риска
1	Образ жизни	49-53	Вредные условия труда, плохие материально- бытовые условия, стрессовые ситуации, гиподинамия, непрочность семей, одиночество, низкий образовательный и культурный уровень, чрезмерно высокий уровень урбанизации, несбалансированное, неритмичное питание, курение, злоупотребление алкоголем и лекарствами и др.
2	Генетика, физиология человека	18-22	Предрасположенность к наследственным и дегенеративным болезням
3	Внешняя среда, природно-климатические условия	17-20	Загрязнение воздуха, воды и почвы канцерогенами и другими веществами, резкая смена атмосферных явлений, повышенные гелиокосмические, магнитные и другие излучения
4	Здравоохранение, медицинская активность	8-10	Неэффективность личных гигиенических и общественных профилактических мероприятий, низкое качество медицинской помощи, несвоевременность ее оказания
	Итого	100	

В связи с функциональным подходом к здоровью возникло понятие «практически здоровый человек», поскольку возможны патологические изменения, которые существенно не сказываются на самочувствии и работоспособности человека. Однако при этом чаще всего не учитывается, какую цену организм платит за сохранение работоспособности. В ряде случаев цена может быть настолько высокой, что грозит серьезными последствиями здоровью и работоспособности в будущем, поскольку изменения в организме до определенного уровня могут не сказываться на субъективных ощущениях и даже не отражаться на функции того или иного органа и системы. Поэтому качественные и количественные характеристики как здоровья, так и болезни имеют

довольно широкий диапазон толкования. В пределах его различия в степени выраженности здоровья определяются по многим критериям-признакам: уровню жизнеустойчивости организма, широте его адаптационных возможностей, биологической активности органов и систем, их способности к регенерации и др.

Происхождение болезни имеет два источника: состояние человеческого организма, т.е. «внутреннее основание» и внешние причины, на него воздействующие. Следовательно, для предупреждения болезней – повышения жизнеустойчивости организма есть два способа: или удаление внешних причин, или оздоровление, укрепление организма для того, чтобы он был в состоянии нейтрализовать эти внешние причины. Первый способ мало надежен, поскольку человеку, живущему в современном обществе, практически невозможно устранить все внешние факторы и причины болезней. Второй способ более реалистичен. Он заключается в том, чтобы по мере возможности избегать поводов, провоцирующих болезни, и в то же время закалять свой организм, приучать его приспосабливаться к внешним влияниям, чтобы снизить чувствительность к действию неблагоприятных факторов. Поэтому способность к адаптации – один из важнейших критериев здоровья.

В современном обществе наблюдается все возрастающий запрос на здоровый образ жизни и укрепление здоровья средствами физической культуры. Для повышения эффективности этой мотивации необходима специфически организованная деятельность, которая в первую очередь предназначена для эффективного решения оздоровительных задач.

Сложность здоровья ориентированной подготовки в возрасте 18+ состоит в том, что базовые знания, умения и навыки соблюдения правил и форм поведения человека, составляющие здоровый образ жизни (далее – ЗОЖ), закладываются и формируются преимущественно в детстве. В периоды получения профессионального образования, профессиональной деятельности и выхода на пенсию в популяции можно констатировать различный уровень знаний по гигиене, анатомии, физиологии, питанию, физической культуре, а также различный уровень формирования навыков ведения ЗОЖ.

Оздоровительный эффект физических упражнений наблюдается лишь только в тех случаях, когда они рационально сбалансированы по направленности, мощности и объему в соответствии с индивидуальными возможностями занимающихся. Занятия физическими упражнениями активизируют и совершенствуют обмен веществ, улучшают деятельность центральной нервной системы, обеспечивают адаптацию сердечно сосудистой, дыхательной и других систем к условиям мышечной деятельности, ускоряют процесс вхождения в работу и функционирования систем кровообращения и дыхания, а также

сокращают длительность функционального восстановления после сдвигов, вызванных физической нагрузкой.

В системе оздоровительной физической культуры выделяют следующие основные направления: оздоровительно-рекреативное, оздоровительно-реабилитационное, спортивно-реабилитационное, гигиеническое (Таблица 2).

Таблица 2 – Компоненты системы и средства оздоровительной физической культуры

№ пп	Компонент системы	Средства
1	Оздоровительно-рекреативная физическая культура	отдых, восстановление сил с помощью средств физического воспитания (занятия физическими упражнениями), туризм (пеший, водный, велосипедный), охота, пешие и лыжные прогулки, купание, всевозможные массовые игры: волейбол, теннис, городки, бадминтон, рыбная ловля, охота и др.
2	Оздоровительно-реабилитационная физическая культура	специальное направленное использование физических упражнений в качестве средств профилактики и лечения заболеваний, восстановления функций организма, нарушенных или утраченных вследствие заболеваний, травм, переутомления и других причин (а) группы лечебной физической культуры; (б) группы здоровья в коллективах физической культуры, на физкультурно-спортивных базах и т.д.; (в) самостоятельные занятия).
3	Спортивно реабилитационная физическая культура	направлена на восстановление функциональных и приспособительных возможностей организма после длительных периодов напряженных тренировочных и соревновательных нагрузок, особенно при перетренировке и ликвидации последствий спортивных травм
4	Гигиеническая физическая культура	различные формы физической культуры, включенные в рамки повседневного быта (утренняя гимнастика, прогулки, физические упражнения в режиме дня, не связанные со значительными нагрузками). Ее основная функция – оперативная оптимизация текущего функционального состояния организма в рамках повседневного быта и расширенного отдыха

Необходимость процесса формирования здоровьесберегающей среды обуславливает этапность проведения следующих мероприятий для занимающихся оздоровительной физической культурой (ОФК):

- изучение двигательной активности, сформированной на определенный момент времени;
- анализ имеющихся нозологических форм (при необходимости);
- определение уровня физического состояния;
- анализ показателей, характеризующих ЗОЖ, изучение особенностей образовательной или профессиональной деятельности и факторов риска для здоровья в ней;
- подбор наиболее эффективных средств для улучшения здоровья.

Отличительная особенность оздоровительной физической культуры – оптимальный двигательный режим и индивидуализация физических нагрузок людей с учетом возраста, пола, характера их производственной (учебной деятельности) и состояния здоровья.

Таким образом, оздоровительная физическая культура – это специфическая сфера использования средств физической культуры и спорта, направленная на оптимизацию физического состояния человека, восстановление сил, затраченных в процессе труда (учебы), организацию активного досуга и повышение устойчивости организма к действию неблагоприятных факторов производства и окружающей среды.

Ведущая роль в оптимизации физкультурно-оздоровительного процесса отводится проектированию различных физкультурно-оздоровительных систем на основе научно обоснованных и адекватных соотношений внешних и внутренних факторов развития человека. Система физической культуры в многонациональной стране зачастую опирается на национальные традиции, определяемые культурными, социальными, правовыми и экономическими и другими особенностями общества.

Оздоровительная физическая культура основывается на шести принципах:

1. Принцип сознательности – это осмысленное отношение больного к предлагаемым ему физическим упражнениям. Больной должен верить в эффективность лечебной гимнастики.

2. Принцип наглядности предполагает показ физических упражнений или имитацию движений ранее известных из бытовой или трудовой практики (езда на велосипеде).

3. Принцип доступности обозначает обучение физическим упражнениям в соответствии с основными правилами перехода от умения выполнять упражнения более простые к выполнению упражнений более сложных, требующих больших усилий.

4. Принцип систематичности заключается в том, чтобы все занятия по физической культуре проводились регулярно, последовательно с постепенным повышением физической нагрузки и усложнением их выполнения. Следует контролировать периоды работы и фазы отдыха в занятиях

5. Принцип закрепления навыков заключается в том, чтобы упражнения запоминались. Необходимо многократно повторять изучаемые движения в соответствие с физическими возможностями больного, выработать умения выполнять самостоятельно и правильно комплексы упражнений.

6. Принцип индивидуального подхода – это основной принцип построения всей лечебной системы. Учёт всех особенностей данного больного, его реакции на окружающую среду, его отношение к медикаментам и т.д.

Во все времена занятия физическими упражнениями осуществлялись с целью формирования двигательных умений и навыков, развития физических качеств. На современном этапе развития данные задачи реализуются в рамках так называемой «совершенствующей физической культуры». В нашей стране предусмотрены обязательные занятия по физическому воспитанию в детских дошкольных заведениях, школах, средних и высших учебных заведениях. Таким образом, подрастающее поколение готовится к труду, формируются навыки здорового образа жизни на основе рациональной двигательной активности.

Поддержание достигнутой физической формы, непосредственная реализация здорового образа жизни осуществляются уже при помощи пролонгирующей физической культуры. Она реализует одну из важнейших социальных функций физической культуры: сохранение здоровья людей на фоне развития у них инволюционных процессов.

Как видно деление на подсистемы на этом уровне осуществляется по признаку возрастного различия субъекта воздействия, а также направленностью педагогического воздействия (формирование фонда двигательных навыков, базовой физической подготовленности – совершенствование и расширение двигательных навыков, поддержание достигнутой формы).

Необходимо отметить, что занятия физическими упражнениями в любом возрасте должны иметь оздоровительную эффективность. Однако увеличение значения оздоровительных функций физической культуры происходит именно во взрослые периоды жизни человека. Не умаляя значимость физического воспитания в формировании здоровья детей, следует отметить, что начало трудовой деятельности, как правило, совпадает с «отрывом» человека от обязательных форм занятий физическими упражнениями, зачем следует закономерное развитие гипокинезии. Здесь очевидна роль образовательных организаций в формировании и развитии специальных знаний, умений и навыков, необходимых для продолжения занятий физическими упражнениями в течение всей жизни. Оздоровительная физическая культура призвана обеспечить наиболее благоприятный функциональный фон для жизнедеятельности человека.

Окружающая среда, характер и содержание труда, так называемые издержки современной цивилизации (экология, психические стрессы, гипокинезия, нерациональное питание и др.) оказывают негативное влияние на здоровье и работоспособность человека. Использование средств оздоровительной физической культуры позволяет в значительной степени повысить резерв здоровья, тем самым снизить вероятность развития целого ряда заболеваний, обусловленных как образом жизни, так и негативными воздействиями среды. Поскольку оздоровительная функция присуща всем видам физической культуры,

рассмотрим отличительные особенности именно оздоровительной физической культуры. Кроме оздоровительного эффекта физические упражнения оказывают тренирующее воздействие на человека (повышается умственная и физическая работоспособность), позволяют повысить уровень физических качеств, содействуют формированию и дальнейшему совершенствованию жизненно важных двигательных умений и навыков (плавание, ходьба на лыжах и др.).

Таким образом, регулярное применение физических упражнений и закаливающих факторов повышает жизненный тонус организма занимающихся, его естественный иммунитет, улучшает функции вегетативных систем, работоспособность и предупреждает преждевременное старение.

Как уже было отмечено, поддержание здоровья человека является чрезвычайно сложной задачей. Оздоровительная физическая культура выполняет следующие функции, имеющие непосредственное отношение к проблеме формирования стабильного здоровья:

1. Образовательная функция – использование оздоровительной физической культуры в общей системе образования с целью формирования жизненно-важных двигательных умений и навыков, приобретение специальных знаний в области теории и методики физической культуры, необходимых для ведения здорового образа жизни.

2. Оздоровительная функция – использование средств оздоровительной физической культуры в системе мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья с учетом возраста, профессиональной деятельности, наличия заболеваний или расстройств здоровья и т.п.

3. Воспитательная функция – формирование качеств личности и черт характера, позволяющих сформировать оптимальный психологический климат в обществе, коллективе, семье, а также формирование потребности в соблюдении норм здорового образа жизни.

4. Рекреативная функция – использование средств оздоровительной физической культуры в обеспечении полноценного отдыха, восстановления физических и психических сил с учетом характера и специфики производственного утомления.

Основные средства оздоровительной физической культуры можно выделить общие и специфические средства. К общим относятся физические упражнения, специальное оборудование, тренажеры, спортивные сооружения. К специфическим – природные и гигиенические факторы, гидро- и физиопроцедуры, «психомышечная регуляция», массаж, закаливание и др.

Ведущее место в этой структуре средств занимают физические упражнения. В оздоровительной-физической культуре следующие типы упражнений:

1. Циклические упражнения аэробной направленности (упражнения, движения которых объединены в цикл (круг), который постоянно повторяется). Они направлены на развитие общей выносливости и влияют, прежде всего, на сердечно-сосудистую и дыхательную системы, а также запускают механизмы сжигания жиров. Основными видами упражнений здесь являются: бег трусцой, плавание, езда на велосипеде, аэробика, езда на лыжах и т. д. Использование этих упражнений позволяет решить общую задачу оздоровительной тренировки – расширить резервы кислородтранспортной системы.

2. Циклические упражнения смешанной направленности (аэробной и анаэробной) используются для развития общей и специальной выносливости.

3. Ациклические упражнения (структура движений не имеет стереотипного цикла и изменяется в ходе их выполнения). К ним относятся гимнастические и силовые упражнения, прыжки, метания, спортивные игры, единоборства. Выполнение этих упражнений кратковременно, они выполняются в основном в анаэробном режиме.

Ациклические упражнения оказывают преимущественное влияние на функции опорно-двигательного аппарата, в результате чего повышаются сила мышц, быстрота реакции, гибкость и подвижность в суставах, лабильность нервно-мышечного аппарата. К видам с преимущественным использованием ациклических упражнений можно отнести гигиеническую и производственную гимнастику, занятия в группах здоровья и общей физической подготовки (ОФП), ритмическую и атлетическую гимнастику, гимнастику по системе «хатха-йога».

Частные задачи оздоровительной физической культуры (развитие силы, гибкости, координации) могут быть решены включением в занятие таких средств тренировки, как гимнастические и силовые упражнения, спортивные игры, упражнения на тренажерах и пр. Рациональное соотношение тренировочных средств определяется уровнем развития физических качеств, состоянием здоровья занимающихся, полом, возрастом и т. д.

В силу распространенности среди населения различных систем физических упражнений как традиционных (основная гимнастика, гигиеническая гимнастика, атлетическая гимнастика, ритмическая гимнастика и др.), так и достаточно экзотических (аэробика и ее разновидности, шейпинг, стретчинг, калланетик, йога и др.), следует учитывать, что не всякая система может быть оздоровительной. По мнению И. И. Никулина и Л. Н. Забниной (2001), оздоровительная система физических упражнений должна обеспечивать:

- 1) оптимальный двигательный режим;
- 2) улучшение психической и физической работоспособности;
- 3) совершенствование личности;

4) рекреативную деятельность.

Кроме этого, «оздоровительная система», по мнению специалистов Г. Л. Апанасенко и Л. А. Поповой (2000), Т. С. Лисицкой (2002), должна обладать следующими дополнительными свойствами:

а) безопасностью – подразумевается не только отсутствие травм и соответствие структуры движений естественной биомеханике человека, но и отсутствие негативного влияния на психику занимающихся (особенно отсутствие агрессивности, которая характерна для различных единоборств);

б) доступностью – пригодность системы физических упражнений для занимающихся различного уровня подготовленности и возраста;

в) разнообразием упражнений – упражнения, составляющие систему, должны обеспечивать нагрузку на возможно большее число мышечных групп, иметь разные режимы выполнения, для того чтобы развивать различные двигательные качества (силу, выносливость, координацию и т.д.);

г) вариативностью нагрузки – упражнения должны быть разнообразными по объему и интенсивности нагрузки с необходимой дискретностью.

Таким образом, оздоровительная физическая культура – это способ осуществления разнообразной физкультурно-оздоровительной деятельности. Это та база, на которой строится так называемая оздоровительная индустрия и физкультурно-оздоровительная работа, и прочие виды деятельности, которые используются в досуговой и рекреационной деятельности.

6. ФОРМЫ ЗАНЯТИЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ. ПРАВИЛА ЗАНЯТИЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ.

Технологии программ оздоровительной физической культуры интегрируют всё лучшее, что разрабатывается в смежных научных дисциплинах. Это позволяет обеспечивать ее высокую эффективность. Специалисты в области физкультурно-оздоровительных технологий опираются на знания, накопленные в спорте высших достижений, разработки по теории и методике управления процессом тренировки, построения занятия, психологии физической культуры. Широко используются отработанные методики и принципиальные подходы из области лечебной физкультуры.

Оздоровительная физическая культура может осуществляться в двух основных формах организации занятий:

– *коллективные занятия*, предполагающие занятия в группах здоровья, секции общефизической подготовки, походы. Оздоровительные занятия по физической культуре, которые проводятся в так называемых «группах здоровья» и разделах общефизической подготовки, основаны на комплексном применении различных физических упражнений. Такие занятия проводятся круглый год на протяжении многих лет, при этом структура и содержание занятий частично меняются в зависимости от возраста занимающихся и других условий. В процессе занятий нагрузки перестают увеличиваться, но иногда меняют форму, сохраняя стабилизирующую функцию. Снижается объем нового материала, который нужно освоить. Продолжительность первого периода обучения 3-6 месяцев, задачи этого периода – создать условия для постепенного повышения функциональных возможностей организма, улучшить общее самочувствие, восстановить утраченные двигательные навыки, необходимые для дальнейшего обучения. В последующие периоды оздоровительной физической культурой обеспечивается развитие основных физических качеств, формирование и совершенствование необходимых двигательных навыков.

– *самостоятельные (индивидуальные) занятия*. К индивидуальным физическим упражнениям относятся: утренняя гигиеническая гимнастика, аэробные упражнения циклического характера средней интенсивности, не вызывающие резкого усиления кровообращения и дыхания (оздоровительная ходьба, оздоровительный бег трусцой), различные игры по упрощенным правилам, спортивные упражнения с ограниченными тренировочными нагрузками. Человек, самостоятельно занимающийся физическими упражнениями для укрепления и поддержания здоровья, должен знать правила организации урока, понимать суть его составляющих, их предназначение.

Углубленные знания о физиологических механизмах физической культуры, в частности оздоровительной, позволяют представить процесс как монолитное, многоуровневое целое, дифференцированное на части, содержание и организация которого определяются целевыми задачами и объективными предпосылками, исходящими из закономерностей адаптации организма к конкретному режиму мышечной деятельности.

В соответствии с программно-целевым принципом построения тренировок (занятий) вначале формируются конкретные целевые задачи, затем определяются объективно необходимые для их реализации содержание, объем и организация тренировочной нагрузки.

Занятия физическими упражнениями могут иметь и положительный, и отрицательный эффект. То, что полезно для одного человека, может оказаться вредным для другого. Применяемые в оздоровительной физической тренировке упражнения должны быть доступны для занимающихся в координационном и функциональном плане. В связи с этим проведение скрининга состояния здоровья и физической подготовленности необходимо для снижения фактора риска и вероятности получения травм.

Выбор тренирующих воздействий и их организация производятся на основе:

- знаний функциональных возможностей организма;
- адаптационных возможностей организма;
- моторной специфики конкретного вида двигательной активности.

Представления о физиологических механизмах и количественно-временных параметрах развития соответствующих приспособительных перестроек в организме являются объективной предпосылкой к определению содержания и организации оздоровительной тренировки.

Физическая активность детей и подростков благоприятно отражается на следующих показателях, связанных со здоровьем: состоянии физического здоровья (кардиореспираторный и мышечный тонус), состоянии кардиометаболического здоровья (артериальное давление, дислипидемия, содержание глюкозы и инсулинорезистентность), состоянии костной системы, развитии когнитивных способностей (академическая успеваемость, способность к целенаправленной деятельности), состоянии психического здоровья (уменьшение симптомов депрессии); и снижении степени ожирения.

Физическая активность взрослых благоприятно отражается на следующих показателях, связанных со здоровьем: снижается смертность от всех причин, в том числе от сердечно-сосудистых заболеваний, снижается заболеваемость гипертонией, раком отдельных локализаций, диабетом 2-го типа, улучшается психическое здоровье

(снижаются симптомы тревоги и депрессии); улучшаются когнитивное здоровье и сон; также может снижаться степень ожирения.

Физическая активность пожилых людей благоприятно отражается на следующих показателях, связанных со здоровьем: снижается смертность от всех причин, в том числе от сердечно-сосудистых заболеваний, снижается заболеваемость гипертонией, раком отдельных локализаций, диабетом 2-го типа, улучшается психическое здоровье (снижаются симптомы тревоги и депрессии), улучшаются когнитивное здоровье и сон; также может снижаться степень ожирения. У пожилых людей занятия физически активной деятельностью помогают предотвращать падения и связанный с падениями травматизм, а также препятствуют ухудшению состояния костной системы и ее функциональных возможностей.

Физическая активность беременных женщин и женщин в послеродовом периоде благоприятно отражается на следующих показателях, связанных со здоровьем матери и плода: снижаются риски преэклампсии, гестационной гипертензии, гестационного диабета, чрезмерного гестационного увеличения массы тела, осложнений при родах и послеродовой депрессии, а также уменьшается количество осложнений у новорожденных, исключаются негативные факторы, влияющие на массу ребенка при рождении; и также исключается повышение риска мертворождения.

Физическая активность может благоприятно отражаться на здоровье взрослых и пожилых людей со следующими хроническими патологиями: благодаря поддержанию физической активности у лиц, переживших онкологические заболевания, снижаются показатели смертности от всех причин и конкретных онкологических заболеваний, а также риск рецидива или второго первичного рака; у лиц, страдающих артериальной гипертензией, благодаря поддержанию физической активности снижаются показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, замедляется прогрессирование заболевания, улучшаются показатели физического функционирования, а также повышается качество жизни, обусловленное состоянием здоровья; у лиц, страдающих сахарным диабетом 2-го типа, благодаря поддержанию физической активности снижаются показатели смертности от сердечно-сосудистых заболеваний и замедляется прогрессирование заболевания; лицам с ВИЧ-инфекцией поддержание физической активности может помочь улучшить физическое и психическое здоровье (снизить симптомы тревоги и депрессии), не оказывая при этом негативного воздействия на прогрессирование болезни (на число CD4-клеток и вирусную нагрузку) или состав тканей организма.

Во многих случаях физическая активность приносит детям и подросткам с ограниченными возможностями такую же пользу для здоровья, которую, как отмечалось в разделе выше, она приносит всем детям и подросткам. Дополнительная польза физической активности в улучшении показателей здоровья людей с ограниченными возможностями также заключается в том, что улучшаются когнитивные способности лиц с заболеваниями и расстройствами, связанными с нарушением когнитивных функций, в том числе лиц с синдромом дефицита внимания/гиперактивности (СДВГ); у детей с ограниченными интеллектуальными возможностями могут улучшаться показатели физического функционирования.

Физическая активность приносит взрослым с ограниченными возможностями такую же пользу для здоровья, которую, как отмечалось в разделе выше, она приносит всем взрослым. Дополнительная польза физической активности в улучшении показателей здоровья людей с ограниченными возможностями также заключается в следующем: у взрослых, страдающих рассеянным склерозом, улучшаются показатели физического функционирования, а также физические, психологические и социальные аспекты качества жизни, обусловленного состоянием здоровья; у лиц с повреждениями спинного мозга улучшается функция ходьбы, повышается мышечная сила и улучшается функция верхних конечностей; а также улучшается качество жизни, обусловленное состоянием здоровья; у людей с заболеваниями или расстройствами, связанными с нарушением когнитивных функций, улучшаются показатели физического функционирования и когнитивной деятельности (у лиц с болезнью Паркинсона и лиц, имеющих в анамнезе инсульт); оказывается положительное воздействие на когнитивную деятельность; а также может улучшаться качество жизни (у взрослых, страдающих шизофренией); могут улучшаться показатели физического функционирования (у взрослых с ограниченными интеллектуальными возможностями); и улучшается качество жизни (у взрослых, страдающих большим депрессивным расстройством).

Правила занятий оздоровительной физической культурой.

Оздоровительная тренировка имеет определенные отличия от тренировки спортивной. Если спортивная тренировка предусматривает использование физических нагрузок в целях достижения максимальных результатов в избранном виде спорта, то оздоровительная – в целях сохранения и укрепления здоровья. Основная направленность оздоровительной физической культуры – повышение функциональных возможностей организма и физической подготовленности. Однако, чтобы добиться выраженного оздоровительного эффекта, физические упражнения должны сопровождаться значительным расходом энергии и давать длительную равномерную нагрузку системам

дыхания и кровообращения, обеспечивающим доставку кислорода тканям, т. е. иметь выраженную аэробную направленность. Эффективность физических упражнений оздоровительной направленности определяется периодичностью и длительностью занятий, интенсивностью и характером используемых средств, режимом работы и отдыха, использованием закаливающих процедур.

Для того чтобы упражнения с оздоровительной направленностью оказывали на человека положительное влияние, необходимо соблюдать ряд методических правил.

1. Постепенность наращивания длительности и интенсивности нагрузок. При низкой исходной физической работоспособности добавления нагрузок должны составлять не более 3 – 5 % по отношению к достигнутому уровню, а после достижения более высоких показателей – меньше. Постепенно увеличивать нагрузку, не перегружая организм, а наоборот, давая ему возможность адаптироваться, справляться с всё более длительными и сложными заданиями, можно следующими способами:

- увеличение частоты занятий;
- увеличение продолжительности занятий;
- увеличение интенсивности занятий (темпа, в котором выполняются физические упражнения);

– увеличением моторной плотности занятий. На первых занятиях она равна примерно 45–50 %, по мере приспособления организма к физическим нагрузкам может достигать 70–75 % общего времени занятий;

– постепенным расширением средств, используемых на тренировке с тем, чтобы оказывать воздействие на различные мышечные группы, на все суставы и функциональные системы организм;

- увеличение сложности и амплитуды движений;
- правильным построением занятий. В зависимости от самочувствия, погоды, степени подготовленности занимающихся можно увеличить или уменьшить подготовительную, основную и заключительную части занятий.

2. Разнообразие применяемых средств. Для качественного разнообразия физических нагрузок достаточно всего 7–12 упражнений, воздействующих на все мышечные группы. Эффективными средствами разносторонней тренировки, включающими в работу большое количество мышц и совершенствующими кардиореспираторную систему являются: бег, ходьба на лыжах, плавание, ритмическая гимнастика и др. В содержание оздоровительной тренировки должны входить упражнения на выносливость (бег в медленном и среднем темпе), силовые упражнения для крупных мышечных групп (сгибание и разгибание рук в упоре лежа, приседания, поднятие ног в

висе на перекладине или гимнастической стенке и т. д.), упражнения для суставов позвоночника, рук, ног, а также упражнения в перемене положения тела (наклоны туловища вниз в стороны и др.), упражнения с предметами (мячи, обручи, гантели и т. д.).

3. Регулярные систематические занятия. Систематические занятия физическими упражнениями оказывают благотворное влияние почти на все органы и системы организма. Эффективным средством, способствующим повышению функциональных возможностей организма, тормозящим развитие процесса старения, является активный двигательный режим. Двигательная активность варьируется в зависимости от индивидуальных особенностей и состояния организма, условий и режима жизни.

В оздоровительных целях можно рекомендовать соответствующий недельный объём двигательной активности для людей разного возраста (ВОЗ, 2020) (Приложение 1).

4. Осуществление регулярного контроля за физическими нагрузками (более подробно в разделе 8 настоящих методических рекомендаций).

В научных исследованиях перечисляются симптомы и жалобы, возникающие у практически здоровых лиц с недостаточной двигательной активностью: отдышка при незначительной физической нагрузке, уменьшение работоспособности, быстрая утомляемость, боль в области сердца, головокружение, склонность к запорам, боль в спине, нарушение сна, снижение концентрации внимания, повышенная нервно-эмоциональная возбудимость.

Различают кратковременный и долгосрочный адаптационный эффект от нагрузки. Наложение срочных адаптивных процессов (при тренировке в фазе суперкомпенсации) приводит к долгосрочным адаптивным изменениям при условии регулярных занятий. В связи с этим оздоровительной тренировкой рекомендуется заниматься 3–5 раз в неделю.

При планировании оздоровительной тренировки следует учитывать факт обратимости адаптационных изменений. При перерыве в занятиях и их прекращении положительные структурные и функциональные сдвиги постепенно снижаются и исчезают.

Физические нагрузки достаточной продолжительности и интенсивности дают положительный психологический эффект. В то же время владение простейшими психологическими приемами концентрации внимания, расслабления мышц, релаксации и др. способствует более эффективному положительному воздействию упражнений на организм занимающихся.

Особенности воздействия физических упражнений на организм и требования к их применению в оздоровительной тренировке:

1. Во время тренировки активизируются два основных процесса, управляемых гормональной системой: разрушающие (катаболические) и синтезирующие (анаболические), протекающие сбалансированно.

2. Большинство систем организма обслуживают мышечную деятельность. Поэтому рациональная тренировка оздоровительной направленности должна эффективно решать задачу повышения силы и выносливости практически всех мышечных групп, не оставляя слабых звеньев. Если человек имеет тренированные мышцы, то, как правило, можно говорить о том, что он обладает более высоким уровнем работоспособности всех систем, в том числе гормональной, сердечно-сосудистой, нервной, опорной и др.

3. Физические упражнения способны оказывать оздоравливающее воздействие на пищеварительную систему, включая обслуживающие ее железы (печень, поджелудочная железа и др.), которая стоит на первом месте среди систем, нарушения в которых непосредственно приводят к потере здоровья. Оздоровительная тренировка может способствовать оздоровлению этой системы путем:

- уменьшения отложений внутрибрюшного жира;
- массажа органов брюшной полости окружающими мышцами, включая диафрагму;
- нервно-рефлекторной стимуляции органов желудочно-кишечного тракта путем воздействия на рефлекторные зоны и акупунктурную систему при выполнении определенных упражнений;
- релаксирующей тренировки.

Кроме того, питание способствует созданию анаболического или катаболического фона в организме, что предъявляет требования к его организации в соответствии с режимами нагрузки при решении задач снижения или увеличения массы тела за счет сжигания жировых отложений или наращивания мышечной массы.

4. Рационально построенная тренировка должна обеспечивать профилактику заболеваний позвоночника. Они вызываются либо органическим поражением (травмой), либо гипертонусом мышц спины (более 80 % случаев), либо недостатком движений в этом отделе опорно-двигательного аппарата. Тренировка должна быть, безусловно, травмобезопасной, стимулировать общий анаболический фон, включать достаточно большое количество медленных движений с ограниченной амплитудой во всех отделах позвоночника для улучшения питания межпозвоночных дисков, задействовать связки, сокращать и растягивать глубокие мышцы позвоночного столба для ликвидации их спазмов, укреплять все мышечные группы спины и брюшного пресса для создания мышечного корсета для позвоночника.

5. Значение дыхательных упражнений в процессе физической тренировки может определяться следующим:

- воздух, проходящий через носовые пазухи (дышать следует только через нос), рефлекторно воздействует на многие системы и органы;

- интенсивный воздушный поток, проходящий через носоглотку, оказывает закаливающий эффект;

- экскурсия диафрагмы (при глубоком брюшном дыхании) является дополнительным массажем органов брюшной полости;

- редкое глубокое дыхание позволяет поднять пиковую концентрацию кислорода и углекислого газа, способствующую расслаблению гладкой мускулатуры сосудов, и улучшает трофику тканей;

- ритмичное глубокое дыхание уравнивает психические процессы.

Способность к устойчивой психической концентрации и связанное с ней умение управлять своим психическим состоянием – жизненно важный навык современного человека. Если характер физической тренировки позволяет достаточно длительно концентрировать внимание на определенных мышечных группах и областях тела, активных в данный момент, то тем самым формируется рефлекторный навык, позволяющий не только устойчиво фиксировать внимание на объекте, но и вызывать требуемые вегетативные реакции в организме (основа психофизиологического аутотренинга). Этот навык является основой любой психорегулирующей тренировки.

6. Избавление от избыточной массы тела и формирование красивой фигуры – наиболее значимый стимул для занятий оздоровительной гимнастикой. Хотя похудание не следует считать главной задачей при составлении программы занятий, оздоровительная тренировка должна способствовать положительному изменению состава тела. С целью снижения жировых запасов с пользой для здоровья необходимо соблюдать следующие требования:

- нормализовать работу всех органов и систем, от которых зависят обменные процессы в организме;

- увеличивать силу, выносливость и эластичность мышц для обеспечения большей подвижности и активности человека в повседневной деятельности, улучшения самочувствия и самооценки;

- активизировать нейрогуморальные механизмы, способствующие выбросу липотропных гормонов и нейромедиаторов, мобилизующих жировые депо во время тренировки, и сохранению их высокой концентрации после нее для освобождения и

сжигания жира из подкожных жировых депо; повысить уровень основного обмена после занятий в течение одного-двух дней;

– полностью расслабиться, создать ощущение покоя, удовлетворения, стабильности и гармонии с окружающей средой как противовеса психологической зависимости от необходимости постоянно потреблять вкусную и «здоровую» пищу в адекватных количествах;

– тренировка не должна быть энергоемкой, т. к. большой расход энергии значительно снижает углеводные запасы в организме, что приводит к повышению аппетита после занятий. Кроме того, активное и интенсивное сжигание калорий во время тренировки – практически бесполезное занятие, если ставится задача стабильного и долговременного снижения массы тела, жир сжигается после тренировки, когда повышается основной обмен и потребляется низкокалорийная пища. В целом же при организации занятий, основной целью которых является долговременное улучшение состава тела, необходимо стремиться не уменьшить запасы жировой ткани любым путем, а помочь занимающемуся стать другим человеком – более здоровым, более сильным, более активным, изменить его привычки, образ жизни и т. д. Другими словами, физическая тренировка будет эффективной только в том случае, если она является частью широкой программы работы с человеком, и в центре ее находятся психологические и социологические, а не только и не столько тренировочные аспекты.

7. Тренировка может называться оздоровительной, если она проходит на фоне положительного психоэмоционального состояния, способствует снятию стрессов и расслаблению психики, вызывая ощущение умиротворения и комфорта.

Чтобы физическая культура оказывала положительное влияние на здоровье человека, необходимо соблюдать дополнительные условия:

1) средства и методы физического воспитания должны применяться только такие, которые имеют научное обоснование их оздоровительной ценности;

2) физические нагрузки должны планироваться в соответствии с возможностями занимающихся;

3) в процессе использования всех форм физической культуры необходимо обеспечить регулярность и единство врачебного, педагогического контроля и самоконтроля.

7. МЕСТО ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПРИКЛАДНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ В СИСТЕМЕ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПРИКЛАДНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ

Профессионально-прикладная физическая подготовка (ППФП) – специально направленное и избирательное использование средств физической культуры и спорта для подготовки человека к определенной профессиональной деятельности. Также ППФП – одно из основополагающих направлений системы физического воспитания, формирующее прикладные знания, физические и специальные качества, умения и навыки, способствующие достижению объективной готовности человека к условиям и воздействиям профессиональной деятельности.

В перечень основных факторов, определяющих конкретное содержание ППФП, можно отнести:

– формы (виды) труда специалистов данного профиля. Основные формы труда – физический и умственный. Разделение труда на «физический» и «умственный» носит условный характер. Однако такое разделение необходимо, ибо с его помощью легче изучать динамику работоспособности специалистов в течение рабочего дня, а также подобрать средства физической культуры и спорта в целях подготовки к предстоящей работе по профессии;

– условия и характер труда. Условия труда (продолжительность рабочего времени, комфортность производственной сферы) влияют на подбор средств физической культуры и спорта для достижения высокой работоспособности и трудовой активности человека, а следовательно, определяют конкретное содержание ППФП специалистов в определенной профессии. Характер труда также определяет содержание ППФП, ибо для того, чтобы правильно подобрать и применить средства физической культуры и спорта, важно знать, с какой физической и эмоциональной нагрузкой работает специалист, как велика зона его передвижения и т.д. Следует учитывать, что характер труда специалистов одного и того же профиля может быть разным даже при работе в одних и тех же условиях, если они выполняют неодинаковые виды профессиональных работ и служебных функций. В таких случаях у специалистов совершенно разные психофизические нагрузки, поэтому нужны разные прикладные знания, умения и навыки, разнонаправленные рекомендации по применению средств физической культуры и спорта в режиме труда и отдыха;

– режим труда и отдыха. Влияет на выбор средств физической культуры, чтобы поддерживать и повышать необходимый уровень жизнедеятельности и работоспособности. Рациональным режимом труда и Отдыха на любом предприятии

считается такой режим, который оптимально сочетает эффективность труда, индивидуальную производительность, работоспособность и здоровье трудящихся;

– особенности динамики работоспособности специалистов в процессе труда и специфика их профессионального утомления и заболеваемости. Эта динамика определяется с помощью «кривой» работоспособности на основе фиксированных изменений психофизиологических и технико-экономических показателей деятельности человека величины выработки; времени, затраченного на операцию; частота пульса величины кровяного давления мышечной силы; тремора частоты дыхания; показателей внимания; скорости зрительно-слуховых, моторных и психических реакций и др. Кроме этих показателей учитываются факторы: суточные колебания работоспособности, колебания работоспособности в течение рабочего дня и недели, характер и условия труда и др. Существуют три фазы динамики работоспособности: вработывания, высокой и устойчивой работоспособности, снижения работоспособности. В течение одного рабочего дня обычно фаза снижения работоспособности прерывается обеденным перерывом, после которого организм человека проходит через все фазы динамики работоспособности, хотя они и претерпевают определенные изменения: вработывание завершается быстрее, фаза устойчивой работоспособности наступает раньше и более выражена.

Дополнительными факторами определения конкретного содержания ППФП можно назвать индивидуальные (в том числе возрастные) особенности работников и специалистов, а также географо-климатические особенности региона трудоустройства. Установлено, что под влиянием регулярных занятий физической культурой и спортом происходит неспецифическая адаптация человека и к таким сильнодействующим раздражителям, какими являются жара, холод, горная гипоксия, устойчивость к проникающей радиации, инфекциям и др. Кроме того, в процессе ППФП будущих специалистов к работе в сложных условиях могут быть специально использованы определенные виды спорта или отдельные упражнения, избирательно формирующие и развивающие необходимые прикладные знания, умения, навыки, физические и специальные качества.

Таким образом, изучение условий и характера труда, психофизиологических процессов, сопровождающих различные виды профессиональной деятельности, позволяет определить перечень тех необходимых прикладных знаний, умений и навыков, физических и специальных качеств, которые обеспечивают успешность профессиональной деятельности. Это позволяет поставить конкретные задачи и определить содержание ППФП занимающихся, т.е. подобрать наиболее эффективные

педагогические средства из обширного арсенала средств физической культуры и спорта, способствующие осуществлению качественной профессиональной подготовки.

Цель ППФП – психофизическая готовность к успешной профессиональной деятельности. Чтобы достичь эту цель, необходимо создать ещё в период профессионального обучения у будущих специалистов психофизические предпосылки и готовность к:

- ускорению профессионального обучения;
- достижению высокопроизводительного труда в избранной профессии;
- предупреждению профессиональных заболеваний и травматизма, обеспечению профессионального долголетия;
- использованию средств физической культуры и спорта для активного отдыха и восстановления общей и профессиональной работоспособности в рабочее и свободное время;
- выполнению служебных и общественных функций по внедрению физической культуры и спорта в профессиональном коллективе.

Конкретные задачи ППФП в период получения образования определяются особенностями их будущей профессиональной деятельности и состоят в том, чтобы:

- формировать необходимые прикладные знания;
- осваивать прикладные умения и навыки;
- воспитывать прикладные физические качества.

Прикладные умения и навыки обеспечивают быстрое овладение необходимыми трудовыми операциями, безопасность в быту и при выполнении определенных видов работ.

Прикладные физические качества – это перечень необходимых для каждой профессиональной группы физических качеств, которые можно формировать при занятиях различными видами спорта.

Формировать специальные качества можно в процессе ППФП не только с помощью специально подобранных упражнений, но и при регулярных занятиях соответствующими в каждом случае (прикладными) видами спорта. Следует иметь в виду и особенности так называемой неспецифической адаптации человека. Установлено, что хорошо физически развитый и тренированный человек быстрее акклиматизируется в новой местности, легче переносит действие низкой и высокой температуры, более устойчив к различного рода инфекциям, проникающей радиации и т.д.

При решении конкретных задач профессионально-прикладной физической подготовки будущих специалистов следует обращать внимание на то, что такая

подготовка осуществляется в тесной связи с общей физической подготовкой, которая является основой практического раздела учебной дисциплины «Физическая культура» в вузе. В то же время, только общая физическая подготовка не может полностью решить задачи специальной подготовки к определенной профессии.

Профессионально-прикладная физическая подготовка должна опираться на хорошую общефизическую подготовленность. Соотношение общей и профессионально-прикладной подготовки может изменяться в зависимости от профессии. Для представителей гуманитарных профессий хорошей общей физической подготовленности вполне достаточно для психофизической готовности к будущей профессии. В других случаях (юридические, технические специальности и др.) общая физическая подготовка не может обеспечить необходимого уровня готовности к профессиональному труду. Здесь обязательно требуется специальная и объемная профессионально-прикладная физическая подготовка по всем параметрам, которая нередко нуждается в самостоятельном дополнительном курсе ППФП сверх отведенных часов.

Воспитание прикладных физических качеств – это целенаправленное воспитание и совершенствование физических качеств человека (силы, быстроты, ловкости, выносливости, гибкости) в целях ППФП. Наибольший эффект в воспитании прикладных физических качеств дает комплексный метод тренировки. В начальном периоде тренировки наблюдается одновременное улучшение всех этих физических качеств, что связано с явлением положительного переноса. По мере повышения тренированности величина эффекта переноса уменьшается, что требует более тщательного подбора специальных упражнений. Кроме того, нельзя не учитывать и возможности возникновения явления интерференции по отношению к другим двигательным качествам.

Так, например, установлено, что силовые упражнения могут отрицательно сказываться на темпе движений без нагрузки, на проявлении выносливости и т.д. Связь двигательных качеств на высоком уровне их развития такова, что практически развитие одного из них тормозит развитие другого. Однако характер и величина этого влияния зависят не только от особенностей отдельных двигательных качеств, но и от применяемых средств и нагрузок в процессе подготовки. Следовательно, переносом тренированности можно управлять путем обоснованного подбора объема, интенсивности, характера подготовительных и специальных упражнений. В случае прекращения систематических тренировочных занятий уровень развития двигательных качеств снижается. Быстрее утрачивается скорость, медленнее – сила, еще медленнее – выносливость. Знание этих особенностей стимулирует у занимающихся интерес к проведению самостоятельных

занятий для поддержания необходимого уровня профессионально-прикладных качеств в период обучения и после окончания вуза.

Воспитание силы. Сила мышц в значительной мере определяет быстроту движений и играет большую роль в работе, требующей выносливости и ловкости. В большинстве видов современной трудовой деятельности решающее значение имеет уровень не абсолютной, а относительной силы мышц – сила в килограммах, приходящейся на 1 кг собственной массы тела. Максимальная величина силы находится в зависимости от условий ее проявления. Это положение весьма важно при определении методики ППФП представителей отдельных профессий, у которых проявление силы в процессе труда, как правило, обусловлено режимом и условиями их профессиональной двигательной деятельности (так, например, после сна мышечная сила постепенно увеличивается, достигая максимума через 3-5 часов).

Далеко не каждое силовое упражнение обеспечивает специальную силовую подготовку: необходимо подбирать упражнения, сходные по структуре, величине и характеру нервно-мышечных усилий, угловой амплитуде рабочих движений и т.д. с основным действием, а это предполагает предварительное изучение топографии мышц и режима их работы в процессе труда.

В профессиональной деятельности подавляющего числа специалистов практически не встречаются ситуации, требующие максимальных мышечных напряжений, поэтому воспитание силы посредством преодоления неопредельных отягощений (сопротивлений) более оправдано и приемлемо для решения задач ППФП занимающихся, имеющих, как правило, самый различный уровень физической подготовленности. Кроме того, имеет место существенное отличие большинства спортивных движений от профессиональных действий специалистов в сфере производства. Если в спорте статические усилия требуются относительно редко, причем лишь в качестве компонента динамических двигательных актов, то во многих видах современного труда бывает обратная картина – на фоне длительного статического напряжения значительных групп мышц в микродвижениях. Поэтому в целях ППФП могут применяться более широко, самостоятельно или в комплексе с динамическими и изометрическими упражнениями, которые требуют мало времени, простого оборудования и даже могут применяться на рабочем месте.

Воспитание быстроты основывается на особенностях форм ее проявления в производственных условиях, так как прямой непосредственный перенос быстроты движений происходит лишь в координационно сходных движениях. Поэтому при воспитании быстроты и точности действий в целях ППФП будущего специалиста в

определенной степени моделируются условия, в которых ему придется действовать. В большинстве современных профессий требуется не максимальная быстрота движений и их совершенная точность, а близкое к оптимальному сочетание того и другого. Причем эти движения не требуют значительных мышечных усилий (IT-специалисты, финансисты, экономисты и т.д.). Для представителей многих профессий, в том числе и для специалистов высшей квалификации, важна способность проявления сложной реакции на движущийся объект или реакции выбора, т.е. двигательного ответа на ряд возможных изменений в окружающей обстановке. Для воспитания быстроты таких сложных реакций используются безграничные возможности спортивных упражнений в моделировании различных ситуаций. Тренировочные требования при этом повышаются за счет увеличения скорости, внезапности появления объекта, сокращения дистанции.

Практически этим требованиям отвечают занятия спортивными и подвижными играми, различными видами единоборств и некоторые упражнения из легкой атлетики и других видов спорта. Воспитание быстроты движений у занимающихся в целях ППФП требует специально организованных занятий, что обусловлено возрастным составом занимающихся, поскольку известно, что у лиц старше 18 лет прекращается естественное повышение скоростных качеств и требуется длительная направленная и систематическая тренировка для их совершенствования.

Воспитание выносливости будущего специалиста в процессе ППФП является одним из действенных средств достижения высокой профессиональной работоспособности, основанной на повышении устойчивости центральной нервной системы и всего организма к производственному утомлению. Функциональные возможности человека в упражнениях, требующих проявления выносливости, определяется наличием и соответствующим уровнем развития двигательных навыков, а также аэробными и анаэробными возможностями организма. Однако в трудовой деятельности в отличие от спортивной повышенные требования к анаэробным возможностям организма предъявляют лишь в очень ограниченном перечне специальностей и только в исключительных случаях. Поэтому наибольшее значение для целей ППФП будущих специалистов имеет развитие аэробных возможностей их организма, обеспечивающих длительную продуктивную работу невысокой мощности в течение сравнительно длительного периода рабочего времени (рабочего дня, недели, года).

Выносливость, как и другие качества, чаще всего проявляются специфически в зависимости от характера профессиональной деятельности, характера возникающего утомления. В настоящее время различают несколько типов утомления: умственное,

сенсорное (связанное с преимущественной нагрузкой на органы чувств), эмоциональное, физическое, при которых характер и механизмы утомления и развития выносливости будут различными. Общая выносливость определяет возможности проявления и специальной выносливости в специфических спортивных и трудовых действиях, поскольку при этом отмечается перенос тренированности и повышение функциональных возможностей вегетативных систем организма у данного человека на все проявление выносливости при выполнении разнообразных действий. Поэтому, приступая к развитию специальной выносливости к определенной профессиональной деятельности путем соответствующего подбора физических упражнений, предварительно обеспечивается расширение возможностей сердечно-сосудистой и дыхательной систем, воспитание общей выносливости занимающихся.

Для воспитания специальной выносливости тренировочные нагрузки, их характер и направленность определяются в соответствии с теми приспособительными изменениями, которые необходимо вызвать в организме, чтобы противостоять утомлению, возникающему в процессе специализированной трудовой деятельности человека. Подобное соответствие характеризуется следующими пятью компонентами, знание которых важно и при определении содержания ППФП: абсолютной интенсивностью упражнения, продолжительностью упражнения, продолжительностью интервалов отдыха, характером отдыха, числом повторений упражнения. В зависимости от сочетания этих компонентов будут различными не только величина, но главным образом качественные особенности ответных реакций организма. Многообразие проявления видов специальной выносливости в спорте, опыт их воспитания могут содействовать подбору аналогов воспитания специальной выносливости при подготовке человека к определенной профессиональной деятельности.

Воспитание ловкости и гибкости в целях ППФП занимающихся не имеет самостоятельного значения в силу особенностей характера и условий труда большинства специалистов высшей квалификации. Но поскольку ловкость и гибкость определяют быстроту овладения новыми спортивными или трудовыми движениями, а также степень использования достигнутого уровня силы, быстроты и выносливости и, следовательно, успешность профессионального обучения и продуктивность трудовых действий, воспитанию этих качеств должно уделяться необходимое внимание в разделе общей физической подготовки занимающихся.

Специальные прикладные качества могут развиваться не только при занятиях физической культурой и спортом, но и в процессе трудовой деятельности. Однако такая «подготовительная» роль самого труда проявляется только на первых этапах

профессиональной деятельности, и то, лишь до определенного уровня, что в некоторой степени ограничивает профессиональное совершенствование человека. Поэтому содержание ППФП тесно связано с развитием тех функций и качеств, которые соответствуют критерию пригодности человека определенным профессиям. Занятия различными физическими упражнениями и видами спорта предоставляют возможность моделировать и те виды деятельности, которые требуют от человека проявления определенных специальных качеств. Это указывает на то, что специальные качества можно совершенствовать путем направленного подбора средств физической культуры и спорта и методик их применения. Так, например, занятия спортивными играми способствуют увеличению угла зрения, улучшению пространственной ориентировки и т.д.; занятия гимнастикой, акробатикой, прыжками в воду и на батуте – устойчивости к перегрузкам и сильнодействующим раздражителям вестибулярного аппарата; занятия видами спорта, при которых возникает двигательная гипоксия, а также альпинизмом – устойчивости к двигательной и высотной гипоксии и т.д. Методика применения средств физической культуры и спорта в целях воспитания специальных прикладных качеств всегда тесно связано и во многом определяется конкретными условиями и характером профессионального труда специалиста.

Производственная физическая культура (ПФК) как деятельность – это рационально избранная и методически осуществляемая система физических упражнений, профессионально-прикладных, оздоровительных, физкультурных и спортивных мероприятий, направленных на достижение, повышения и устойчивое сохранение дееспособности человека в производстве, готовности наилучшим образом действовать в условиях определенной трудовой деятельности и конкретного рабочего места.

Основная цель ПФК – развитие, достижение и устойчивое обеспечение готовности человека к выполнению им ведущей социальной функции – производственно-трудовой деятельности.

К средствам обеспечения ПФК в организации относятся:

- специальные теоретические и программно-методические разработки;
- правовые основы и административные акты, разработанные и принятые на уровне организации, организационная структура;
- кадры специалистов и степень их мотивации и активности в отношении своего здоровья;
- система стимулирования (пропаганды) в организации;
- материально-технического и медико-биологического обеспечения.

Общими задачами ПФК можно назвать:

1. Развивать, совершенствовать и сохранять физические качества и способности, двигательные умения и навыки людей, необходимые для успешного овладения профессией и повышения профессиональной квалификации, для долгосрочного устойчивого сохранения работоспособности в конкретных производственных условиях.

2. Способствовать созданию наиболее благоприятных условий и режимов труда и отдыха в течение рабочего дня – оптимизировать условия начала работы и включения организма в профессиональную производственную деятельность; обеспечить профилактику и снижение утомления в процессе труда.

3. Способствовать более быстрому и полному восстановлению жизненных сил, затраченных в процессе труда в течение рабочего дня.

4. Активно содействовать профилактике профессиональных заболеваний, снижению отрицательного воздействия на организм трудящихся неблагоприятных факторов производственной среды и труда.

5. Содействовать развитию и проявлению трудовой активности, организованности и сплоченности производственного коллектива, улучшению трудовой дисциплины.

Физиологическими основами применения средств физической культуры в рабочем процессе являются теории активного отдыха, вработываемости организма, рабочего динамического стереотипа (РДС) и др.

Изучение динамики работоспособности в различные периоды труда, а также формирование и изменений РДС позволило выявить и определить важное место и эффективную роль средств физической культуры в активной адаптации человека к труду и тем самым создало научные предпосылки разработки мероприятий ПФК.

Производственная физическая культура в рабочее время (производственная гимнастика).

Производственная гимнастика – комплекс специальных гимнастических упражнений, применяемых в режиме рабочего дня, или связанное с ним время с целью повышения общей и специфической работоспособности при производственно-трудовой деятельности, а также с профилактической, восстановительной и компенсаторно-корректирующей целью. Видами производственной гимнастики являются: вводная гимнастика, физкультурная пауза, физкультурная минутка.

1. Вводная гимнастика выполняется до начала работы с целью активизации деятельности организма и сокращения времени вработывания в начальном периоде рабочего дня. Она особенно необходима для всех начинающих работу в ранние утренние часы. Комплекс вводной гимнастики состоит из 7 – 10 общеразвивающих гимнастических упражнений, близких по воздействиям на организм к движениям, выполняемым во время

работы. Эти упражнения подбираются с таким расчетом, чтобы ускорять и активизировать деятельность органов и систем, которые играют ведущую роль в данном виде трудовой деятельности. Общая нагрузка от упражнений не должна вызвать чувство усталости.

2. Физкультурная пауза – комплекс из 7 – 8 гимнастических упражнений, повторяемых несколько раз в течение 5 – 10 минут с целью срочного активного отдыха, предупреждения или ослабления наступившего утомления и профилактики снижения работоспособности в течение рабочего дня. Физкультурная пауза выполняется через 2 – 2,5 часа после начала работы и за 1 – 1,5 часа до окончания работы. Комплекс упражнений физкультурной паузы подбирается с учетом особенностей рабочей позы, рабочих движений, степени тяжести и напряженности труда и с соблюдением оптимального соотношения между рабочей нагрузкой и нагрузкой упражнений. Рекомендуется руководствоваться следующими правилами при определении степени нагрузки для упражнений физкультурной паузы.

Работающим с небольшой физической нагрузкой предлагаются легкие и средние по физической нагрузке упражнения; работающим со средней физической нагрузкой даются несколько более интенсивные по нагрузке упражнения; при труде, требующем участия большинства мышечных групп с различной нагрузкой, подбираются упражнения на расслабления для мышц, испытывающих значительные напряжения, а для неработающих мышц – упражнения со средней нагрузкой и упражнения на растягивание. Для работников умственного труда рекомендуется комплекс упражнений с повышенной нагрузкой.

3. Физкультурная минутка (физкультминутка) – это наиболее индивидуализированная форма кратковременной физкультурной паузы, используемой главным образом для локального воздействия на утомленную группу мышц. Она используется в случаи, когда нет возможности прервать работу для выполнения физкультурной паузы, а человек испытывает усталость отдельных частей тела или группы мышц и нуждается в кратковременном отдыхе.

Физкультурная минутка проводится в режиме рабочего дня от 2 до 5 раз, независимо от других форм производственной гимнастики. Продолжительность выполнения – 2 – 3 минуты. Физкультурная минутка состоит из трех общеразвивающих гимнастических упражнений, подобранных по принципу локального воздействия. Обычно первым выполняется упражнение типа потягивания, наклонов, прогибания. Вторым выполняется упражнение на расслабление или напряжения в зависимости от характера и места утомления. Третье упражнение имеет целью нормализовать периферическое кровообращение.

Физкультминутки могут быть применены в любых производственных условиях, так как они не требуют специальной организации в процессе проведения.

Эти виды производственной гимнастики проводятся в производственных помещениях при наличии в них благоприятных санитарно-гигиенических условий. Если эти условия неблагоприятны, то их проведение переносится в специально приспособленные для этого помещения. При отсутствии такого помещения ограничиваются проведением только физкультминуток. В процессе занятий производственной гимнастикой должны регулярно определяться ее эффективность, а результаты доводиться до сведения каждого работающего.

При составлении комплексов производственной гимнастики необходимо добиваться: соответствия содержания комплексов задачам конкретной формы производственной гимнастики, а применяемых упражнений – особенностям занимающихся и условиям проведения занятий; разностороннего воздействия упражнений на организм; взаимодополнения и взаимодействия упражнений в комплексе; соответствия меры физической нагрузки упражнениям подготовленности занимающихся и трудовой нагрузке; физического развития и подготовленности занимающихся.

Производственная физическая культура во внерабочее время. К видам производственной физической культуры во внерабочее время относятся: оздоровительно-восстановительные процедуры после работы, оздоровительно-профилактическая гимнастика, а также занятия в группах здоровья и общей физической подготовки.

1. Оздоровительно-восстановительные процедуры после работы. Активные физические упражнения после окончания трудовой деятельности являются наиболее важным средством в оздоровительно-восстановительных процедурах. К этим упражнениям относятся:

- общеразвивающие гимнастические упражнения, выполняемые без вспомогательных средств;
- упражнения, выполняемые на специальных тренажерах;
- физические упражнения, выполняемые с помощью гимнастических снарядов;
- физические упражнения, выполняемые с помощью различных спортивных снарядов и специальных предметов физкультурно-спортивного назначения;
- упражнения в виде естественных движений: ходьба, бег, плавание.

Для проведения этой работы на производстве создаются специализированные комплексы, которые включают в себя: устройства гигиенического назначения, массажеры, тренажеры, водно-тепловые установки, механо-терапевтические аппараты, оборудование для дорожек здоровья, предметы и устройства в помещениях, отведенных для

оздоровительно-восстановительных занятий. Занятия в таких комплексах эффективно дополняют разнообразные формы и методы физкультурно-оздоровительной работы среди сотрудников. При работе комплекса следует обеспечивать необходимое дозированное воздействие на каждого человека с учетом его индивидуальной характеристики.

Для повышения тонуса центральной нервной системы и общего функционального подъема, а также для ликвидации неблагоприятного влияния производственных факторов проводятся активные физические упражнения или занятия с большой физической нагрузкой, вызывающей значительные сдвиги в организме, которые оказывают тренирующее воздействие.

Необходимыми условиями, способствующими повышению эффективности занятий, являются:

- соблюдение принципа последовательности нагрузок и применяемых средств и упражнений;
- учет времени суток для проведения занятия;
- рациональное чередование физических упражнений, выполнения процедур и отдыха; индивидуализация объема, нагрузок и содержания процедур;
- использование самомассажа; использование методов аутогенной и психорегулирующей тренировки и регулирование состояния организма;
- использование приемов мышечного расслабления и специальных дыхательных упражнений.

Конкретизация объемных требований, назначений и инструкций производится с помощью специалистов в зависимости от индивидуальных особенностей работника и условий его труда.

2. Оздоровительно-профилактическая гимнастика проводится преимущественно как средство профилактики влияний на работников производственных условий, а также как средство укрепления здоровья и повышения общей физической подготовленности. В зависимости от конкретных факторов, отрицательно влияющих на здоровье и работоспособность, а также особенности и уровня интенсивности этого влияния подбираются физические упражнения, направленные на снятие или профилактику отрицательного влияния неблагоприятных факторов на организм работников на данном участке.

3. Занятия в группах здоровья, общей физической подготовки и спортивных секциях. Желающие заниматься проходят медицинское освидетельствование по месту жительства. Медицинские наблюдения за занимающимися в процессе занятий проводят врачебно-физкультурные диспансеры и поликлиники. Группы здоровья комплектуются с

учетом состояния здоровья, возраста, пола и уровня физической подготовленности занимающихся.

Занятия в этих группах имеют целью, прежде всего, укрепить защитные свойства организма к неблагоприятным воздействиям внешних факторов и условий производства, повысить уровень общей подготовленности, противодействовать появлению преждевременных признаков старения. Занятия проводятся в различных возрастных группах, которые должны насчитывать 12-15 человек.

В методике проведения занятий требуется особо строгое дозирование физической нагрузки с учетом индивидуальных особенностей состояния здоровья каждого занимающегося, соблюдение принципов постепенности и доступности, варьирование уровней объема и интенсивности выполнения упражнений по их продолжительности, количеству и темпу в зависимости от индивидуальных возможностей занимающихся.

4. Группы общей физической подготовки (ОФП). Специальными задачами при проведении занятий в группах ОФП являются: обеспечение общей физической подготовки, обучение навыкам спортивных упражнений, развитие физических качеств и привитие интереса к спорту с целью дальнейшего перехода для продолжения занятий в спортивных секциях. Группы формируются в основном из молодежи и людей среднего возраста. Количественный состав группы 15-20 человек. Занятия проводятся 2-3 раза в неделю по 2 часа.

В содержание занятий включаются самые разнообразные физические упражнения с учетом интересов и возможностей занимающихся; широко используются спортивные игры. Занимающиеся подготавливаются и принимают участия в спортивных соревнованиях по различным видам спорта.

При организации и проведении учебно-тренировочных занятий учитываются общие методические рекомендации, обращается внимание на преимущественно комплексное проведение занятий и широкое использование кругового метода тренировки. Спортивные секции организуются также для людей молодого и среднего возраста. Количественный состав групп и количество часов занятий в неделю зависит от спортивной классификации занимающихся.

Для занимающихся молодого возраста может ставиться задача достижения спортивных результатов, в более зрелом возрасте занятия направлены на сохранение достигнутого уровня спортивной и общей физической подготовленности. На каждом предприятии, в учреждении или организации рекомендуется организовывать спортивные секции по профилированным видам спорта, с учетом особенностей конкретной

производственной деятельности. Учебно-тренировочные занятия проводятся по общепринятой методике спортивной тренировки.

С целью улучшения физкультурно-оздоровительной работы на производстве необходимо:

- формирование у трудящихся осознания важности и необходимости ведения здорового образа жизни;

- проведение мониторинга состояния здоровья, физической подготовленности работающих, создание на этой основе базы данных, что позволит повысить эффективность физической культуры в укреплении здоровья трудящихся, уменьшить воздействие негативных факторов производственной деятельности на работоспособность и самочувствие человека;

- включение производственной физической культуры в систему мероприятий, направленных на улучшение условий труда, снижение количества профессиональных заболеваний;

- обустройство, где позволяют возможности, рекреационных зон (комнат здоровья, психологической разгрузки);

- введение в цехах, на производствах, участках, где численность трудящихся достигает 500 человек, должности инструктора производственной физической культуры;

- принятие руководством компаний, фирм, предприятий и учреждений оздоровительных программ, программ развития физической культуры и спорта среди трудящихся и членов их семей;

- создание законодательной и нормативной базы для направления средств предприятий и организаций разных правовых форм на мероприятия по оздоровлению населения. Привлечение средств от прибыли организаций в результате хозяйственной деятельности, на укрепление материальной базы развития физической культуры и спорта.

Развитие физической культуры и спорта для трудящихся должно осуществляться путем формирования соответствующей мотивационной структуры. В организации должна быть разработана Программа развития производственной физической культуры; разделы по развитию физкультурно-спортивной и оздоровительной работы в данном трудовом коллективе и/или сохранения здоровья работающих могут быть включены в коллективные договоры между руководителями и профсоюзными организациями предприятий. Введение комплекса «Готов к труду и обороне» также направлено на привлечение взрослого населения, занятого трудовой деятельностью, к регулярным занятиям физической культурой и спортом.

8. МЕТОДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ САМОСТОЯТЕЛЬНЫХ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКИМИ УПРАЖНЕНИЯМИ. КОНТРОЛЬ НАГРУЗКИ В ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЕ

Основным средством физической культуры являются физические упражнения – естественные и специально подобранные движения. В ОФК их отличие от обычных движений заключается в том, что они имеют целевую направленность и специально организованы для укрепления здоровья, профилактики заболеваний, а в рамках лечебной физической культуры – для восстановления нарушенных функций.

Физические нагрузки от выполнения физических упражнений вызывают перестройки различных функций организма, особенности и степень которых зависят от мощности и характера двигательной деятельности. Чем интенсивнее двигательная деятельность в границах оптимальной зоны, тем полнее реализуется генетическая программа, увеличиваются энергетический потенциал, функциональные ресурсы организма и продолжительность жизни.

Различают общий и специальный эффект физических упражнений, а также их опосредованное влияние на факторы риска. Наиболее общий эффект тренировки заключается в расходе энергии, прямо пропорциональном длительности и интенсивности мышечной деятельности, что позволяет компенсировать дефицит энергозатрат.

Адекватный двигательный режим способен в значительной степени приостановить возрастные изменения различных функций. В любом возрасте с помощью тренировки можно повысить аэробные возможности и уровень выносливости – показатели биологического возраста организма и его жизнеспособности.

В этом отношении не является исключением и опорно-двигательный аппарат. Выполнение физических упражнений положительно влияет на все звенья кости, связки, сухожилия и мышцы, препятствуя развитию дегенеративных изменений, связанных с возрастом и гиподинамией. Повышается минерализация костной ткани и содержание кальция в организме, препятствуя развитию остеопороза. Увеличивается приток лимфы к суставным хрящам и межпозвоночным дискам, что является лучшим средством профилактики артроза и остеохондроза.

В зависимости от состояния здоровья людей можно выделить четыре основных двигательных режима:

1. Оздоровительный режим – для здоровых и практически здоровых людей (т. е. не имеющих существенных отклонений в состоянии здоровья и физическом развитии), желающих укрепить здоровье и повысить физическую подготовленность, а также для лиц

с ослабленным здоровьем, но имеющих возможность использовать обычные средства физического воспитания (в данном случае не специальные медицинские).

Задача применения такого режима – устранить остаточные явления заболевания и дефекты телосложения, укрепить здоровье, довести состояние функциональных систем до физиологической нормы, повысить сопротивляемость организма неблагоприятным воздействиям факторов окружающей среды, поднять жизненный тонус, приобрести прикладные двигательные навыки. Очень важно, что по мере улучшения состояния организма возможен переход к следующему, более эффективному режиму психофизического совершенствования – тренировочному.

2. Тренировочный режим – для здоровых людей с несущественными отклонениями в состоянии здоровья при достаточном двигательном опыте и физической подготовленности к повышенным нагрузкам, а также для тех, кто занимался спортом, но в данный момент вынужден снизить нагрузки или переключиться на иной характер специализированной деятельности.

Целью применения данного режима является расширение (сохранение) функциональных возможностей, повышение надежности организма, поддержание или развитие физических качеств, достижение индивидуально возможных спортивных результатов.

Для решения стоящих задач применяются различные виды оздоровительной гимнастики, средства общей физической подготовки и специализированные тренировки. Но при этом для действующих спортсменов тренировочный режим обусловлен основными закономерностями и правилами спортивной тренировки.

3. Режим поддержания спортивного долголетия – для бывших спортсменов, продолжающих спортивную деятельность с участием в соревнованиях более низкого, чем раньше, ранга или тренировочную работу, с целью сохранения приобретенных ранее специфических двигательных умений и навыков и за счет этого – высокого уровня состояния двигательной активности и здоровья.

4. Щадящий (реабилитационный) режим – для людей больных или находящихся в периоде выздоровления, а также для тех, кто имеет существенные отклонения в состоянии здоровья. Здесь применяется главным образом лечебная гимнастика. Но для тех, кто выздоравливает после травм, вполне возможно и допустимо применение смешанных режимов оздоровительного воздействия с довольно большими нагрузками локального и даже (там, где это возможно) общего характера.

Правила проведения самостоятельных занятий физическими упражнениями.

1. Начиная самостоятельные занятия физическими упражнениями, выясните состояние своего здоровья, физического развития и определите уровень физической подготовленности.

2. Тренировку обязательно начинайте с разминки, а по завершении используйте восстанавливающие процедуры (массаж, теплый душ, ванна, сауна).

3. Старайтесь соблюдать физиологические принципы тренировки: постепенное увеличение трудности упражнений, объема и интенсивности физических нагрузок, правильное чередование нагрузок и отдыха между упражнениями с учетом вашей тренированности и переносимости нагрузки.

4. Не стремитесь к достижению высоких результатов в кратчайшие сроки. Спешка может привести к перегрузке организма и переутомлению.

5. Физические нагрузки должны соответствовать вашим возможностям, поэтому их сложность повышайте постепенно, контролируя реакцию организма на них.

6. Составляя план тренировки, включайте упражнения для развития всех двигательных качеств (быстроты, силы, гибкости, выносливости, скоростно-силовых и координационных качеств). Это позволяет вам достичь успехов в избранном виде спорта.

7. Если вы почувствовали усталость, то на следующих тренировках нагрузку надо снизить.

8. Если вы почувствовали недомогание или какие-то отклонения в состоянии здоровья, переутомление, прекратите тренировки посоветуйтесь с учителем физической культуры или врачом.

9. Старайтесь проводить тренировки на свежем воздухе, привлекайте к тренировкам своих товарищей, членов семьи, родственников, братьев и сестер.

10. Результаты тренировок зависят от их регулярности, так как большие перерывы (4 - 5 дней и более) между занятиями снижают эффект предыдущих занятий.

11. Помните, что эффективность тренировки будет наиболее высокой, если вы будете использовать физические упражнения совместно с закаливающими процедурами, соблюдать гигиенические условия, режим для правильного питания.

Самостоятельные занятия имеют три основных формы: утренняя гигиеническая гимнастика, упражнения в течение рабочего дня и самостоятельные тренировочные занятия в свободное время.

Утреннюю гигиеническую гимнастику необходимо выполнять утром, после пробуждения от сна. В ее комплекс не рекомендуется включать упражнения статического характера, упражнения с отягощениями, длительный бег на выносливость. Утренняя гимнастика должна включать в себя дыхательные упражнения, упражнения на растяжку,

легкий бег трусцой или ходьбу, а также упражнения для всех групп мышц. Задача утренней гимнастики – «разбудить» организм и настроить его на предстоящую работу. При выполнении упражнений рекомендуется нагрузку повышать постепенно, с достижением максимума в середине или второй половине комплекса. Все упражнения следует начинать в медленном темпе и выполнять их с небольшой амплитудой движений. После коротких серий упражнений следует выполнять расслабление или медленный бег в течение 20 – 30 секунд. Увеличение или уменьшение интенсивности упражнений и дозировка физической нагрузки регулируется следующими способами:

- изменение амплитуды движений;
- ускорение или замедление темпа;
- включение в работу большего или меньшего числа мышц;
- увеличение или уменьшение количества повторений;
- увеличение или сокращение пауз для отдыха.

Следуя правилам и принципам закаливания, после выполнения комплекса утренней гимнастики рекомендуется провести самомассаж всех основных мышечных групп и закончить упражнения водными процедурами.

Самой доступной формой самостоятельных занятий являются занятия по общей физической подготовке. Их рекомендуется проводить по следующей схеме:

1. Общеразвивающие и беговые упражнения в течение 20 – 30 минут.
2. Подвижные игры в течение 15 – 20 минут.
3. Упражнения на силу и гибкость в течение 10 – 15 минут.
4. Упражнения на релаксацию и расслабление в течение 5 – 10 минут.

Использование различных средств физической культуры позволяют разнообразить занятия, повысить работоспособность и состояние здоровья.

В течение дня выполняются физические упражнения с целью предупреждения утомления, поддержания работоспособности, переключения с одного вида деятельности на другой. Обычно упражнения выполняются в перерывах.

Это могут быть простые по структуре движения: наклоны, повороты и вращения головы; круговые движения в плечевых и локтевых суставах; максимальное напряжение и расслабление отдельных частей тела, упражнения для стоп.

Самостоятельные занятия можно проводить индивидуально и в группах. Занятия в группе более эффективны. При проведении индивидуальных тренировок следует принимать все необходимые меры для предупреждения спортивных травм, обморожения, несчастных случаев и т.д. Выбор количества тренировок в неделю в определенной степени зависит от цели самостоятельных занятий. Для поддержания физического

состояния на достигнутом уровне достаточно заниматься два раза в неделю. Для его повышения – не менее трех раз, а для достижения заметных спортивных результатов – 4 – 5 раз в неделю и более.

При тренировках необходимо следовать основным физиологическим особенностям:

- тренироваться спустя 2 – 3 часа после приема пищи;
- не тренироваться утром сразу же после сна и натошак (при наличии хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта);
- тренировочные занятия должны способствовать комплексному развитию всех физических качеств, укреплению здоровья и повышению общей работоспособности.

Специализированный характер тренировок подразумевает предварительную подготовку, специальный подбор тренировочных средств, индивидуального подхода, подбора места, времени и характера нагрузок. Все самостоятельные занятия физическими упражнениями проводятся по традиционной схеме: подготовительная часть (разминка); основная и заключительная часть (заминка).

1. Разминка (общая или специальная), это физические упражнения, которые являются вводными к тренировкам и соревнованиям и оптимизируют функциональное состояние организма. Они усиливают возбудимость сенсорных, моторных и вегетативных нервных центров, деятельность желез внутренней секреции, всех звеньев кислородтранспортной системы (КТС); обеспечивают повышение температуры тела, снижение вязкости мышц, повышение скорости их сокращения, усиление диссоциации оксигемоглобина. В отличие от общей разминки, сопровождающейся перечисленными эффектами, специальная разминка по своему характеру ближе к предстоящей тренировочной деятельности.

Подготовительная часть (разминка) (15 – 20 мин. для одночасового занятия): ходьба (2 – 3 мин.), медленный бег (8 – 10 мин.), общеразвивающие упражнения на все группы мышц, соблюдая последовательность «сверху вниз», затем выполняются специальноподготовительные упражнения, выбор которых зависит от содержания основной части.

2. В основной части (30 – 40 мин.) изучаются спортивная техника и тактика, осуществляется тренировка развития физических, волевых качеств. При выполнении упражнений в основной части занятия необходимо придерживаться следующей последовательности: упражнения, направленные на изучение и совершенствование техники, и упражнения на быстроту, затем упражнения для развития силы и в конце основной части занятия – для развития выносливости.

3. В заключительной части (5 – 10 мин.) выполняются медленный бег (3 – 8 мин.), переходящий в ходьбу (2 – 6 мин.), упражнения на расслабление в сочетании с глубоким дыханием, которые обеспечивают постепенное снижение тренировочной нагрузки и приведение организма в сравнительно спокойное состояние.

Самостоятельные тренировочные занятия можно проводить с использованием различных видов спорта или систем физических упражнений. Рекомендуются в этом случае общедоступные, циклические виды спорта, которые в меньшей степени требуют высокого уровня физического развития. Можно использовать виды спорта, пользующиеся популярностью (если занимающиеся обладают начальными навыками в данном виде деятельности).

Одной из самых полезных и доступных форм занятий физической культурой является *оздоровительный бег*. Он включает в себя простые, естественные движения. Им можно заниматься практически в любых условиях и добиваться значительного улучшения функциональных возможностей организма. В последние годы оздоровительный бег стал массовым занятием во многих странах. Для повышения эффективности занятий необходимо освоить правильную технику, дозировать продолжительность и скорость. Наиболее часто встречающимися ошибками в беге являются нарушения осанки, правильность становления стопы, положение корпуса. Эти нарушения могут вызвать болевые ощущения различных групп мышц, позвоночника или суставов.

Чтобы избежать этих явлений, необходимо правильное выполнение беговых движений, а также наличие спортивной обуви с упругой подошвой. Туловище при беге держится прямо или имеет незначительный наклон вперед, плечи опущены и расслаблены, руки без напряжения движутся вперед - назад, нога ставится на грунт мягким, загребающим движением на внешний свод стопы. Если это вызывает трудности, можно осуществлять постановку стопы с пятки с последующим перекатом на носок. Нога должна касаться грунта в 20 – 25 см впереди проекции центра тяжести. Следует избегать «натыкания» на ногу или «ударной» постановки ноги. Беговой шаг должен быть легким, пружинящим, с минимальными вертикальными и боковыми колебаниями. Продолжительность и скорость бега определяется в зависимости от уровня подготовки занимающихся и поставленных задач: улучшения функциональной подготовки или достижения определенных результатов.

Специалисты в области физической культуры и спорта отмечают, что тренировки 3 – 4 раза в неделю даже с минимальным объемом нагрузки дают положительный укрепляющий и закаливающий эффект. Наблюдаются значительные положительные изменения в работе сердечно-сосудистой и дыхательной систем, во всех системах

организма происходит функциональная перестройка. Активизация деятельности мышц приводит к повышению активности обмена веществ и энергии, укреплению костно-мышечного аппарата.

Бег – наиболее доступный вид занятий физической культурой, как как не требует специально оборудованных залов. Заниматься бегом может человек практически любого возраста. Однако следует знать и об особенностях методики:

- бегом следует заниматься сознательно и активно, т.е. понимать общую цель и задачи занятий, анализировать и контролировать свои действия;

- бегом следует заниматься систематически, т.е. соблюдать последовательность, регулярность занятий, оптимально чередовать физические нагрузки и отдых;

- необходимо правильно дозировать физическую нагрузку с учетом возраста, пола, состояния здоровья, физической подготовленности, индивидуальных особенностей;

- нужно заниматься непрерывно и длительно, т. е. строить занятия как круглогодичный и многолетний процесс, сохраняя направленность на оздоровительный эффект;

- сочетать бег с другими физическими упражнениями;

- оптимально использовать естественные факторы природы - солнце, воздух, воду;

- соблюдать при этом правила личной гигиены.

Оздоровительным бегом, как говорилось выше, можно заниматься в любых условиях: в парке, сквере, лесу, на набережной или тихой улице. Разумеется, не рекомендуется заниматься бегом на дорогах с интенсивным движением или в места с сильной загазованностью. С целью контроля за дистанцией, маршрут можно разбить на отрезки по 50 – 100 метров. Это можно проделать с помощью шагов.

Оздоровительное плавание. Плаванием занимаются как в водоемах, например в летние периоды года в открытых водоемах, так и в остальное время года – в закрытых или открытых бассейнах с подогревом воды. В начальный период занятий необходимо постепенно увеличивать время пребывания в воде от 10 – 15 до 30 – 45 мин. и добиваться, чтобы преодолеть за это время без остановок в первые пять дней 600 – 700 м, во вторые – 700 – 800, а затем 1000 – 1200 м. Для тех, кто плавает плохо, сначала следует проплыть дистанцию 25, 50 или 100 м, но повторять ее 8 – 10 раз. По мере овладения техникой плавания и воспитания выносливости переходить к преодолению указанных дистанций.

Оздоровительное плавание проводится равномерно с умеренной интенсивностью. Частота сердечных сокращений сразу после проплывания дистанции для возраста 17 – 30 лет должна быть в пределах 120 – 150 удар/мин.

При занятиях плаванием необходимо соблюдать следующие правила безопасности: занятия в открытом водоеме проводить группой из 3 – 5 человек и только на проверенном месте глубиной не более 1 м 20 см; заниматься следует не ранее чем через 1,5 – 2 ч после приема пищи; запрещается заниматься плаванием при плохом самочувствии, повышенной температуре, простудных и желудочно-кишечных заболеваниях; лучшее время для занятий плаванием – с 10 – 11 до 13 ч, в жаркую погоду можно заниматься второй раз – с 16 до 18 ч.

Ходьба и бег на лыжах. Индивидуальные самостоятельные занятия можно проводить только на стадионах или в парках в черте населенных пунктов; занятия на местности, отдаленной от населенных пунктов, или в лесу во избежание несчастных случаев не допускаются.

Выезд или выход на тренировки за пределы населенного пункта должен осуществляться группами в 3 – 5 человек и более. При этом должны быть приняты все необходимые меры предосторожности по профилактике спортивных травм, обморожений и т.д. Отдельные спортсмены не должны отставать от группы.

Полезно заниматься на лыжах каждый день хотя бы по одному часу. Минимальное количество занятий, которое дает оздоровительный эффект и повышает тренированность организма, три раза в неделю по 1 – 1,5 ч и более при умеренной интенсивности.

В дальнейшем можно варьировать объем и интенсивность занятий самостоятельно в соответствии с самочувствием и степенью тренированности с учетом показателей самоконтроля.

Велосипед. Езда на велосипеде, благодаря постоянно меняющимся внешним условиям, является эмоциональным видом физических упражнений, благоприятно воздействующим на нервную систему. Ритмичное педалирование (вращение педалей) увеличивает и одновременно облегчает приток крови к сердцу, что укрепляет сердечную мышцу и развивает легкие.

Перед каждым выездом исправность машины тщательно проверяется. При этом следует убедиться, что шины достаточно накачаны; колеса, педали и кареточная ось вращаются свободно; цепь не повреждена и имеет правильное натяжение; седло прочно закреплено. Особенно тщательно проверяется исправность тормозов.

Езда на велосипеде хорошо дозируется по темпу и длине дистанции. Хорошо иметь велосипедный спидометр, с помощью которого можно определить скорость передвижения и расстояние.

Ритмическая гимнастика («аэробные танцы»). Ритмическая гимнастика – это комплексы несложных общеразвивающих упражнений, которые выполняются, как правило, без пауз для отдыха, в быстром темпе, определяемом современной музыкой.

В комплексы включаются упражнения для всех основных групп мышц и для всех частей тела:

- маховые и круговые движения руками, ногами;
- наклоны и повороты туловища и головы;
- приседания и выпады; простые комбинации этих движений, а также упражнения в упорах, в положении лежа.

Все эти упражнения сочетаются с прыжками на двух и на одной ноге, с бегом на месте и небольшим продвижением во всех направлениях, танцевальными элементами.

Благодаря быстрому темпу и продолжительности занятий от 10 - 15 до 45 - 60 мин ритмическая гимнастика, кроме воздействия на опорно-двигательный аппарат, оказывает большое влияние на сердечно-сосудистую и дыхательную системы.

Занятия могут проводиться в группах и самостоятельно, индивидуально. В зависимости от решаемых задач составляются комплексы ритмической гимнастики разной направленности, которые могут проводиться в форме утренней гимнастики, физкультурной паузы на производстве, спортивной разминки или специальных занятий. Располагая набором обычных гимнастических упражнений, каждый может самостоятельно составить себе такой комплекс.

Музыка определяет ритм и темп движения. Необходимо подбирать музыку к определенным комплексам упражнений или, наоборот, к имеющейся фонограмме, грамзаписи, подбирать упражнения с соответствующим ритмом и темпом. Наиболее удобен для выполнения упражнений музыкальный размер 2/3 и 4/4; размер 3/4 применяется преимущественно для упражнений, выполняемых в медленном темпе.

Наибольший эффект дают ежедневные занятия различными формами ритмической гимнастики. Занятия реже 2-3 раз в неделю неэффективны.

Атлетическая гимнастика. Атлетическая гимнастика – это система физических упражнений, развивающих силу, в сочетании с разносторонней физической подготовкой. Занятия атлетической гимнастикой способствуют развитию силы, выносливости, ловкости, формируют гармоничное телосложение.

Развитие силы обеспечивается выполнением следующих специальных силовых упражнений:

- упражнения с гантелями (масса 5 - 12 кг): наклоны, повороты, круговые движения туловищем, выжимание, приседание, опускание и поднятие гантелей в

различных направлениях прямыми руками, поднимание и опускание туловища с гантелями за голову, лежа на скамейке;

– упражнения с гирями (16, 24, 32 кг): поднимание к плечу, на грудь, одной и двумя руками, толчок и жим одной и двух гирь, рывок, бросание гири на дальность, жонглирование гирей;

– упражнения с эспандером: выпрямление рук в стороны, сгибание и разгибание рук в локтевых суставах из положения стоя на рукоятке эспандера, вытягивание эспандера до уровня плеч;

– упражнения с металлической палкой (5 - 12 кг): рывок различным хватом, жим стоя, сидя, от груди, из-за головы, сгибание и выпрямление рук в локтевых суставах;

– упражнения со штангой (масса подбирается индивидуально);

– подъем штанги к груди, на грудь, с подседом и без подседа; приседания со штангой на плечах, на груди, за спиной; жим штанги лежа на наклонной плоскости, скамейке; толчок штанги стоя, от груди, то же с подседом;

– повороты, наклоны, подскоки, выпрыгивания со штангой на плечах;

– классические соревновательные движения: рывок, толчок; различные упражнения на тренажерах и блочных устройствах, включая упражнения в изометрическом и уступающем режимах работы мышц.

При выполнении упражнений с тяжестями и на тренажерах необходимо следить, чтобы не было задержки дыхания. Дыхание должно быть ритмичным и глубоким. Каждое занятие следует начинать с ходьбы и медленного бега, затем переходить к гимнастическим общеразвивающим упражнениям для всех групп мышц (разминка). После разминки выполняется комплекс атлетической гимнастики, включающий упражнения для плечевого пояса и рук, для туловища и шеи, для мышц ног и упражнения для формирования правильной осанки. В заключительной части проводятся медленный бег, ходьба, упражнения на расслабление с глубоким дыханием.

Чтобы обеспечить разностороннюю физическую и функциональную подготовку, в занятия необходимо включать подвижные и спортивные игры, легкоатлетические упражнения (бег, прыжки, метания), плавание, ходьбу и бег на лыжах и т.п.

Спортивные и подвижные игры имеют большое оздоровительное значение. Их отличает разнообразная двигательная деятельность и положительные эмоции, они эффективно снимают чувство усталости, тонизируют нервную систему, улучшают эмоциональное состояние, повышают умственную и физическую работоспособность.

Коллективные действия в процессе игры воспитывают нравственные качества: общительность, чувство товарищества, способность жертвовать личными интересами ради интересов коллектива. Особенно полезны игры на открытом воздухе.

Подвижные игры отличаются несложными правилами, и команды для их проведения могут комплектоваться произвольно. Спортивные игры по сравнению с подвижными требуют более высокого владения приемами техники конкретного вида игры и знания правил судейства, определяющих взаимоотношения и поведение играющих.

Наиболее распространенными спортивными играми в вузах являются: волейбол, баскетбол, ручной мяч, футбол, хоккей, теннис, настольный теннис, городки и др. Спортивные игры требуют специально оборудованных стандартных спортивных площадок или спортивных залов. В большинстве своем для оздоровительных целей и активного отдыха игры проводятся по упрощенным правилам.

Занятия на тренажерах. Тренажеры применяются как дополнение к традиционным занятиям физическими упражнениями и спортом, делают их более эмоциональными и разнообразными. Они используются как средство профилактики гипокинезии и гиподинамии, избирательно воздействуют на различные части тела, мышечные группы, дыхательную и сердечно-сосудистую системы, укрепляют и способствуют их развитию, являются хорошим средством восстановления после утомления.

Перечень упражнений на тренажерах и методические рекомендации по их проведению широко представлены в популярной литературе по физической культуре и спорту.

Дыхательная гимнастика. Овладеть техникой правильного дыхания стоит каждому человеку. При неправильном дыхании затрудняется дыхание, снижается уровень насыщения крови кислородом, нарушается обмен веществ. Правильное дыхание подразумевает дыхание с задействованием всех дыхательных мышц, через нос, выполняя дыхательные действия свободно и глубоко. Необходимо научиться всегда дышать через нос. С помощью носового дыхания можно контролировать величину получаемой физической нагрузки. Если во время оздоровительных упражнений дышать через нос невозможно и приходится дышать через рот, значит, нагрузка на организм является выше предельно-допустимой. В этом случае необходимо снизить скорость или интенсивность упражнений.

Самостоятельные занятия физическими упражнениями можно проводить в любое время года на свежем воздухе. Зимой можно заниматься вне помещения при температуре воздуха не ниже – 20°C. В случае понижения температуры можно перейти в помещение и

заменить занятия бегом на гимнастические упражнения или бег на месте. Каждое занятие рекомендуется заканчивать принятием душа.

Поэтому, прежде чем приступить к самостоятельным занятиям, необходимо изучить предлагаемые программы, посоветоваться с врачом и выбрать для себя вид двигательной активности, соответствующий полу, возрасту, состоянию здоровья, уровню физической подготовленности, интересу и индивидуальным особенностям.

Контроль занимающихся за состоянием своего организма.

Самоконтроль – это самостоятельное наблюдение за состоянием своего здоровья, физическим развитием, функциональным состоянием организма, физической подготовленностью и их изменениями под влиянием занятий физическими упражнениями и спортом. Самоконтроль является существенным дополнением к врачебному и педагогическому контролю, но ни в коем случае их не заменяет.

Систематическое заполнение дневника самоконтроля является как бы самоотчетом о проделанном за день. Отчитываясь за свои действия, поступки, занимающийся глубже осознает (а иногда вдруг узнает), какие качества ему необходимо формировать в первую очередь, от каких недостатков избавиться, чтобы улучшить свою личность, какие вносить изменения в личный план работы над собой. Можно выделить два вида самоотчета: итоговый и текущий. Итоговый подводится за достаточно длительный период времени – несколько месяцев, год. Его основой служит самоанализ фактического материала, характеризующего поведение человека в различных ситуациях и обстоятельствах и результаты его, отражающиеся на его морфофункциональном, психическом, психофизическом состоянии. Текущий самоотчет подводится за короткий промежуток времени – день, неделю, несколько недель. Примерная форма ведения дневника самоконтроля приводится в Приложении 2.

В дневнике подлежат отражению субъективные и объективные данные.

Субъективные данные:

1. Самочувствие – отмечается как хорошее, удовлетворительное или плохое. При плохом самочувствии фиксируется характер необычных ощущений.

2. Сон – отмечается продолжительность и глубина сна, его нарушения (трудное засыпание, беспокойный сон, бессонница, недосыпание и др.).

3. Аппетит – отмечается как хороший, удовлетворительный, пониженный и плохой. Различные отклонения состояния здоровья быстро отражаются, поэтому его ухудшение, как правило, является результатом переутомления или заболевания.

4. Болевые ощущения – фиксируются по месту их локализации, характеру (острые, тупые, режущие и т.п.) и силе проявления.

Объективные данные:

1. ЧСС – важный показатель состояния организма. Во время занятий следует правильно дозировать физическую нагрузку. Критериями дозировки физической нагрузки являются: продолжительность, скорость, дистанция. Физическая нагрузка вызывает учащение пульса. Между интенсивностью физической активности и величиной пульса имеется прямая зависимость – чем интенсивнее нагрузка, тем чаще пульс. Поэтому для

контроля за интенсивностью следует научиться самостоятельно определять пульс. Это лучше всего произвести в области лучевой артерии. Сразу же после окончания бега или выполнения других физических упражнений (не позднее чем через 2 – 3 минуты) измеряется пульс за 10 секунд. Затем показатель умножается на 6. Пульс рекомендуется подсчитывать регулярно, в одно и то же время суток, в покое. Лучше всего утром, лежа, после пробуждения, а также до тренировки (за 3 – 5 мин) и сразу после спортивной тренировки (Таблица 3).

Таблица 3 – Границы интенсивности нагрузок для занятий оздоровительной физической культурой

№ пп.	Условные зоны интенсивности	ЧСС, ударов в мин.	Продолжительность периодов нагрузки, % общего времени тренировочных занятий	
			в первые 6 занятий	в последующие 1,5 года занятий
1	Компенсаторная (нулевая зона) Тренировочный эффект особенно заметен у слабо физически подготовленных	до 130	20-35	15-28
2	Аэробная (первая зона) Зона развития общей выносливости	131-150	30-50	38-52
3	Смешанная (вторая зона) Развитие специальной выносливости	151-180	20-25	22-27
4	Анаэробная (третья зона)	свыше 180	2-6	3-6

Нормальными считаются следующие показатели ЧСС в покое:

- мужчины (тренированные / не тренированные) 50-60/70-80;
- женщины (тренированные / не тренированные) 60-70/75-85.

С увеличением тренированности ЧСС понижается.

Интенсивность физической нагрузки также определяться по ЧСС, которая измеряется сразу после выполнения упражнений.

Существенным моментом при использовании ЧСС для дозирования нагрузки является ее зависимость от возраста.

Известно, что по мере старения уменьшается возможность усиления сердечной деятельности за счет учащения сокращения сердца во время мышечной работы. Оптимальную ЧСС с учетом возраста при продолжительных упражнениях можно определить по формулам:

- для начинающих: ЧСС (оптимальная) = 170 – возраст (в годах);
- для занимающихся регулярно в течении 1-2 лет: ЧСС (оптимальная) = 180 – возраст (в годах);

Зависимость максимальной величины ЧСС от возраста при тренировке на выносливость можно определить по формуле: ЧСС (максимальная) = 220 – возраст (в годах)

Например, для занимающихся в возрасте 18 лет максимальная ЧСС будет равна $220-18=202$ уд/мин.; для лиц 30 лет – 190 и т.д.

Учитывая наличия максимальных и минимальных величин интенсивности по ЧСС, можно определить зоны оптимальных и больших нагрузок при проведении самостоятельных тренировочных занятий.

Например, для лиц 20 – 29 лет оптимальной зоной будет диапазон ЧСС от 135 до 165 уд/мин., максимум составляет 195 уд/мин., для возраста 30 – 39 лет оптимум: 130 – 160 уд/мин., максимум 187 уд./мин. и т.д.

Важным показателем приспособленности организма к нагрузкам является скорость восстановления ЧСС сразу после окончания нагрузки. Для этого определяется ЧСС в первые 10 секунд после окончания нагрузки, пересчитывается на 1 мин. и принимается за 100%. Хорошей реакцией восстановления считается:

- снижение через 1 мин. на 20%;
- через 3 мин. – на 30%;
- через 5 мин. – на 50%,
- через 10 мин. – на 70 – 75%. (отдых в виде медленной ходьбы).

Масса тела должна определяться периодически (1-2 раза в месяц) утром натощак, на одних и тех же весах. В первом периоде тренировки масса обычно снижается, а затем стабилизируется и в дальнейшем за счет прироста мышечной массы несколько увеличивается. При резком снижении массы тела следует обратиться к врачу.

Тренировочные нагрузки в дневник самоконтроля записываются коротко, вместе с другими показателями самоконтроля они дают возможность объяснить различные отклонения в состоянии организма.

Нарушение режима: не соблюдение рационального чередования труда и отдыха, нарушение режима питания, употребление алкоголя, курение и др.

Результаты / достижения показывают, правильно ли применяются средства и методы тренировочных занятий. Их анализ может выявить дополнительные резервы для роста физической подготовленности.

Дозирование физической нагрузки в оздоровительной тренировке. Дозирование физической нагрузки осуществляется по:

- 1) мощности (интенсивности);
- 2) объему;

- 3) кратности (продолжительности интервалов отдыха между занятиями);
- 4) характеру отдыха (активный, пассивный);
- 5) координационной сложности упражнений.

Основной принцип дозирования нагрузки в оздоровительной тренировке основан на учете максимальных функциональных возможностей занимающихся.

Дозирование нагрузки по мощности (интенсивности) может осуществляться несколькими способами, основанными на этом принципе:

1. По относительной мощности – в процентах к максимальному уровню физической работоспособности. Требуется предварительное использование функциональных проб с дозированной физической нагрузкой субмаксимальной или максимальной мощности, на основании которых определяется тренировочный уровень нагрузки. Этот уровень составляет 50 – 70 % от максимальной физической работоспособности. Применение способа связано с необходимостью предварительного углубленного обследования в условиях специальной лаборатории, хотя он и является самым точным;

2. По частоте сердечных сокращений. Используют три показателя: пороговая, пиковая и средняя ЧСС. Пороговая ЧСС – это наименьшая ЧСС (интенсивность), ниже которой не возникает тренировочного эффекта. Пиковая ЧСС – наибольшая ЧСС, которая не может быть превышена в процессе занятия. Однако такие усредненные цифры имеют зоны колебаний, связанные с индивидуальными особенностями и уровнем подготовленности занимающегося, а также факторами риска: избыточной массой тела, функциональными отклонениями, психологической нагрузкой, темпераментом. Считается общепринятым, что пиковая ЧСС для начинающих оздоровительную тренировку без выраженных признаков заболеваний составляет разность 180 и возраста в годах. Средняя ЧСС соответствует средней интенсивности нагрузки данного занятия. Определение рабочего уровня ЧСС чаще всего проводится по формуле Карвонена:

$$\text{ЧСС}_{\text{р}} = [(220 - \text{возраст}) - \text{ЧСС}_{\text{п}}] \times \text{ИТН} + \text{ЧСС}_{\text{п}}, \text{ где}$$

$\text{ЧСС}_{\text{р}}$ – рабочая частота сердечных сокращений;

$\text{ЧСС}_{\text{п}}$ – частота сердечных сокращений в покое;

ИТН – заданная интенсивность тренировочной нагрузки – 50 – 85 % от максимальной ЧСС (0,5; 0,6; 0,7 и т. д.).

Для здоровых взрослых занимающихся оптимальная пульсовая зона работы составляет 130 – 150 уд./мин; для тренированных лиц она может составлять 170 – 190 уд./мин.

По данным ВОЗ, целесообразны следующие уровни нагрузки: для оздоровительных видов упражнений оптимальная зона интенсивности работы составляет 60 – 90 % от максимальной ЧСС для разных возрастных групп (для начинающих – 60 %, а для достаточно подготовленных – 70 – 85 %).

3. По показателям максимального количества повторений упражнения. Используется в занятиях, где преобладают гимнастические упражнения или в так называемой круговой тренировке (поочередное выполнение упражнений в определенном темпе на гимнастических снарядах или тренажерах, установленных по периметру зала или спортплощадки). Этот способ предусматривает предварительную пробу на максимальное количество повторов (МП) данного упражнения в течение определенного промежутка времени (до 30 с). Тренировочная величина нагрузки выражается в процентах от индивидуального максимума повторений (% МП) или в относительных единицах (МП/2, МП/4 и т. п.). В оздоровительной тренировке дозировка нагрузки находится в диапазоне 25–50 % МП.

4. Эмпирический – по субъективным ощущениям занимающихся. Отсутствие неприятных ощущений, свободное дыхание, желание продолжать тренировку и т. п. – признаки хорошей переносимости нагрузки. Тренировочное занятие оздоровительной направленности должно проходить с интенсивностью вполсилы или три четверти силы.

Использование каждого из них определяется конкретными условиями медицинского обеспечения оздоровительной тренировки (возможность обследования, возраст, состояние здоровья и др.).

В процессе тренировочной деятельности возникает утомление – функциональное состояние организма, вызванное физической или умственной нагрузкой, проявляющееся в снижении работоспособности, невозможности выполнять дальнейшую работу на требуемом уровне интенсивности, что ведет к чувству усталости и полному отказу от работы. Главными признаками утомления являются снижение работоспособности, изменение функций организма и субъективные симптомы, чувство усталости (общая слабость, вялость в мышцах, тяжесть в голове, недомогание, боли в конечностях, мышцах и др.). Утомление рассматривается как нормальное физиологическое состояние организма в процессе труда, препятствующее истощению организма.

Главные причины утомления – физическая или умственная нагрузка, а также дополнительные факторы, к которым можно отнести факторы внешней среды (температуру, влажность, атмосферное давление, скорость движения воздуха, солнечную радиацию и др.); несоблюдение санитарно-гигиенических факторов, нарушение процессов труда и отдыха, суточных биоритмов человека, социальные и другие факторы.

Признаки утомления разделяются на субъективные (чувство усталости) и объективные (изменение функций организма, которые могут носить различный характер). В начале утомления клинико-физиологические и психофизиологические показатели носят неустойчивый характер, но находятся в пределах существующих нормативов, а затем наблюдается однонаправленное их изменение со значительным снижением функций органов и систем организма и профессиональной деятельности. Изменения происходят в первую очередь в тех органах и системах, которые осуществляют и обеспечивают спортивную деятельность (нервно-мышечном аппарате, кислородтранспортной системе дыхания, системе кровообращения). Вместе с тем ведущее значение в развитии явлений утомления имеет ЦНС, обеспечивающая интеграцию систем организма.

Утомлению предшествует предутомление, под которым подразумевают существенное снижение функциональной активности со стороны некоторых органов и систем организма, но компенсированное за счет других функций, вследствие чего общая работоспособность почти не меняется. Данную стадию утомления называют компенсированной, за которой следует стадия декомпенсированного утомления. При длительной физической или умственной нагрузке при нарушении режима труда и отдыха проявления усталости суммируются, переходя в хроническое утомление – состояние, пограничное с патологическим, когда очередной трудовой цикл характеризуется устойчивыми симптомами усталости, для ликвидации которых требуется дополнительный отдых. При его отсутствии развивается переутомление – патологическое состояние организма, характеризующееся постоянным ощущением усталости, вялостью, нарушением сна и аппетита, болями в области сердца и другими симптомами, для ликвидации которых дополнительного отдыха недостаточно, а требуется специальное лечение. Основным проявлением переутомления является снижение спортивных достижений, автоматизма, координированности движений, появление грубых ошибок при выполнении специальных физических упражнений.

По данным, приведенным в таблице 4 можно ориентироваться в степени переутомления

Таблица 4 – Краткая характеристика степени переутомления

Признак	Степень переутомления			
	начинающаяся	легкая	выраженная	тяжелая
Снижение дееспособности	Мало выражено	Заметно выражено	Выражено	Резко выражено
Появление усталости при умственной нагрузке	При усиленной нагрузке	При обычной нагрузке	При облегченной нагрузке	Без видимой нагрузки
Компенсация недееспособности волевым усилием	Не требуется	Полностью	Частично	Незначительно

Эмоциональные изменения	Временное снижение интереса к работе	Временами неустойчивость настроения	Раздражительность	Угнетение, резкая раздражительность
Расстройство сна	Труднее засыпать или просыпаться	Постоянно трудно засыпать или просыпаться	Сонливость днем	Бессонница
Снижение умственной работоспособности	Нет	Труднее сосредоточиться	Временами забывчивость	Заметное ослабление внимания, памяти
Вегетативные нарушения	Временами ощущение тяжести в голове	Часто ощущение тяжести в голове	Временами головные боли, снижение аппетита	Частые головные боли, потеря аппетита

Для повышения объективности методик самоконтроля необходимо развитие процесса физического самовоспитания, которое включает три основных этапа.

I этап связан с самопознанием собственной личности, выделением ее положительных психических и физических качеств, а также негативных проявлений, которые необходимо преодолеть. Эффект самопознания обусловлен требовательностью занимающегося к себе. К методам самопознания относятся самонаблюдение, самоанализ и самооценка. Самонаблюдение – универсальный метод самопознания, глубина и адекватность которого зависят от его целенаправленности и умения субъекта видеть, систематически наблюдать на основе выделенных критериев за качествами или свойствами личности. Самоанализ требует рассмотрения совершенного действия, поступка, причин, вызвавших это (например, отказ от выполнения запланированного комплекса упражнений в режиме дня может быть вызван – дополнительной работой по выполнению учебных заданий, ухудшением самочувствия, отсутствием желания и т.д.); «помогает выяснить истинную причину поступка и определить способ преодоления нежелательного поведения в следующий раз. Действенность самоанализа обусловлена адекватностью самооценки как средства организации личностью своего поведения, деятельности, отношений с окружающими, отношения к успехам и неудачам, что влияет на эффективность деятельности и дальнейшее развитие личности. Самооценка тесно связана с уровнем притязаний, т.е. степенью трудности достижения целей, которые занимающийся ставит перед собой. Расхождение между притязаниями и реальными возможностями ведет к тому, что занимающийся начинает неправильно себя оценивать, вследствие чего его поведение становится неадекватным. Самооценка зависит от ее качества (адекватная, завышенная, заниженная). Если она занижена, то способствует развитию неуверенности в собственных возможностях, ограничивает жизненные перспективы.

Ее адекватность в значительной мере определяется наличием четких критериев поведения, действий, развития физических качеств, состояния организма и др. Первый этап завершается решением работать над собой.

На II этапе, исходя из самохарактеристики, определяется цель и программа самовоспитания, а на их основе личный план. Цель может носить обобщенный характер и ставится, как правило, на большой отрезок времени – годы (например, достигнуть высокого уровня физической культуры личности); частные цели (задачи) – на несколько недель, месяцев. Примерная программа – ориентир физического самовоспитания может быть представлена следующим образом. Цель – формирование физической культуры личности. Задачи деятельности: 1. Включить двигательную активность в здоровый образ жизни и укрепить здоровье. 2. Активизировать познавательную и практическую физкультурно-спортивную деятельность. 3. Сформировать нравственно-волевые качества личности. 4. Овладеть основами методики физического самовоспитания. 5. Улучшить физическое развитие и физическую подготовленность в соответствии с требованиями будущей профессиональной деятельности.

Общая программа должна учитывать условия жизни, особенности самой личности, ее потребности. На основе программы формируется личный план физического самовоспитания, примерный вид которого представлен в таблице 5.

Таблица 5 – Типовой шаблон личного плана физического самовоспитания

№ пп.	Задача	Используемые средства и методы	Содержание средств	Дни занятия
1	Укрепление здоровья, закаливание организма, включение в здоровый образ жизни	Утренняя гимнастика, физические упражнения, гигиенические и природные факторы, режим дня	комплекс из 10 упражнений (их описание); контрастный душ, воздушные ванны; соблюдение режима дня, сна, питания; прогулка перед сном 30 мин.; передвижение из дома на работу (на обучение) и обратно пешком	Ежедневно
2	Выработка настойчивости	Обязательное выполнение намеченного на день, неделю	Подъем в 6 ч 30 мин, отход ко сну в 11ч; занятия физическими упражнениями по 45 мин в 18 ч; самоподготовка с 19 до 21 ч	То же
3	Воспитание координационных способностей	Упражнения на развитие координации движений	Описание упражнений, количество серий и их повторений	2 раза в неделю
4	Воспитание выносливости	Бег, пешие походы, прогулки на велосипеде и т.д.	Бег в чередовании с ходьбой постепенным ее сокращением в течение 30 мин; пешие походы, велопоходы по 2-4 ч.	по выходным

III этап физического самовоспитания связан непосредственно с его практическим осуществлением. Он базируется на использовании способов воздействия на самого себя с целью самоизменения. Методы самовоздействия, направленные на совершенствование

личности, именуют методами самоуправления. К ним относятся самоприказ, самовнушение, самоубеждение, самоупражнение, самокритика, самоободрение, самообязательство, самоконтроль, самоотчет.

9. МЕТОДИКА ПОДБОРА СРЕДСТВ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПРИКЛАДНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ

Профессионально-прикладная физическая тренировка базируется на определенных закономерностях (биологических, педагогических, психологических), которые можно представить в виде определенных принципов. Принципы физической тренировки имеют много общего с дидактическими принципами и принципами спортивной тренировки, но также включают и свой специфический принцип оздоровительной направленности физического воспитания. Его суть заключается в оптимизации процесса физического воспитания с целью укрепления здоровья. Иначе говоря, какие бы специальные задачи не решались, непреложной остается установка на обязательное достижение оздоровительного эффекта. Кроме того, можно выделить следующие принципы оздоровительной тренировки:

– принцип «не навреди». Физические упражнения способны активно воздействовать на все органы и системы организма. Достаточно высокая энергетическая стоимость оздоровительной тренировки, ее воздействие на весь организм в целом определяют показания и противопоказания к ее использованию. В качестве противопоказаний к занятиям оздоровительной тренировкой выступают ограничения в адаптации к физическим нагрузкам. Однако при этом не исключается применение лечебной физкультуры;

– принцип индивидуализации. Соблюдение принципа индивидуализации – одно из главных требований оздоровительной тренировки. При этом важно помнить, что нет физической нагрузки большой или малой, есть нагрузка, соответствующая или не соответствующая возможностям организма. Поэтому принцип индивидуализации заключается в строгом соответствии физической нагрузки функциональным возможностям организма занимающихся. Рациональное дозирование физической нагрузки в оздоровительной тренировке основано на учете физических и функциональных возможностей индивида, что выявляется тестированием физических качеств и определением рабочего уровня частоты сердечных сокращений;

– принцип повторности основан на учении о следовых явлениях в тканях и регулирующих образованиях. Принцип повторности предполагает систематическое использование физических упражнений в соответствии с функциональными возможностями организма занимающихся;

– принцип постепенности заключается в изменении тренировочной нагрузки в соответствии с динамикой функционального состояния индивида. В этом случае

допускается увеличение нагрузки, ее стабилизация и снижение. Однако должна наблюдаться общая тенденция – постепенное повышение нагрузки до достижения необходимых возрастно-половых характеристик резервов функций.

При анализе факторов, определяющих тренировочные эффекты, выделяются следующие физиологические закономерности:

1) основные функциональные эффекты тренировки. Систематическое выполнение определенного вида (видов) физических упражнений (тренировка) вызывает два основных положительных функциональных эффекта:

– усиление максимальных функциональных возможностей всего организма в целом и его ведущих систем, обеспечивающих выполнение тренируемого упражнения (например, об эффекте тренировки выносливости свидетельствует повышение максимальных аэробных возможностей организма – максимальной аэробной мощности и максимальной аэробной емкости);

– повышение эффективности (экономичности) деятельности всего организма в целом и его органов и систем при выполнении тренируемого вида мышечной деятельности (например, при выполнении одинаковой нагрузки у тренированного человека по сравнению с нетренированным или у одного и того же человека до и после определенного периода тренировки отмечаются меньшие функциональные сдвиги в ЧСС, легочной вентиляции, количестве и уровне сократительной активности скелетных мышц, температуре тела, концентрации лактата, катехоламинов и других гормонов в крови и др.), а также снижение энергетических расходов при выполнении данной нагрузки, в частности снижение потребления кислорода.

2) пороговые (критические) нагрузки для возникновения тренировочных эффектов. Не всякая даже систематическая физическая активность может рассматриваться как тренировка, поскольку повышение функциональных возможностей отдельных органов, систем и всего организма в целом, т. е. тренировочные эффекты, возникает только в том случае, если систематические функциональные тренирующие нагрузки достигают или превышают некоторую пороговую нагрузку. Такая пороговая тренирующая нагрузка должна заведомо превышать обычную (повседневную бытовую, или привычную тренировочную) нагрузку. Поэтому принцип пороговых нагрузок часто обозначают как принцип прогрессивной (нарастающей) сверхнагрузки.

Наиболее существенное правило при выборе пороговых тренирующих нагрузок состоит в том, что они должны находиться в определенном соответствии с текущими функциональными возможностями данного человека (его ведущих для данного упражнения систем), – принцип индивидуализации.

По мере повышения функциональных возможностей тренирующегося человека пороговая тренирующая нагрузка должна постепенно увеличиваться – принцип постепенности в повышении нагрузки.

Основными параметрами физической нагрузки являются:

– интенсивность тренировочных нагрузок, которая определяется по ЧСС и анаэробному порогу (АП) при выполнении глобальных циклических упражнений в процессе тренировки выносливости. Так, чем больше аэробная циклическая нагрузка, тем выше ЧСС. При определении интенсивности нагрузки по ЧСС в основном удастся получить представление о нагрузке на сердечно-сосудистую систему (и прежде всего на сердце), тогда как АП связан с метаболизмом в рабочих мышцах. Чем ниже уровень функциональной подготовленности (выносливости) человека, тем ниже должна быть интенсивность тренировочной нагрузки;

– длительность тренировочных нагрузок. Чтобы вызвать тренировочный эффект, тренирующая нагрузка должна быть достаточно длительной. Общая продолжительность занятий физической культурой, при которой проявляется заметный тренировочный эффект, составляет для аэробной тренировки (выносливости) 10 – 16 недель, для анаэробной (скоростно-силовой) – 8 – 10 недель;

– частота тренировочных нагрузок. Данный показатель находится в сложном взаимодействии с другими параметрами тренировочной нагрузки (интенсивностью и длительностью). Он неодинаков для разных контингентов тренирующихся, целей и видов тренировки. В занятиях физической культурой одинаковый эффект может быть достигнут относительно короткими (интенсивными) ежедневными и продолжительными (но менее интенсивными) тренировками 2 – 3 раза в неделю. Увеличение частоты занятий физической культурой сверх 3-х раз в неделю не дает дополнительного тренировочного эффекта именно в отношении прироста МПК;

– объем тренировочных нагрузок. Интенсивность, длительность и частота тренировочной нагрузки в совокупности определяют ее объем. Если интенсивность достигает или превышает пороговую величину, то общий объем служит важным фактором повышения тренировочных эффектов. В целом, чем чаще и длительнее тренировочные занятия (объем нагрузки), тем больше их тренировочный эффект.

3) специфичность тренировочных эффектов. Систематическое выполнение упражнения (тренировка) вызывает специфическую адаптацию организма, обеспечивающую более совершенное выполнение упражнения. Такая адаптация проявляется в специфических тренировочных эффектах – наибольшем повышении результата в упражнении и экономичности его выполнения. Отсюда следует, что

тренировочные программы должны составляться так, чтобы развивать специфические физиологические способности, необходимые для выполнения данного упражнения или данного вида физической деятельности (принцип специфичности тренировки). Специфичность тренировочных эффектов определяется как составом, так и объемом активной мышечной массы.

4) обратимость тренировочных эффектов. Это свойство проявляется в том, что тренировочные эффекты постепенно уменьшаются при снижении тренировочных нагрузок или вообще исчезают при полном прекращении тренировок (эффект детренировки). После повышения тренировочных нагрузок или возобновления тренировочных занятий вновь возникают положительные тренировочные эффекты. У людей, систематически занимающихся физической культурой, заметное снижение работоспособности отмечается уже через 2 недели детренировки, а через 3 – 8 мес уровень физической подготовленности снижается до предтренировочного. Особенно быстро уменьшаются тренировочные эффекты в первый период после прекращения тренировок или после резкого снижения тренировочных нагрузок. У занимающихся физической культурой в течение не очень продолжительного времени большинство положительных тренировочных эффектов исчезает за 1 – 2 мес детренировки.

Детренировка приводит к уменьшению числа (плотности) капилляров в ранее тренированных мышцах (декапилляризации), утончению (гипотрофии) мышечных волокон, снижению их окислительного потенциала, особенно в медленных мышечных волокнах.

Свойство обратимости тренировочных эффектов диктует необходимость регулярных занятий физической культурой с достаточной интенсивностью нагрузок – принцип повторности и систематичности занятий.

5) тренируемость, определяющую величину тренировочных эффектов. Будучи свойством живого организма изменять свои функциональные возможности под влиянием систематических занятий физической культурой, тренируемость характеризует восприимчивость человека к регулярному воздействию занятий, его способность повышать свои специфические функциональные возможности под влиянием систематической нагрузки. Количественно тренируемость (степень тренируемости) может оцениваться величиной тренировочных эффектов: чем больше они в ответ на данную тренировку, тем, следовательно, выше тренируемость.

Тренируемость значительно отличается у людей разного пола и возраста: одна и та же тренировка вызывает у них неодинаковые эффекты. И даже в пределах одной и той же возрастно-половой группы имеются очень большие индивидуальные вариации в

тренируемости. У людей одной возрастно-половой группы степень тренируемости в значительной мере определяется исходным (предтренировочным) уровнем функциональных показателей. Разные показатели, характеризующие функциональные возможности разных органов, систем, механизмов и функциональную подготовленность (тренированность) организма в целом, изменяются неодинаково под влиянием тренировки. Однако общее правило состоит в том, что изменение этих показателей тем больше, чем ниже их исходный (предтренировочный) уровень. Степень тренируемости человека тем выше, чем ниже уровень его тренированности (функциональной подготовленности).

По величине и скорости развития тренировочных эффектов выделяются четыре варианта тренируемости:

а) высокая быстрая тренируемость: большие эффекты, которые наиболее быстро нарастают в начальном периоде систематических тренировок, а затем изменяются мало, медленно (асимптотически) приближаясь к «уровню насыщения» (максимально возможным тренировочным эффектам).

б) высокая медленная тренируемость: большие тренировочные эффекты, нарастающие постепенно, медленно.

г) низкая быстрая тренируемость: небольшие тренировочные эффекты, которые нарастают быстро и проявляются уже после относительно короткого периода систематических тренировок, мало изменяясь в дальнейшем.

д) низкая медленная тренируемость: небольшие тренировочные эффекты, которые нарастают медленно в процессе систематических тренировок.

Объем и кратность оздоровительной физической тренировки. При наличии информации о функциональных возможностях индивида (функциональный класс, уровень физического состояния или соматического здоровья) можно регламентировать интенсивность, объем, кратность занятий, их содержание, а также наметить их структуру, т. е. сформировать конкретную программу оздоровительной тренировки (Приложение 3).

При определении объема и кратности тренировочных нагрузок следует учитывать следующие основные закономерности:

1. Чем выше интенсивность нагрузки, тем меньше должен быть ее объем.
2. Чем ниже функциональная готовность занимающихся, тем ниже должны быть интенсивность и объем нагрузки и выше ее кратность в недельном цикле занятий. Например, при допустимой пиковой нагрузке 150 – 160 уд./мин достаточно 2 – 3-разовых занятий в неделю; при пороге мощности нагрузки, характеризуемой 100 уд./мин, необходимы ежедневные занятия (1 – 2 раза в день) по 15 – 20 мин.

3. Повторные нагрузки в оздоровительной тренировке допускаются лишь после полного восстановления функций. Различные режимы физических упражнений, продолжительность занятия, их чередование и общее количество в недельном цикле могут привести к разным эффектам. Для поддерживающего эффекта достаточно 2 – 3 занятий в неделю при средней их продолжительности 20 – 30 мин.

4. Занятия могут проводиться в любое время дня, но прием пищи должен быть не позже, чем за полтора часа до тренировки, и не раньше, чем через полтора часа после. Пища не должна быть обильной и своим составом способствовать двигательной деятельности (о пищевых рационах смотрите в соответствующей литературе).

5. Для достижения тренирующего эффекта необходимы частые или продолжительные занятия: 5 – 6 раз в неделю по 20 – 30 мин или 3 раза по 45 – 60 мин. Направленность занятий может быть различной: на развитие физических качеств или обще функциональное воздействие. При этом следует знать некоторые правила:

– для развития гибкости важны плавные широкие движения как разогревающего, так и растягивающего характера, сменяемые маховыми и пружинными действиями, а также статическое удержание поз с предпредельным и предельным по растянутости мышц положением. Последние используются в небольшом количестве и только при условии хорошей предварительной проработки мышц. В целом при развитии гибкости не должно быть никакой спешки, требуется продолжительная спокойная тренировка.

– для развития силы используются движения в умеренном темпе до полного утомления, с преодолением ощущения невозможности дальнейшего продолжения упражнения хотя бы в 1 – 2 движениях. При этом скоростной режим выполнения упражнения дает прирост силы без существенного увеличения объемов, а для больших темпов прироста качества применяются небольшие отягощения (0,5 – 2,5 кг).

– продолжительное выполнение упражнения в спокойном, медленном темпе способствует достижению высокого уровня развития локальной выносливости. При планировании оздоровительной тренировки следует учитывать чередование направленности тренирующего воздействия нагрузок.

Наибольший оздоровительный эффект и снижение массы тела наблюдаются при чередовании тренировок на кардиореспираторную выносливость и силу:

– при 6-разовых занятиях рекомендуется выполнять три раза кардиотренировку и три раза – силовую;

– при 5-разовых тренировках следует чередовать занятия по следующей схеме: одну неделю выполнять три кардиотренировки, две силовые, на следующей – две кардиотренировки, три силовые и т. д.;

– при 3-разовых занятиях можно работать по схеме: одну неделю выполнять две кардиотренировки, одну силовую, на следующей – одну кардиотренировку, две силовые. Силовую тренировку следует выполнять в три этапа: базовая силовая подготовка; тренировка, направленная на развитие силовой выносливости; собственно силовая тренировка.

После прекращения упражнений происходят обратные изменения в деятельности тех функциональных систем, которые обеспечивали выполнение данного упражнения. Вся совокупность изменений (физиологических, биохимических и структурных), обеспечивающих переход организма от рабочего состояния к уровню покоя, объединяется понятием восстановления, т. е. возврата организма к исходному гомеостатическому уровню. Время, необходимое для этого, называется периодом восстановления, во время которого происходит смещение обмена веществ от катаболических процессов к процессам анаболизма. То есть в процессе мышечной работы расходуются кислородный запас организма, АТФ и креатинфосфаты, углеводы (гликоген мышц и печени, глюкоза крови) и жиры. После работы происходит их восстановление. Исключения составляют жиры, восстановления которых может и не быть.

В периоде восстановления выделяют 4 фазы:

1) быстрого восстановления (характерна для кратковременных нагрузок, длится 5 мин, включает восстановление АТФ и ликвидацию кислородного долга);

2) замедленного восстановления (устранение кислородного долга замедляется и продолжается от 0,5 до 6 – 12 ч, восстанавливается частично уровень гликогена);

3) суперкомпенсации, или перевосстановления (характеризуется высокой активностью ферментативных систем организма после мышечной работы, ведущих к ускоренному образованию АТФ и других биохимических и функциональных показателей; длительность фазы зависит от продолжительности работы и глубины произошедших изменений; удержание данной фазы во многом зависит от уровня анаболических гормонов в организме);

4) длительного (позднего) восстановления (характеризуется окончательным полным восстановлением энергетических и функциональных ресурсов организма; длительность зависит от продолжительности фазы суперкомпенсации).

Общие закономерности восстановления функций после работы состоят в следующем. Во-первых, скорость и длительность восстановления большинства функциональных показателей находятся в прямой зависимости от мощности работы: чем выше мощность работы, тем большие изменения происходят за время работы и (соответственно) тем выше скорость восстановления. Это означает, что чем короче

предельная продолжительность упражнения, тем короче период восстановления. Так, продолжительность восстановления большинства функций после максимальной анаэробной работы – несколько минут, а после продолжительной работы (например, после длительного бега) – несколько дней. Ход начального восстановления многих функциональных показателей по своему характеру является зеркальным отражением их изменений в период вработывания.

Во-вторых, восстановление различных функций протекает с разной скоростью, а в некоторые фазы восстановительного процесса – и с разной направленностью, так что достижение ими уровня покоя происходит неодновременно (гетерохронно). Поэтому о завершении процесса восстановления в целом следует судить не по какому-нибудь одному и даже не по нескольким ограниченным показателям, а лишь по возвращению к исходному (предрабочему) уровню наиболее медленно восстанавливающегося показателя.

В-третьих, работоспособность и многие определяющие ее функции организма на протяжении периода восстановления после интенсивной работы не только достигают предрабочего уровня, но могут и превышать его – суперкомпенсация.

Физиологические мероприятия по ускорению процессов восстановления включают в себя контроль за состоянием функций организма, динамикой работоспособности и утомления в период тренировки, а также мобилизацию и использование функциональных резервов организма для ускорения восстановления.

Систематические занятия физической культурой (ОФК не является исключением) вызывают адаптацию (специфическое приспособление) организма к физическим нагрузкам, проявляющуюся в морфологических, метаболических и функциональных изменениях в различных органах и тканях и определяющую тренировочные эффекты. Они проявляются в улучшении разнообразных функций организма, обеспечивающих осуществление данной (тренируемой) мышечной деятельности, и, как следствие, в повышении уровня физической подготовленности (тренированности) занимающегося.

10. СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.

1. Бегидова, Т. П. Основы адаптивной физической культуры: учебное пособие для вузов [Электронный ресурс] / Т. П. Бегидова. 2-е изд., испр. и доп. М.: Издательство Юрайт, 2017. 188 с. (Серия: Университеты России). ISBN 978-5-534-04932-9.
2. Боярская, Л. А. Методика и организация физкультурно-оздоровительной работы : учеб. пособие / Л. А. Боярская ; [науч. ред. В. Н. Люберцев] ; М-во образования и науки Рос. Федерации, Урал. федер. ун-т. – Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2017. – 120 с. ISBN 978-5-7996-2157-5
3. Вилькин Я. Р. Организация работы по массовой физической культуре и спорту [Текст] : учебное пособие для институтов физической культуры / Я. Р. Вилькин, Т. М. Каневец. - Москва : Физкультура и спорт, 1985. - 172 с.
4. Гимнастика [Текст] : учебник / [М. Л. Журавин и др.] ; под ред. М. Л. Журавина, Н. К. Меньшикова. - 7-е изд., стер. - Москва : Академия, 2010. - 444, [1] с. : ил., табл.; (Высшее профессиональное образование. Педагогические специальности).; ISBN 978-5-7695-7628-7
5. Дворкин, Л.С. Силовые единоборства : Атлетизм, культуризм, пауэрлифтинг, гиревой спорт / Л.С. Дворкин. - Ростов н/Д. : Феникс, 2003. - 383 с. : ил.; 21 см. - (Серия «Хит сезона»); ISBN 5-222-01940-3.
6. Евсеев, С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры [Текст] : учебник / С. П. Евсеев. - Москва : Спорт, 2016. - 614, [1] с. : ил., табл.; 21 см. - (Адаптивная физическая культура и спорт).; ISBN 978-5-906839-42-8
7. Евсеев, С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник / С.П. Евсеев. – М.: Спорт, 2016. - 616 с.: ил. - Библиогр. в кн. - ISBN 978-5-906839-42-8
8. Загорский, Б.И. Профессионально-прикладная физическая подготовка в советской системе физического воспитания : Метод. разработ. для студентов ин-тов физ. культуры / Б. И. Загорский. - М. : ГЦОЛИФК, 1981. - 31 с.
9. Лисицкая, Т.С. Принципы оздоровительной тренировки / Т.С. Лисицкая // Теория и практика физической культуры. – 2002. – № 8. – С. 6 – 13.
10. Менхин Ю. В. Оздоровительная гимнастика: теория и методика : учебник / Ю. В. Менхин, А. В. Менхин. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва : Физкультура и спорт, 2009. - 429 с. : ил., табл.; 21 см.; ISBN 978-5-278-00857-6
11. Менхин, А.В. Разновидности оздоровительной гимнастики / А.В. Менхин // Теория и практика физической культуры. – 2008. – № 1. – С. 14 – 17.

12. Никулин, И.Н. Специфические признаки физкультурно-рекреативной деятельности школьников / И.Н. Никулин, Л.Н. Забнина // Физическая культура и спорт в системе образовательных учреждений : тез. докл. межвуз. науч.-практ. конф. / под ред. Л.Э. Пахомовой, Е.В. Воронина. – Белгород : Логия, 2001. – С. 123 – 127.
13. Петров, В.К. Новые формы физической культуры и спорта / В.К. Петров. - М. : Сов. спорт, 2004. - 38,[1] с. : ил.; 22.; ISBN 5-85009-847-X
14. Смирнов Н. К. Здоровьесберегающие образовательные технологии в работе учителя и школы [Текст] / [Н. К. Смирнов]. - Москва : АРКТИ, 2003. - 270 с.; 21 см. - (Методическая библиотека. Управление ГОУ); ISBN 5-89415-346-8
15. Теория и методика физического воспитания [Текст] : [Учебник для ин-тов физ. культуры] / Под общ. ред. проф. А. Д. Новикова (отв. ред.) и д-ра пед. наук проф. Л. П. Матвеева. - Москва : Физкультура и спорт, 1967-1968. - 2 т.; Т. 1: Общие основы теории и методики физического воспитания. Т. 1 / [Авт. А. Д. Новиков, Н. И. Пономарев, В. М. Зациорский и др.]. - 1967. - 398 с
16. Теория и методика физической культуры : учебник / [Ю. Ф. Курамшин [и др.] ; под ред. Ю. Ф. Курамшина. - 4-е изд., стер. - Москва : Советский спорт, 2010. - 463 с. : ил., табл.; 25 см.; ISBN 978-5-9718-0431-4
17. Третьякова, Н.В. Теоретические аспекты управления качеством здоровьесберегающей деятельности в образовательных учреждениях [Текст] : монография / Н. В. Третьякова ; М-во образования и науки Российской Федерации, ФГАОУ ВПО «Российский гос. проф.-пед. ун-т». - Екатеринбург : РГППУ, 2013. - 127 с. : ил.; 21 см.; ISBN 978-5-8050-0504-7
18. Третьякова, Н.В. Теория и методика оздоровительной физической культуры [Текст] : учебное пособие / Н. В. Третьякова, Т. В. Андрюхина, Е. В. Кетриш. - Москва : Спорт, 2016. - 279 с. : ил., табл.; 22 см.; ISBN 978-5-906839-23-7.
19. Угнивенко В. И. Физкультурно-оздоровительные технологии. Здоровье и здоровый образ жизни [Электронный ресурс]. – URL: http://v-ugnivenko.ru/FOT_lec.1.htm (дата обращения: 31.08.2022).
20. Федоров В.А., Третьякова Н.В. Профессионально-педагогическое образование в России: историко-логическая периодизация // Образование и наука. 2017. № (3). С. 93-119. DOI:10.17853/1994-5639-2017-3-93-119
21. Физическая культура / [Б. И. Загорский, И. П. Залетаев, Ю. П. Пузырь и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : Высш. шк., 1989. - 382,[1] с. : ил.; 21 см.; ISBN 5-06-000392-2.

22. Физическая культура студента и жизнь : учебник / В. И. Ильинич. - Москва : Гардарики, 2008. - 366 с. : ил.; 22 см. - (Disciplinae).; ISBN 978-5-8297-0244-1
23. Фурманов А.Г. Оздоровительная физическая культура: Учебник для студентов вузов / А.Г. Фурманов, М.Б. Юспа. – Мн.: Тесей, 2003. –528 с. ISBN 985-463-074-9.
24. Холодов Ж. К. Теория и методика физической культуры и спорта : учебник / Ж. К. Холодов, В. С. Кузнецов. - 15-е изд., стер. - Москва : Академия, 2018. - 494, [1] с. : ил. - (Высшее образование. Бакалавриат) (Педагогическое образование. Бакалавриат).; ISBN 978-5-4468-7256-5
25. Холодов, Ж.К. Теория и методика физической культуры и спорта [Текст] : учебное пособие / Ж. К. Холодов, В. С. Кузнецов. - 9-е изд., испр. и доп. - Москва : Академия, 2011. - 478, [1] с. : ил., табл.; 22 см. - (Бакалавриат) (Высшее профессиональное образование. Педагогическое образование).; ISBN 978-5-7695-8487-9.

Рекомендации ВОЗ

по вопросам физической активности и малоподвижного образа жизни (2020)

№ пп	Возрастная группа / категория	Содержание двигательной активности
1	Дети и подростки (в возрасте 5-17 лет)	<p>а) детям и подросткам следует еженедельно посвящать в среднем не менее 60 минут в день занятиям физически активной деятельностью средней ИЛИ высокой интенсивности, в основном с аэробной нагрузкой;</p> <p>б) физически активной деятельностью высокой интенсивности с аэробной нагрузкой, в том числе направленной на укрепление скелетно-мышечной системы, следует заниматься не реже трех раз в неделю</p>
2	Взрослые (в возрасте 18-64 года)	<p>а) всем взрослым следует регулярно заниматься физически активной деятельностью;</p> <p>б) взрослым следует не менее 150-300 минут в неделю заниматься физически активной деятельностью средней интенсивности с аэробной нагрузкой; ИЛИ не менее 75-150 минут в неделю физически активной деятельностью высокой интенсивности с аэробной нагрузкой; ИЛИ, для того чтобы занятия приносили дополнительную пользу для здоровья, еженедельно уделять время аналогичному по нагрузке сочетанию физической активности средней и высокой интенсивности.</p> <p>в) для того, чтобы занятия приносили дополнительную пользу для здоровья, взрослым также следует выполнять силовые упражнения средней и большей интенсивности на все основные группы мышц не реже двух раз в неделю</p>
3	Пожилые люди в возрасте 65 лет и старше	<p>а) всем пожилым людям следует регулярно заниматься физически активной деятельностью;</p> <p>б) пожилым людям следует не менее 150-300 минут в неделю заниматься физически активной деятельностью средней интенсивности с аэробной нагрузкой; ИЛИ не менее 75-150 минут в неделю физически активной деятельностью высокой интенсивности с аэробной нагрузкой; ИЛИ, для того чтобы занятия приносили ощутимую пользу для здоровья, уделять в течение недели время аналогичному по нагрузке сочетанию физической активности средней и высокой интенсивности;</p> <p>в) для того, чтобы занятия приносили дополнительную пользу для здоровья, пожилым людям также следует выполнять силовые упражнения средней и большей интенсивности на все основные группы мышц не реже двух раз в неделю;</p> <p>г) в ходе еженедельных занятий физически активной деятельностью в целях повышения функциональных возможностей и предотвращения риска падений пожилым людям следует не реже трех раз в неделю выполнять различные комплексные физические упражнения, в которых особое внимание уделяется упражнениям на равновесие и силовым упражнениям средней и большей интенсивности</p>
4	Беременные женщины и женщины в послеродовом периоде	<p>а) следует регулярно заниматься физически активной деятельностью во время беременности и в послеродовой период;</p> <p>б) для того, чтобы физическая активность приносила ощутимую пользу для здоровья, следует уделять не менее 150 минут в неделю занятиям физически активной деятельностью средней и высокой интенсивности с аэробной нагрузкой</p> <p>в) рекомендуется использовать различные виды аэробных и силовых физических упражнений. Также могут быть полезными дополнительные легкие упражнения на растяжку</p> <p>г) женщины, которые до наступления беременности регулярно выполняли аэробные физические упражнения высокой интенсивности ИЛИ занимались</p>

		физически активной деятельностью, могут продолжать эту практику во время беременности и в послеродовой период
5	Взрослые и пожилые люди с хроническими заболеваниями (в возрасте 8 лет и старше)	<p>а) всем взрослым и пожилым людям с вышеуказанными хроническими патологиями следует регулярно заниматься физически активной деятельностью;</p> <p>б) взрослым и пожилым людям с этими хроническими патологиями следует не менее 150-300 минут в неделю заниматься физически активной деятельностью средней интенсивности с аэробной нагрузкой; ИЛИ не менее 75-150 минут в неделю физически активной деятельностью высокой интенсивности с аэробной нагрузкой; ИЛИ, для того чтобы занятия приносили ощутимую пользу для здоровья, еженедельно уделять время аналогичному по нагрузке сочетанию физической активности средней и высокой интенсивности;</p> <p>в) для того, чтобы занятия приносили дополнительную пользу для здоровья, взрослым и пожилым людям с этими хроническими патологиями также следует выполнять силовые упражнения средней и большей интенсивности на все основные группы мышц не реже двух раз в неделю</p> <p>г) в ходе еженедельных занятий физически активной деятельностью в целях повышения функциональных возможностей и предотвращения риска падений пожилым людям с этими хроническими патологиями следует не реже трех раз в неделю выполнять различные комплексные физические упражнения, в которых особое внимание уделяется упражнениям на равновесие и силовым упражнениям средней и большей интенсивности</p> <p>д) при отсутствии противопоказаний взрослые и пожилые люди, страдающие этими хроническими патологиями, могут увеличивать продолжительность еженедельных занятий и заниматься более 300 минут физически активной деятельностью средней интенсивности с аэробной нагрузкой; ИЛИ заниматься более 150 минут физически активной деятельностью высокой интенсивности с аэробной нагрузкой; ИЛИ, для того чтобы занятия приносили дополнительную пользу для здоровья, еженедельно уделять время аналогичному по нагрузке сочетанию физической активности средней и высокой интенсивности</p>
6	Дети и подростки (в возрасте 5-17 лет) с ограниченными возможностями	<p>а) Детям и подросткам еженедельно следует посвящать в среднем не менее 60 минут в день занятиям физически активной деятельностью, в основном аэробного типа, средней ИЛИ высокой интенсивности;</p> <p>б) детям и подросткам еженедельно следует посвящать в среднем не менее 60 минут в день занятиям физически активной деятельностью, в основном аэробного типа, средней ИЛИ высокой интенсивности</p>
7	Взрослые (в возрасте 18 лет и старше) с ограниченными возможностями	<p>а) всем взрослым с ограниченными возможностями следует регулярно заниматься физически активной деятельностью</p> <p>б) взрослым с ограниченными возможностями следует не менее 150-300 минут в неделю заниматься физически активной деятельностью средней интенсивности с аэробной нагрузкой; ИЛИ не менее 75-150 минут физически активной деятельностью высокой интенсивности с аэробной нагрузкой; ИЛИ, для того чтобы занятия приносили ощутимую пользу для здоровья, еженедельно уделять время аналогичному по нагрузке сочетанию физической активности средней и высокой интенсивности;</p> <p>в) для того, чтобы занятия приносили дополнительную пользу для здоровья, взрослым с ограниченными возможностями также следует выполнять силовые упражнения средней и большей интенсивности на все основные группы мышц не реже двух раз в неделю;</p> <p>г) в ходе еженедельных занятий физически активной деятельностью в целях повышения функциональных возможностей и предотвращения риска падений пожилым людям с ограниченными возможностями следует не реже трех раз в неделю выполнять различные комплексные физические</p>

		<p>упражнения, в которых особое внимание уделяется упражнениям на равновесие и силовым упражнениям средней и большей интенсивности;</p> <p>д) взрослые с ограниченными возможностями могут увеличивать продолжительность еженедельных занятий и заниматься более 300 минут физически активной деятельностью средней интенсивности с аэробной нагрузкой; ИЛИ заниматься более 150 минут физически активной деятельностью высокой интенсивности с аэробной нагрузкой; ИЛИ, для того чтобы занятия приносили дополнительную пользу для здоровья, еженедельно уделять время аналогичному по нагрузке сочетанию физической активности средней и высокой интенсивности</p>
--	--	--

Примерная форма дневника самоконтроля

Объективные и субъективные данные	Дата 1	Дата 2	Дата 3	и т.д.
Самочувствие				
Сон				
Аппетит				
Пульс на лучевой артерии: в положении лежа в положении стоя разница пульса				
до тренировки после тренировки разница пульса				
Масса тела				
Тренировочные нагрузки				
Болевые ощущения				
Результаты достижения /				

Примеры программ оздоровительной подготовки

Комплекс №1 адаптирующих, предметно-ориентированных упражнений для разминки.

Чередование: ССП, ОВ.

1. И.П. – ноги чуть шире плеч, слегка согнуты в коленях: наклоны головы вправо-влево, вперед-назад. Повторить по 8-12 раз.

2. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, пальцы левой и правой руки касаются друг друга, локти выставлены в стороны и вперед: прижимание пальцев друг к другу (ладони не соединять). Повторить 10-15 раз.

3. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, кисти рук соединены в замок, вытянуты вверх: наклоны туловища влево-вправо с вытягиванием рук вверх. Повторить 10-15 раз.

4. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, кисти рук соединены в замок, вытянуты вверх: закручивающие движения туловища с вытягиванием рук вверх. Повторить 10-12 раз.

5. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, руки за голову, локти разведены: рывковые повороты туловища влево-вправо. Повторить 10-12 раз.

6. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, руки разведены в стороны: повороты туловища влево-вправо. Повторить 10-12 раз.

7. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, наклон вперед, руки разведены в стороны: повороты туловища влево-вправо до касания пальцами рук носков ног. Повторить по 8-10 раз в каждую сторону.

8. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, руки на поясе: рывковые наклоны вперед-назад, влево-вправо. Повторить 10-12 раз.

Комплекс №2 адаптирующих, предметно-ориентированных упражнений для разминки

Чередование: ССП, ОВ

1. И.П. – ноги чуть шире плеч, слегка согнуты в коленях: наклоны головы вправо-влево, вперед-назад. Повторить по 8-12 раз.

2. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, пальцы левой и правой руки касаются друг друга, локти выставлены в стороны и вперед: прижимание пальцев друг к другу (ладони не соединять). Повторить 10-15 раз.

3. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, кисти рук соединены в замок, вытянуты вверх: наклоны туловища влево-вправо с вытягиванием рук вверх. Повторить 10-15 раз.

4. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, кисти рук соединены в замок, вытянуты вверх: закручивающие движения туловища с вытягиванием рук вверх. Повторить 10-12 раз.

5. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, руки за голову, локти разведены: рывковые повороты туловища влево-вправо. Повторить 10-12 раз.

6. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, руки разведены в стороны: повороты туловища влево-вправо. Повторить 10-12 раз.

7. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, наклон вперед, руки разведены в стороны: повороты туловища влево-вправо до касания пальцами рук носков ног. Повторить по 8-10 раз в каждую сторону.

Комплекс №3 адаптирующих, предметно-ориентированных упражнений для разминки

Чередование: ССП, ОВ

1. Ходьба спортивная с перекатом с пятки на носок. Выполнять 20-30 с.

2. Ходьба носками внутрь. Выполнять 20-30 с.

3. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, кисти рук соединены в замок, вытянуты вверх: закручивающие движения туловища с вытягиванием рук вверх. Повторить 10-12 раз.

4. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, руки за голову, локти разведены: рывковые повороты туловища влево-вправо. Повторить 10-12 раз.

5. Висы на перекладине. Выполнять 20-30 с.

6. Висы на перекладине с закручиванием туловища (с вращением туловища). Выполнять 20-30 с.

7. Упражнение в парах. И.П. – стоя спиной к друг другу, ноги на ширине плеч, руки в замок: плавные наклоны вперед с партнером на спине (тело партнера расслаблено). Повторить по 10-12 раз.

8. И.П. – в выпаде одной ногой в сторону, руки на поясе: на счет 1-3 – пружинящие приседания на одной ноге, стараясь руками достать носок выпрямленной в сторону ноги, на 4 – смена положения ног. Выполнить на каждую ногу по 8-12 раз.

9. И.П. – стоя, взяться руками за опору: махи одной ногой вперед-назад, постепенно увеличивая амплитуду движений. Выполнить каждой ногой по 10-12 раз.

10. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, руки за головой, локти разведены: приседания на носках. Выполнить 10-15 раз.

Комплекс №4 адаптирующих, предметно-ориентированных упражнений для разминки

Чередование: СП

1. И.П. – ноги чуть шире плеч, слегка согнуты в коленях: наклоны головы вправо-влево, вперед-назад. Повторить по 8-12 раз.

2. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, пальцы левой и правой руки касаются друг друга, локти выставлены в стороны и вперед: прижимание пальцев друг к другу (ладони не соединять). Повторить 10-15 раз.

3. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, кисти рук соединены в замок, вытянуты вверх: наклоны туловища влево-вправо с вытягиванием рук вверх. Повторить 10-15 раз.

4. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, кисти рук соединены в замок, вытянуты вверх: закручивающие движения туловища с вытягиванием рук вверх. Повторить 10-12 раз.

5. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, руки за голову, локти разведены: рывковые повороты туловища влево-вправо. Повторить 10-12 раз.

6. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, руки разведены в стороны: повороты туловища влево-вправо. Повторить 10-12 раз.

7. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, наклон вперед, руки разведены в стороны: повороты туловища влево-вправо до касания пальцами рук носков ног. Повторить по 8-10 раз в каждую сторону.

8. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, руки на поясе: рывковые наклоны вперед-назад, влево-вправо. Повторить 10-12

8. И.П. – широкая стойка в упоре согнувшись, ступни параллельны: медленно перейти в упор прогнувшись, не меняя положения рук, стопы развернуть наружу. Вернуться в и.п. Выполнить 5-6 раз.

9. И.П. – стоя спиной у гимнастической стенки, ноги на ширине плеч, руками взяться за жерди за головой: подать таз вперед, прогнуться в пояснице и выполнить 8-10 максимальных наклонов туловища назад, постоянно опуская уровни хвата руками.

Комплекс №5 адаптирующих, предметно-ориентированных упражнений для разминки

Чередование: СП

1. Ходьба спортивная с перекатом с пятки на носок. Выполнять 20-30 с.

2. Ходьба носками внутрь. Выполнять 20-30 с.

3. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, кисти рук соединены в замок, вытянуты вверх: закручивающие движения туловища с вытягиванием рук вверх. Повторить 10-12 раз.

4. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, руки за голову, локти разведены: рывковые повороты туловища влево-вправо. Повторить 10-12 раз.

5. Висы на перекладине. Выполнять 20-30 с.

6. Висы на перекладине с закручиванием туловища (с вращением туловища).
Выполнять 20-30 с.

7. Упражнение в парах. И.П. – стоя спиной к друг другу, ноги на ширине плеч, руки в замок: плавные наклоны вперед с партнером на спине (тело партнера расслаблено).
Повторить по 10-12 раз.

8. И.П. – в выпаде одной ногой в сторону, руки на поясе: на счет 1-3 – пружинящие приседания на одной ноге, стараясь руками достать носок выпрямленной в сторону ноги, на 4 – смена положения ног. Выполнить на каждую ногу по 8-12 раз.

9. И.П. – стоя, взяться руками за опору: махи одной ногой вперед-назад, постепенно увеличивая амплитуду движений. Выполнить каждой ногой по 10-12 раз.

10. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, руки за головой, локти разведены: приседания на носках. Выполнить 10-15 раз.

11. И.П. – лежа на спине ноги приподняты: сгибание и разгибание ног «велосипед».
Выполнить 15-20 раз.

12. И.П. – лежа на спине, одна нога положена на колено другой: круговые движения стопами. Выполнить по 14-15 раз в каждую сторону.

Комплекс №6 адаптирующих, предметно-ориентированных упражнений для разминки

Чередование: СП

1. И.П. – ноги чуть шире плеч, слегка согнуты в коленях: наклоны головы вправо-влево, вперед-назад. Повторить по 8-12 раз.

2. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, пальцы левой и правой руки касаются друг друга, локти выставлены в стороны и вперед: прижимание пальцев друг к другу (ладони не соединять). Повторить 10-15 раз.

3. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, кисти рук соединены в замок, вытянуты вверх: наклоны туловища влево-вправо с вытягиванием рук вверх. Повторить 10-15 раз.

4. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, кисти рук соединены в замок, вытянуты вверх: закручивающие движения туловища с вытягиванием рук вверх. Повторить 10-12 раз.

5. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, руки за голову, локти разведены: рывковые повороты туловища влево-вправо. Повторить 10-12 раз.

6. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, руки разведены в стороны: повороты туловища влево-вправо. Повторить 10-12 раз.

7. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, наклон вперед, руки разведены в стороны: повороты туловища влево-вправо до касания пальцами рук носков ног. Повторить по 8-10 раз в каждую сторону.

8. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, руки на поясе: рывковые наклоны вперед-назад, влево-вправо. Повторить 10-12 раз.

9. И.П. – широкая стойка в упоре согнувшись, ступни параллельны: медленно перейти в упор прогнувшись, не меняя положения рук, стопы развернуть наружу. Вернуться в и.п. Выполнить 5-6 раз.

10.И.П. – стоя спиной у гимнастической стенки, ноги на ширине плеч, руками взяться за жерди за головой: подать таз вперед, прогнуться в пояснице и выполнить 8-10 максимальных наклонов туловища назад, постоянно опуская уровни хвата руками.

11.Эстафета. Например: «сверху и снизу». Впереди каждой команды кладут на землю любой предмет (лучше баскетбольный мяч). По сигналу предмет начинают передавать над головой первого игрока и между ногами второго и т.д., чередуя эти способы. Последний в ряду игрок, получив предмет, бежит впереди, встав в голове колонны, передает предмет назад над головой и т.д. Эстафета заканчивается, когда первый игрок вновь встает в голове колонны.

Комплекс №7 адаптирующих, предметно-ориентированных упражнений для заключительной части

Чередование: ССП, ОВ

1. И.П – в выпаде одной ногой вперед, руки на колене: на счет 1-3 пружинящие приседания в выпаде; на 4 – смена положений ног прыжком. На каждую ногу выполнить по 8-12 раз.

2. И.П. – стоя в упоре у стены: поднимание бедра вперед-вверх с одновременным подъемом на стопе опорной ноги. Выполнить каждой ногой по 10-14 раз.

3. И.П. – стоя, взяться руками за опору: махи одной ногой вперед-назад, постепенно увеличивая амплитуду движений. Выполнить каждой ногой по 10-12 раз.

4. И.П. – стоя, ноги скрещены: пружинящие наклоны туловища вперед. Через каждые 3 наклона – выпрямиться и на счет 4 поменять положение ног. Выполнить 8-10 наклонов.

5. И.П. – упор лежа: сгибание – разгибание рук. Выполнить максимальное число раз.

6. И.П. – вис на перекладине хватом сверху: подтягивание. Выполнить максимальное число раз.

7. И.П. – вис на перекладине хватом сверху: поднос прямых ног к перекладине. Выполнить максимальное число раз.

Комплекс №8 адаптирующих, предметно-ориентированных упражнений для заключительной части

Чередование: ССП, ОВ

1. И.П. – ноги чуть шире плеч, слегка согнуты в коленях: наклоны головы вправо-влево, вперед-назад. Повторить по 8-12 раз.

2. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, пальцы левой и правой руки касаются друг друга, локти выставлены в стороны и вперед: прижимание пальцев друг к другу (ладони не соединять). Повторить 10-15 раз.

3. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, кисти рук соединены в замок, вытянуты вверх: наклоны туловища влево-вправо с вытягиванием рук вверх. Повторить 10-15 раз.

4. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, кисти рук соединены в замок, вытянуты вверх: закручивающие движения туловища с вытягиванием рук вверх. Повторить 10-12 раз.

5. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, руки за голову, локти разведены: рывковые повороты туловища влево-вправо. Повторить 10-12 раз.

6. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, руки разведены в стороны: повороты туловища влево-вправо. Повторить 10-12 раз.

7. Отработка приемов рукопашного боя (обезоруживание при ударе ножом сверху (снизу), освобождение от захвата шеи спереди и т.п.).

8. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, пальцы левой и правой руки касаются друг друга, локти выставлены в стороны и вперед: прижимание пальцев друг к другу (ладони не соединять). Повторить 10-15 раз.

Комплекс №9 адаптирующих, предметно-ориентированных упражнений для заключительной части

Чередование: ССП, ОВ

1. И.П. – в выпаде одной ногой вперед, руки на колене: на счет 1-3 пружинящие приседания в выпаде; на 4 – смена положений ног прыжком. На каждую ногу выполнить по 8-12 раз.

2. И.П. – стоя в упоре у стены: поднимание бедра вперед-вверх с одновременным подъемом на стопе опорной ноги. Выполнить каждой ногой по 10-14 раз.

3. Отработка приемов рукопашного боя (обезоруживание при ударе ножом сверху (снизу), освобождение от захвата шеи спереди и т.п.).

4. И.П. – стоя, ноги вместе, руки за голову: на счет 1-2 поднять руки вверх, отвести их до отказа назад, прогнуться, правую ногу назад на носок; 3-4 – вернуться в и.п. Повторить 6-8 раз, темп медленный.

5. И.П. – стоя, спиной к стене на расстоянии шага, опереться о нее лопатками и руками, согнутыми за головой: на счет 1-2 – вздох и прогнуться вперед; на 3-4 выдох и вернуться в и.п. Повторить 6-8 раз, темп медленный.

6. И.П. – стоя, ноги вместе: приподнять подбородок, поднять лопатки и отвести назад, сделать глубокий вдох, опустить лопатки и после этого выдохнуть, зафиксировать это положение. Повторить 3-4 раза.

Комплекс №10 адаптирующих, предметно-ориентированных упражнений для заключительной части

Чередование: СП

1. Эстафета. Пример: «стоножка». Игроки каждой команды, построены в колонну, расставляют ноги и протягивают свои левые руки между ног.

Сзади стоящие игроки правыми руками захватывают левые руки впереди стоящих. Вся команда теперь соединена вместе. По сигналу команды бегут к отметке (15 м.), делают поворот вокруг нее и возвращаются к стартовой линии. Если команда «разрывается», она должна остановиться и правильно соединиться.

2. И.П. – стоя, ноги вместе слегка согнуты в коленях, тяжесть тела – на носки: имитация одновременного безшажного хода. Выполнить 10-15 раз.

3. И.П. – стоя, ноги вместе: вращение прямыми руками вперед в подскоке. Выполнить на выдохе максимальное число раз, повторить 2-3 раза.

4. И.П. – лежа на спине, руки вдоль туловища: подъем ног с касанием носками ног пола за головой. Выполнять медленно, повторить 8-12 раз.

5. И.П. – стойка вниз головой (на кистях, предплечьях или голове): держать 20-30 с.

6. И.П. – стойка на лопатках: держать 20-30 с.

7. И.П. – лежа на спине ноги приподняты: сгибание и разгибание ног «велосипед». Выполнить 15-20 раз.

Комплекс №11 адаптирующих, предметно-ориентированных упражнений для заключительной части

Чередование: СП

1. И.П. – ноги чуть шире плеч, слегка согнуты в коленях: наклоны головы вправо-влево, вперед-назад. Повторить по 8-12 раз.

2. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, пальцы левой и правой руки касаются друг друга, локти выставлены в стороны и вперед: прижимание пальцев друг к другу (ладони не соединять). Повторить 10-15 раз.

3. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, кисти рук соединены в замок, вытянуты вверх: наклоны туловища влево-вправо с вытягиванием рук вверх. Повторить 10-15 раз.

4. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, кисти рук соединены в замок, вытянуты вверх: закручивающие движения туловища с вытягиванием рук вверх. Повторить 10-12 раз.

5. И.П. – стоя, ноги на ширине плеч, руки за голову, локти разведены: рывковые повороты туловища влево-вправо. Повторить 10-12 раз.

6. Эстафета. Пример: «стоножка». Игроки каждой команды, построенные в колонну, расставляют ноги и протягивают свои левые руки между ног. Сзади стоящие игроки правыми руками захватывают левые руки впереди стоящих. Вся команда теперь соединена вместе. По сигналу команды бегут к отметке (15 м.), делают поворот вокруг нее и возвращаются к стартовой линии. Если команда «разрывается», она должна остановиться и правильно соединиться.

7. И.П. – стоя, ноги вместе слегка согнуты в коленях, тяжесть тела – на носки: имитация одновременного бесшажного хода. Выполнить 10-15 раз.

8. И.П. – стоя, ноги вместе: вращение прямыми руками вперед в подскоке. Выполнить на выдохе максимальное число раз, повторить 2-3 раза.

9. И.П. – лежа на спине, руки вдоль туловища: подъем ног с касанием носками ног пола за головой. Выполнять медленно, повторить 8-12 раз.

10.И.П. – стойка вниз головой (на кистях, предплечьях или голове): держать 20-30 с.

11. И.П. – стойка на лопатках: держать 20-30 с.

12.И.П. – лежа на спине ноги приподняты: сгибание и разгибание ног «велосипед». Выполнить 15-20 раз.

Комплекс №12 адаптирующих, предметно-ориентированных упражнений для заключительной части

Чередование: СП

1. И.П. – в выпаде одной ногой вперед, руки на колене: на счет 1-3 пружинящие приседания в выпаде, на 4 – смена положений ног прыжком. На каждую ногу выполнить по 8-12 раз.

2. И.П. – стоя в упоре у стены: поднимание бедра вперед-вверх с одновременным подъемом на стопе опорной ноги. Выполнить каждой ногой по 10-14 раз.

3. Отработка приемов рукопашного боя (обезоруживание при ударе ножом сверху (снизу), освобождение от захвата шеи спереди и т.п.).

4. И.П. – стоя, ноги вместе, руки за голову: на счет 1-2 поднять руки вверх, отвести их до отказа назад, прогнуться, правую ногу назад на носок; 3-4 – вернуться в и.п. Повторить 6-8 раз, темп медленный.

5. И.П. – стоя, спиной к стене на расстоянии шага, опереться о нее лопатками и руками, согнутыми за головой: на счет 1-2 – вдох и прогнуться вперед; на 3-4 выдох и вернуться в и.п. Повторить 6-8 раз, темп медленный.

6. И.П. – стоя, ноги вместе: приподнять подбородок, поднять лопатки и отвести назад, сделать глубокий вдох, опустить лопатки и после этого выдохнуть, зафиксировать это положение. Повторить 3-4 раза.

7. И.П. – стоя на коленях, оттянуть носки и сесть на пятки, руки за головой: на счет 1-2 – вдох, подняться с пяток и, разводя прямые руки в стороны ладонями вверх, сильно выдвинуть таз вперед, на 3-4 – выдох, вернуться в и.п. повторить 10-20 раз.

8. И.П. – стоя на коленях, упор прямыми руками в пол, на счет 1-2 – прогнуться, поднять прямую правую ногу и отвести голову назад, вдох, на 3-4 – выдох, вернуться в и.п. Повторить 8-10 раз, поочередно поднимая левую и правую ногу.



**МИНИСТЕРСТВО СПОРТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНСПОРТ РОССИИ)**

ПРИКАЗ
« 09.01.2023 20 __ г. № 3
г. Москва

Об утверждении Методических рекомендаций «Реабилитация и абилитация инвалидов средствами адаптивной физической культуры и спорта, в том числе детей-инвалидов»

Во исполнение пункта 32 плана мероприятий по реализации Стратегии развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 г. № 3615-р, п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить прилагаемые Методические рекомендации «Реабилитация и абилитация инвалидов средствами адаптивной физической культуры и спорта, в том числе детей-инвалидов» (далее – Методические рекомендации).
2. Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации использовать в работе Методические рекомендации.
3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра спорта Российской Федерации О.Х. Байсултанова.

Министр



О.В. Матыцин

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Реабилитация и абилитация инвалидов средствами адаптивной физической культуры и спорта, в том числе детей-инвалидов

Москва, 2022

1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Настоящие Методические рекомендации по реабилитации и абилитации инвалидов средствами адаптивной физической культуры и спорта, в том числе детей-инвалидов (далее – Методические рекомендации) предназначены для разработки информационных материалов для заинтересованных лиц и возможного применения на уровне физкультурно-спортивной организации, организации, оказывающей физкультурно-спортивные услуги или участвующей в комплексной реабилитации инвалидов (детей-инвалидов).

Реализация основных направлений реабилитации, абилитации инвалидов предусматривает использование инвалидами технических средств реабилитации, создание необходимых условий для беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной, инженерной, транспортной инфраструктур и пользование средствами транспорта, связи и информации, а также обеспечение инвалидов и членов их семей информацией по вопросам реабилитации, абилитации инвалидов.

Реабилитация и абилитация инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество.

Методические рекомендации разработаны с учетом требований и норм международных документов в области обеспечения прав и социальной защиты инвалидов, в том числе Конвенции о правах инвалидов, действующих нормативных правовых актов Российской Федерации, а также технических нормативных правовых актов, строительных, противопожарных и иных норм в области доступности для инвалидов объектов и услуг.

Методические рекомендации предназначены руководителям и специалистам физкультурно-спортивных организаций, оказывающих услуги лицам с инвалидностью, для практического применения в работе при решении вопросов обеспечения доступности для инвалидов услуг и объектов, на которых они предоставляются, оказания при этом необходимой помощи.

Методические рекомендации содержат теоретический материал по основным организационным формам и механизмам управления программами реабилитации и абилитации инвалидов, в т.ч. детей-инвалидов, и дают общее представление о моделировании программ адаптивной физической культуры и спорта для комплексной реабилитации и абилитации. В рекомендациях рассмотрена сетевая и кластерная модели планирования программ адаптивной физической культуры и спорта и применение

Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в руководстве реабилитацией инвалидов. Вопросы оценки результатов реабилитации.

При использовании настоящих Методических рекомендаций необходимо проверять действие (актуальность) нормативно-правовых актов, упомянутых в документе, т.к. ряд документов ограничен по срокам действия. Также следует учитывать, что использование сводов строительных правил и регламентов, которые имеют статус действующих, но не включенных в Перечни сводов правил или частей сводов правил, в результате применения которых на обязательной или добровольной основе обеспечивается соблюдение требований Федерального закона от 30.12.2009 № 384-ФЗ «Технический регламент о безопасности зданий и сооружений», утвержденные соответствующим образом на федеральном уровне, должно подтверждаться результатами испытаний, проб и экспериментов.

2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

1. ГОСТ Р 52495-2005 Национальный стандарт Российской Федерации «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг».
2. ГОСТ Р 53874-2017 Национальный стандарт Российской Федерации «Реабилитация и абилитация инвалидов. Основные виды реабилитационных и абилитационных услуг».
3. ГОСТ Р 54738-2021 Национальный стандарт Российской Федерации «Реабилитация инвалидов. Услуги по социальной реабилитации инвалидов».
4. Конвенция о правах инвалидов (принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13.12.2006, подписана от имени Российской Федерации 24.09.2008, ратифицирована Федеральным законом от 03.05.2012 № 46-ФЗ).
5. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), утверждена 22.05.2001 54-й сессией ассамблеи ВОЗ (резолюция WHA54.21).
6. Организационно-методические рекомендации по использованию технологий, основанных на средствах и методах адаптивной физической культуры в индивидуальных программах реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов (утверждены Министром спорта Российской Федерации П.А. Колобковым 20.10.2017).
7. Письмо Минобрнауки России от 13.01.2016 № ВК-15/07 «О направлении методических рекомендаций» (вместе с Рекомендациями Министерства образования и науки Российской Федерации органам государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования по реализации моделей раннего выявления отклонений и комплексного сопровождения с целью коррекции первых признаков отклонений в развитии детей).
8. Постановление Правительства Российской Федерации от 29.03.2019 № 363 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда»
9. Приказ Министерства культуры России от 30.12.2016 № 3019 «Об утверждении модельной программы социокультурной реабилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов».
10. Приказ Министерства социальной защиты населения Российской Федерации от 26.12.2017 № 875 «Об утверждении методики разработки региональной программы по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов (типовая программа субъекта Российской Федерации)».

11. Приказ Министерства социальной защиты населения Российской Федерации от 30.06.2017 № 545 «Об утверждении методики оценки региональной системы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов».

12. Приказ Министерства социальной защиты населения Российской Федерации от 29.09.2017 № 705 «Об утверждении примерной модели межведомственного взаимодействия организаций, предоставляющих реабилитационные услуги, обеспечивающей принцип ранней помощи, преемственность в работе с инвалидами, в том числе с детьми-инвалидами, и их сопровождение».

13. Приказ Министерства социальной защиты населения Российской Федерации от 23.04.2018 № 275 «Об утверждении примерных положений о многопрофильных реабилитационных центрах для инвалидов и детей-инвалидов, а также примерных перечней оборудования, необходимого для предоставления услуг по социальной и профессиональной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов».

14. Приказ Министерства социальной защиты населения Российской Федерации от 27.09.2017 № 700 «О примерных штатных нормативах организаций, предоставляющих услуги по социальной и профессиональной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов».

15. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 18.08.2016 № 436н «Об утверждении технического задания пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов».

16. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18.12.2021 № 3711-р «Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года».

17. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, приняты Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций на сорок восьмой сессии 20.12.1993 (резолюция 48/96).

18. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 24.11.2020 № 3081-р «Об утверждении стратегии развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2030 года».

19. Федеральный закон от 19.04.1991 № 1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации».

20. Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».

21. Федеральный закон от 04.12.2007 № 329-ФЗ «О физической культуре и спорте в Российской Федерации».
22. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
23. Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
24. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
25. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

3. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

Абилитация инвалидов – система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Адаптация социальная – система мероприятий, направленных на приспособление гражданина, находящегося в трудной жизненной ситуации, к принятым в обществе правилам и нормам поведения, окружающей его среде жизнедеятельности.

Адаптированная физическая активность – дополнение реабилитационного лечения, направлена на восстановление активности пациента (клиента).

Ассистивные (вспомогательные) устройства – любое внешнее изделие (включая устройства, оборудование, инструменты или программное обеспечение), специально изготовленное или широко имеющееся в наличии, главная цель которого состоит в поддержании или улучшении функционирования и независимости индивида, содействуя тем самым его благополучию.

Инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида – комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Кластер – организационная форма консолидации усилий заинтересованных сторон, направленных на достижение конкретных преимуществ, в условиях становления постиндустриальной экономики. Одна из форм взаимодействия организаций и социальных групп в рамках совместной цепочки ценности. Представляет собой взаимозаменяемый элемент самодостаточной локализованной сферы производства или услуг определенного направления, объединяющий широкий круг участников производственного процесса по всей цепочке технологического цикла. Обладает свойствами кооперации и взаимной конкуренции его участников, формирует уникальные компетенции региона, способствует концентрации предприятий и организаций на определенной территории.

Кластеризация – процесс формирования и развития кластера вследствие действия внешних стимулов и внутренних мотивов, побуждающих актора к реализации кластерного взаимодействия.

Кластерная инициатива – управляемый процесс создания и развития кластера. Инициатором создания кластера «снизу», как правило, является один или несколько субъектов рынка, деятельность которых носит смежный взаимодополняющий характер, и они замотивированы на снижение издержек и максимизацию выгод за счет реализации кластерного взаимодействия.

Кластерная политика – система государственных и общественных мер и механизмов поддержки кластеров и кластерных инициатив, обеспечивающих повышение конкурентоспособности регионов, предприятий, входящих в кластер, развитие институтов, стимулирующих формирование кластеров, а также обеспечивающих внедрение инноваций. Процесс стимуляции развития кластеров и кластерных инициатив государственными и общественными организациями.

Комплексная реабилитация и абилитация инвалида (ребенка-инвалида) – совокупность различных по форме, направлению и области применения приемов и методов (медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических, бытовых, социально-правовых, профессиональных, спортивных, творческих и средовых компонентов) реабилитации.

Локальная кластеризация (ЛК) – предусматривает создание сетевых объединений или устойчивых связей открытого типа, создающихся на короткий промежуток времени и не имеющих общей системы управления и координации участников. Для ЛК применяются методы самоуправления и согласования действий с реализацией модели горизонтальной интеграции.

Медико-социальная экспертиза – признание лица инвалидом и определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Медицинская реабилитация представляет собой комплекс медицинских мер воздействия на человека-инвалида, направленных на восстановление нарушенных или утраченных функций организма, приведших к инвалидности. Цель этих мер – восстановление, поддержание и охрана здоровья инвалида.

Многопрофильная организация комплексной реабилитации (абилитации) инвалидов (детей-инвалидов) – реабилитационная организация, реализующая

мероприятия по различным направлениям реабилитации и абилитации для всех категорий инвалидов.

Моделирование – это метод воспроизведения и исследования определённого фрагмента действительности (предмета, явления, процесса, ситуации) или управления им, основанный на представлении объекта с помощью модели.

Модель – представление предмета, системы или идеи в форме, отличной от формы целого, т.е. самого предмета. Модели играют полезную роль, потому что они упрощают реальность и тем самым облегчают возможность увидеть внутренние отношения.

Направления реабилитации и абилитации инвалидов – включают в себя медицинскую реабилитацию, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение; профессиональную ориентацию, общее и профессиональное образование, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве (в том числе на специальных рабочих местах), производственную адаптацию; социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию; физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Ограничение жизнедеятельности – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Реабилитационная организация – организация, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, осуществляющая деятельность в сферах образования, социальной защиты, здравоохранения, физической культуры и спорта, труда и занятости, направленную на устранение или, возможно, более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в целях их социальной адаптации, включая интеграцию в общество.

Реабилитационная услуга инвалиду – действие реабилитационных организаций, заключающееся в проведении для инвалида комплекса медицинских, психологических, педагогических, профессиональных, юридических и других мероприятий для устранения или возможно полной компенсации ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Реабилитационный потенциал – обобщенный показатель сохранившихся (неповрежденных) и скрытых резервов человека со сниженным здоровьем; совокупность биологических и психофизиологических характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих при создании определенных условий в той или иной

степени восстановить или компенсировать нарушенные сферы жизнедеятельности, реализовать потенциальные способности, интегрироваться в общество.

Реабилитация инвалидов – система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Реабилитация социальная – система мероприятий, направленных на восстановление утраченных гражданином социальных связей, социального статуса, устранение или возможно полную компенсацию ограничений жизнедеятельности.

Система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов – система методологических, методических, правовых, финансовых и организационных компонентов (в т.ч. организаций), обеспечивающих реабилитационный и абилитационный процессы, оказание ранней помощи и сопровождение инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на основе эффективного межведомственного взаимодействия при обеспечении социальной защиты инвалидов, в том числе детей-инвалидов, с учетом особенностей нарушения их здоровья, а также сопровождения инвалидов, в том числе детей-инвалидов, и (или) их семей.

Социально-бытовая адаптация – это обучение инвалида самообслуживанию и мероприятия по обустройству жилища инвалида в соответствии с имеющимися ограничениями жизнедеятельности. Социально-бытовая адаптация ориентирована на инвалидов, не владеющих необходимыми социально-бытовыми навыками и нуждающихся во всесторонней ежедневной поддержке в микросоциальной среде.

Социально-педагогическая реабилитация инвалидов – это совокупность мероприятий по коррекции и компенсации функций, приспособлению инвалида к условиям социальной среды педагогическими методами и средствами.

Социокультурная реабилитация – это комплекс мероприятий, цель которых заключается в помощи инвалиду достигнуть и поддерживать оптимальную степень участия в социальных взаимосвязях, необходимый уровень культурной компетенции, что должно обеспечивать возможность для позитивных изменений в образе жизни и наиболее полную интеграцию в общество за счет расширения рамок его независимости.

Спорт – сфера социально-культурной деятельности как совокупность видов спорта, сложившаяся в форме соревнований и специальной практики подготовки человека к ним.

Стратегическая кластеризация (СК) – предусматривает создание кластеров как устойчивых во времени полисубъективных организационных систем, реализующих сетевое взаимодействие в практике совместной деятельности в долгосрочной перспективе и имеющих общую систему управления и координации участников. Для СК применяются

методы управления и координации с реализацией вертикальной и горизонтальной моделей интеграции.

Услуга по профессиональной реабилитации – комплекс мероприятий, направленных на восстановление трудоспособности инвалида в доступных ему по состоянию здоровья условиях труда, на максимально возможное включение в трудовую деятельность с учетом имеющихся у инвалида нарушений функций организма и ограничений к трудовой деятельности с целью достижения им конкурентоспособности на рынке труда, материальной независимости, самообеспечения и интеграции в общество.

Услуга по социальной реабилитации инвалидов представляет собой комплекс мер, направленных на устранение или возможно полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалида, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций его организма, обеспечение ему оптимального режима общественной и семейно-бытовой деятельности в конкретных социально-средовых условиях. Основная цель социальной реабилитации – восстановление способностей инвалида к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности.

Услуга по социально-психологической реабилитации – это комплекс мер, направленных на оказание психологической помощи инвалидам для достижения целей социально-психологической реабилитации, а именно на восстановление (формирование) способностей, позволяющих им успешно выполнять различные социальные роли (семейные, профессиональные, общественные и другие) и иметь возможность быть реально включенным в разные области социальных отношений и жизнедеятельности, на формирование социально-психологической компетентности для успешной социальной адаптации и интеграции инвалида в общество.

Услуга по социально-средовой реабилитации – это комплекс мероприятий, направленных на интеграцию инвалида в общество путем обеспечения его необходимым набором технических средств реабилитации, создания доступной среды.

Физическая культура – часть культуры, представляющая собой совокупность ценностей, норм и знаний, создаваемых и используемых обществом в целях физического и интеллектуального развития способностей человека, совершенствования его двигательной активности и формирования здорового образа жизни, социальной адаптации путем физического воспитания, физической подготовки и физического развития.

Физическая реабилитация – восстановление (в том числе коррекция и компенсация) нарушенных или временно утраченных функций организма человека и способностей к общественной и профессиональной деятельности инвалидов и лиц

с ограниченными возможностями здоровья с использованием средств и методов адаптивной физической культуры и адаптивного спорта, которые направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья.

Физическое воспитание – процесс, направленный на воспитание личности, развитие физических возможностей человека, приобретение им умений и знаний в области физической культуры и спорта в целях формирования всесторонне развитого и физически здорового человека с высоким уровнем физической культуры.

Физкультурно-оздоровительная услуга – деятельность, осуществляемая физкультурно-спортивной организацией независимо от ее организационно-правовой формы, направленная на удовлетворение потребностей граждан в сохранении и укреплении здоровья, физической подготовке и физическом развитии, включающая в себя в том числе проведение физкультурных мероприятий.

Модель кластера – схематично представленная и вербально описанная организационная структура кластера, отражающая основной состав участников, среду реализации, механизмы кластерного взаимодействия и управления деятельностью.

Модельное решение – обобщенное «рамочное» описание принципов, ориентиров и концептуальных подходов к решению прикладных задач в какой-либо области деятельности.

4. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Одним из направлений государственной политики Российской Федерации в области обеспечения соблюдения прав инвалидов является формирование активного образа жизни граждан с ограниченными возможностями здоровья, их инклюзии в социальную жизнь. Ратификация нашим государством Конвенции о правах инвалидов послужила стимулом к совершенствованию службы медико-социальной экспертизы и порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации (ИПРА).

Ранняя помощь лицам с инвалидностью, семьям, в которой находится человек с проблемами со здоровьем любого возраста, сегодня становится элементом системы комплексной реабилитации, рассматривается в контексте профилактики инвалидности через организацию системы раннего выявления, в т.ч. детей с патологиями развития, и организации помощи им специалистами мультидисциплинарной команды.

Актуальность формирования комплексной системы реабилитации и абилитации инвалидов в субъектах Российской Федерации обусловлена объективными показателями инвалидности. По данным Федерального реестра инвалидов, численность инвалидов в Российской Федерации на 01.01.2022 составила 10 556 630 человек в возрасте старше 18 лет и 735 508 детей-инвалидов.

Современные требования к реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации основывается на положениях Конвенции о правах инвалидов, ратифицированной Федеральным законом от 03.05.2012 № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов». Одним из основных постулатов Конвенции является идея создания условий, обеспечивающих доступность получения инвалидами качественных реабилитационных и/или абилитационных услуг. Данное положение реализуется посредством государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» (утв. постановлением Правительства Российской Федерации от 29.03.2019 № 363).

Документы ООН предлагают новый принцип сбора данных в области устойчивого развития – принцип дезагрегированных данных: «чтобы никто не был забыт». Показатели должны приводиться, когда это уместно, в разбивке по уровню дохода, полу, возрасту, расе, этнической принадлежности, миграционному статусу, инвалидности, месту проживания и другим признакам в соответствии с основополагающими принципами официальной статистики (резолюция 68/261 Генеральной Ассамблеи ООН).

Европейская экономическая комиссия ООН рекомендует к 2030 году достичь следующих целей устойчивого развития (в контексте развития реабилитации инвалидов):

– внедрить на национальном уровне надлежащие системы и меры социальной защиты для всех, включая установление минимальных уровней, и к 2030 году достижение существенного охвата бедных и уязвимых слоев населения;

– обеспечить всеобщий охват услугами здравоохранения, в т.ч. защиту от финансовых рисков, доступ к качественным основным медико-санитарным услугам и доступ к безопасным, эффективным, качественным и недорогим основным лекарственным средствам и вакцинам для всех;

– оказывать содействие исследованиям и разработкам вакцин и лекарственных препаратов для лечения инфекционных и неинфекционных болезней, которые в первую очередь затрагивают развивающиеся страны, обеспечивать доступность недорогих основных лекарственных средств и вакцин в соответствии с Дохинской декларацией «Соглашение по ТРИПС и общественное здравоохранение»;

– наращивать потенциал всех стран, особенно развивающихся, в области раннего предупреждения, снижения рисков и регулирования национальных и глобальных рисков для здоровья;

– ликвидировать гендерное неравенство в сфере образования и обеспечить равный доступ к образованию и профессионально-технической подготовке всех уровней для уязвимых групп населения, в том числе инвалидов, представителей коренных народов и детей, находящихся в уязвимом положении;

– создать и совершенствовать учебные заведения, учитывающие интересы детей, особые нужды инвалидов и гендерные аспекты, и обеспечить безопасную, свободную от насилия и социальных барьеров и эффективную среду обучения для всех;

– обеспечить полную и производительную занятость и достойную работу для всех женщин и мужчин, в том числе молодых людей и инвалидов, и равную оплату за труд равной ценности;

– поддержать законодательным путем и поощрением активное участие всех людей в социальной, экономической и политической жизни независимо от их возраста, пола, инвалидности, расы, этнической принадлежности, происхождения, религии и экономического или иного статуса;

– обеспечить, чтобы все могли пользоваться безопасными, недорогими, доступными и экологически устойчивыми транспортными системами на основе повышения безопасности дорожного движения, в частности, расширения использования

общественного транспорта, уделяя особое внимание нуждам тех, кто находится в уязвимом положении, женщин, детей, инвалидов и пожилых лиц;

- обеспечить всеобщий доступ к безопасным, доступным и открытым для всех зеленым зонам и общественным местам, особенно для женщин и детей, пожилых людей и инвалидов;

- обеспечить ответственное принятие решений репрезентативными органами на всех уровнях с участием всех слоев общества;

- усилить поддержку, чтобы значительно повысить доступность высококачественных, актуальных и достоверных данных, дезагрегированных по уровню доходов, гендерной принадлежности, возрасту, расе, национальности, миграционному статусу, инвалидности, географическому местонахождению и другим характеристикам, значимым с учетом национальных условий.

Для достижения целей в области устойчивого развития Межучрежденческой группой экспертов ООН были разработаны соответствующие показатели – «Инициатива «Реабилитация 2030»», которая была запущена в феврале 2017 года и представила «призыв к действию» для согласованных и скоординированных глобальных действий по расширению масштабов реабилитации. Для достижения этого были определены 10 приоритетных направлений деятельности:

- создание сильного руководства и политической поддержки реабилитации на субнациональном, национальном и глобальном уровнях;

- усиление планирования и осуществления реабилитации на национальном и субнациональном уровнях, в том числе в рамках обеспечения готовности к чрезвычайным ситуациям и реагирования на них;

- улучшение интеграции реабилитации в сектор здравоохранения и укрепление межсекторальных связей для эффективного и действенного удовлетворения потребностей населения;

- включение реабилитации в программу всеобщего медицинского страхования;

- создание комплексных моделей оказания реабилитационных услуг для постепенного достижения равного доступа к качественным услугам, включая вспомогательные средства, для всего населения, в том числе в сельских и отдаленных районах;

- создание сильного многопрофильного реабилитационного персонала, подходящего для странового контекста, и продвижение концепций реабилитации во всех сферах обучения кадров здравоохранения;

- расширение финансирования реабилитации через соответствующие механизмы;

– сбор информации, относящейся к реабилитации, для улучшения информационных систем здравоохранения, включая данные о реабилитации на системном уровне и информацию о функционировании с использованием Международной классификации функционирования, инвалидности и здоровья (МКФ);

– наращивание исследовательского потенциала и расширение доступности надежных данных для реабилитации;

– создание и укрепление сетей и партнерств в области реабилитации, особенно между странами с низким, средним и высоким уровнем доходов.

Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» определяет государственную политику в области социальной защиты инвалидов в Российской Федерации, целью которой является обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией Российской Федерации, а также в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации. Предусмотренные законом меры социальной защиты инвалидов являются расходными обязательствами Российской Федерации, за исключением мер социальной поддержки и социального обслуживания, относящихся к полномочиям государственной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Федеральный закон «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» в статье 31 содержит пояснения о применении АФК, физической реабилитации инвалидов и лиц с ОВЗ и спорта инвалидов. В соответствии с этим Федеральным законом физическая реабилитация и социальная адаптация инвалидов и лиц с ОВЗ с использованием методов адаптивной физической культуры и адаптивного спорта осуществляются в реабилитационных центрах, физкультурно-спортивных клубах инвалидов, физкультурно-спортивных организациях.

Адаптивная физическая культура является частью физической культуры, использующей комплекс эффективных средств физической реабилитации инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, тогда как спорт инвалидов (адаптивный спорт) направлен на социальную адаптацию и физическую реабилитацию инвалидов и лиц с ОВЗ.

Развитие спорта инвалидов и лиц с ОВЗ основывается на принципах приоритетности, массового распространения и доступности занятий спортом.

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

Министерство спорта Российской Федерации, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления совместно с общественными объединениями инвалидов способствуют интеграции инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в систему физической культуры, физического воспитания и спорта посредством физкультурно-спортивных организаций.

Федеральный орган исполнительной власти в области физической культуры и спорта, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления, физкультурно-спортивные организации, в том числе физкультурно-спортивные объединения инвалидов, организуют проведение физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий с участием инвалидов и лиц с ОВЗ, создают детско-юношеские спортивно-адаптивные школы (с 01.01.2023 – спортивные школы, в том числе по адаптивному спорту), адаптивные детско-юношеские клубы физической подготовки. Образовательные организации вправе создавать филиалы, отделения, структурные подразделения по адаптивному спорту.

На современном этапе реабилитация и абилитация инвалидов и детей-инвалидов в Российской Федерации осуществляется в реабилитационных организациях, которые возможно классифицировать по разным признакам:

- по уровням (реабилитационные центры, реабилитационные отделения, реабилитационные кабинеты);
- по направлениям деятельности (медицинские, социальные, образовательные);
- по спектру предоставляемых реабилитационных и абилитационных услуг (многопрофильные организации, специализированные организации);
- по формам предоставления реабилитационных и абилитационных услуг (стационарная, полустационарная, амбулаторная, на дому);
- по организационно-правовым формам и формам собственности (государственные реабилитационные организации: федеральные, региональные, муниципальные; негосударственные: частные, принадлежащие общественным и религиозным организациям).

На сегодняшний день множество имеющихся форм реабилитационных организаций (ведомственный характер), различие в организационных методологических, методических и нормативно-правовых подходах к организации реабилитационного и

абилитационного процесса создаёт особенности формирования в стране системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и детей-инвалидов.

Вовлеченность инвалида – это полное и эффективное вовлечение и включение в общество, равенство возможностей, отсутствие дискриминации, доступность. Необходимыми условиями вовлеченности инвалида в общественную жизнь являются доступная медицинская и социальная помощь, доступное жилье, доступное образование, доступная занятость, доступный транспорт, доступное общение, защита гражданских прав, доступный спорт и отдых, равные со здоровыми гражданами возможности реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, отсутствие дискриминации во всех сферах жизни (Рисунок 1).



Рисунок 1. Компоненты успешной интеграции инвалида (ребенка-инвалида)

Согласно ратифицированной Конвенции ООН о правах инвалидов государство берет на себя ряд обязательств по защите прав инвалидов, предотвращению их дискриминации, созданию условий для успешного вовлечения и включения в общество. В настоящее время крайне актуально успешное решение задач социализации, вовлечение инвалидов в общественную жизнь в значительной степени определяет будущее страны, способствует её поступательному развитию. Вовлечение инвалидов в общественную жизнь позволит во многом изменить не только их положение в обществе, сформировать к ним у населения определённый уровень толерантности, признать таких людей полноправными членами социума, но и дать им возможность реализовать себя как личность, стать весомой единицей трудовых ресурсов страны. Для полноценной, активной жизни инвалидов необходимо вовлечение их в общественно полезную деятельность, развитие и поддержание связей инвалидов со здоровым окружением, государственными

учреждениями различного профиля, общественными организациями и управленческими структурами. По существу речь идет о социальной интеграции инвалидов, которая является конечной целью реабилитации.

В законодательстве Российской Федерации в сфере физической культуры и спорта полномочия соответствующего федерального органа исполнительной власти и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации в части организации проведения физической реабилитации всех инвалидов независимо от их профессионального спортивного потенциала с использованием средств и методов адаптивной физической культуры и адаптивного спорта в настоящее время определены не в полной мере.

Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации предполагается осуществлять в соответствии со Стратегией развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 24.11.2020 № 3081-р, одним из основных целевых показателей которой является увеличение доли лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов, систематически занимающихся физической культурой и спортом, в общей численности этой категории населения.

В связи с этим необходимы дальнейшее совершенствование вопросов обеспечения доступности занятий по адаптивной физической культуре и адаптивному спорту для всех инвалидов, особенно для детей-инвалидов, посредством развития этих направлений не только в учреждениях и организациях физической культуры и спорта, но и образования и социального обслуживания населения, а также развитие пунктов проката технических средств реабилитации, предназначенных для занятий адаптивным спортом (специальных протезов, колясок и др.), поддержка массовых физкультурно-спортивных мероприятий для инвалидов, в том числе инклюзивных, подготовка кадрового потенциала и др.

5. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ И МЕХАНИЗМЫ УПРАВЛЕНИЯ ПРОГРАММАМИ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ, В Т.Ч. ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Государственная социальная политика реализует актуальную программу медицинской, социальной, профессиональной реабилитации маломобильных групп населения, совершенствования технических средств реабилитации и обеспечение к ним доступа, методик обучения их пользованию, нормативно-правового регулирования в обеспечении техническими средствами реабилитации и мониторинга оказания реабилитационных услуг.

Деятельность в сфере комплексной реабилитации и абилитации осуществляют множество специалистов: медицинские работники и работники сферы адаптивной физической культуры и адаптивного спорта, специалисты в области социальной работы, в сфере образования, занятости населения и культуры. Все они, в отличие от действовавшей несколько лет назад системы аттестации, могут теперь подтверждать свою квалификацию не только в принудительном порядке по воле работодателя, но и добровольно, что дает им преимущество на рынке труда, способствует карьерному и профессиональному росту. Такая возможность реализуется в настоящее время в системе Независимой оценки квалификации работников путем проверки соответствия их квалификации, навыков и компетенций положениям утвержденных отраслевых профессиональных стандартов. При этом значительное количество действующих профессиональных стандартов для указанных специалистов нуждается в актуализации или разработке.

Важное значение уделяется созданию специальных условий и новых технических средств реабилитации для занятий адаптивным спортом и физической культурой. Совершенствование программ подготовки кадров, обучающих программ повышения квалификации врачей, специалистов адаптивной физической культуры, инструкторов не теряет своей актуальности.

В настоящее время прослеживается разделение организаций, занимающихся реабилитацией инвалидов на три уровня (территориальный (районный), окружной (муниципальный), региональный), а также управленческих и исполнительских компонентов, негосударственных структур и связи между ними (вертикальные и горизонтальные). Такая схема организации социальной реабилитации и абилитации лежит в основе изменения функций реабилитационных организаций в сфере взаимодействия с участниками процесса реализации мероприятий ИПРА инвалида (ребенка-инвалида), определяет основные отличия в направлениях деятельности структурных подразделений

этих организаций и специалистов этих подразделений, практически организующих взаимодействие.

К числу организаций, осуществляющих функции по социальной реабилитации инвалидов, относятся следующие:

- федеральные научно-практические центры медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;
- региональные центры медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;
- центры реабилитации инвалидов;
- центры социального обслуживания;
- стационарные учреждения социального обслуживания;
- центры социально-психологической помощи населению;
- протезно-ортопедические предприятия;
- центры технических средств реабилитации инвалидов;
- специализированные реабилитационно-производственные предприятия инвалидов;
- специализированные центры медицинской реабилитации;
- стационарные, амбулаторные и диспансерные медицинские организации;
- санаторно-курортные организации;
- организации образования разного уровня, осуществляющие интегрированное воспитание, образование и профессиональное обучение инвалидов;
- ресурсные учебно-методические центры по обучению инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (на базе образовательных организаций среднего-профессионального и высшего образования);
- центры профессиональной ориентации и реабилитации инвалидов при органах занятости населения;
- методические центры профориентации и трудоустройства инвалидов;
- центры социальной помощи семье и детям;
- центры социальной реабилитации детей и подростков;
- организации социокультурной реабилитации инвалидов (библиотеки, клубы, дома культуры, дворцы детского творчества, центры культуры и искусства, центры народного творчества, музеи, театры);
- физкультурно-оздоровительные организации (физкультурные диспансеры, стадионы, спортивные школы, спортивно-оздоровительные центры, туристические базы, физкультурные клубы);

– социально ориентированные некоммерческие организации.

В таблице 1 представлены примерные структурные подразделения и специалисты организаций реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) различного уровня, непосредственно осуществляющие внутриведомственное и межведомственное взаимодействие на уровне региона.

Таблица 1 – Структурные подразделения и специалисты организаций реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) различного уровня, непосредственно осуществляющие внутриведомственное и межведомственное взаимодействие на уровне региона

Вид организации системы реабилитации и абилитации	Исполнитель внутриведомственного и межведомственного взаимодействия	Уровень организации		
		Территориальный (районный)	Окружной (муниципальный)	Региональный
Организация, имеющая реабилитационное оборудование	Структурное подразделение	Отделение социального мониторинга	Отделение консультирования, приема граждан и межведомственного взаимодействия	Не предусмотрен
	Специалист	Интеграционный консультант	Куратор случая инвалидности	
Многопрофильные (МРЦ) или специализированные (СРЦ) реабилитационные центры	Структурное подразделение	Отделение социального мониторинга	Отделение консультирования, приема граждан и межведомственного взаимодействия	Отделение консультирования, приема граждан и межведомственного взаимодействия
	Специалист	Интеграционный консультант	Куратор случая инвалидности	Куратор случая инвалидности

В тексте распоряжения Правительства Российской Федерации от 18.12.2021 № 3711-р «Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года» указано, что, кроме того, из всего объема ведомственных услуг, предоставляемых в сфере социального обслуживания, образования, культуры, физической культуры и спорта и других сферах, должны быть выделены именно реабилитационные (абилитационные) услуги для инвалидов.

Учитывая современную теорию управления можно говорить по отношению к человеческому капиталу о «реабилитационном менеджменте» для лиц с инвалидностью и лиц с ограниченными возможностями здоровья. Основными принципами работы системы реабилитационного менеджера (куратора случая инвалидности) можно назвать:

1) адресность: личный контакт менеджера с инвалидом в ходе всего реабилитационного процесса, индивидуальное оперативное решение возникающих в ходе реабилитации организационных проблем;

2) эффективность и результативность: четкое понимание менеджером целей и задач реабилитационного процесса индивидуума, его координация и контроль;

3) комплексность: партнерская связь всех участников, предоставляющих различного вида услуги, необходимые для достижения конечной цели реабилитационного процесса;

4) мотивация лица с инвалидностью к выполнению реабилитационных назначений.

Стратегическое управление реабилитационной работой является важным уровнем интегративной системы управления реабилитацией и осуществляется с учетом гибкого реагирования на факторы внешней среды в целях достижения максимального социального эффекта от реабилитационной работы в долгосрочной перспективе.

Таким образом, важными задачами стратегического уровня управления системой реабилитации можно выделить следующие: 1) осуществление мониторинга внешней среды и 2) разработка целей, целевых показателей, концепции и стратегии развития системы реабилитации лиц с инвалидностью и ОВЗ.

Основные задачи тактического управления подразумевают осуществление анализа, оценки и совершенствования реабилитационной работы. Видится целесообразным применение процессного подхода к тактическому управлению. Процессный подход к тактическому управлению системой реабилитационной работы – это управление реабилитационной работой путем построения системы процессов, управления ими, осуществление деятельности по улучшению процессов.

В настоящее время система реабилитации лиц с инвалидностью сочетает в себе элементы административного (структурно-функционального) управления и программно-целевого управления. Хотя функциональное управление широко используется на практике, оно порождает ряд трудностей. Различные функциональные структуры часто имеют очень узкий взгляд на совокупность процессов и не заинтересованы в том, что прямо их не затрагивает, другими словами, организации, участвующие в реабилитационной работе, сосредоточены только на своих функциях и то, что происходит за пределами организации, их не волнует.

Обмен информацией в значительной степени тормозится из-за передачи информации с одного управленческого (организационного) уровня на другой, а не по горизонтали, т.е. напрямую между организациями (ответственными лицами).

Процессное управление – это альтернатива функциональному управлению, при помощи которого предлагается модернизировать основной процесс реабилитации. Процессное управление оказанием реабилитационных услуг ставит акцент на качественное выполнение работ, ориентированных на результаты, основные из которых представлены ниже:

- установление измеряемого результата процессов и подпроцессов;
- создание системы учета результатов процессов и подпроцессов;
- оценка и анализ результатов за несколько предшествующих лет;
- внедрение механизмов причинно-следственной обусловленности средств (ресурсов), выделяемых на процесс (подпроцесс), с достижением заданных результатов;
- стимулирование ответственных за процессы и подпроцессы, за поиск резервов повышения эффективности расходов (затрат);
- утверждение регламентирующей документации по реализации процессов и подпроцессов.

Тактическое процессное управление способно обеспечить постоянное соответствие осуществляемой реабилитационной работы потребностям рынка и меняющейся внешней среде.

Третьим уровнем иерархии управления является оперативно-координационное управление, которое призвано обеспечить текущую работу по реабилитации лиц с инвалидностью за счет координации деятельности организаций, участвующих в данных процессах, и мотивированной деятельности лиц с инвалидностью.

Один из ключевых принципов работы координационного органа на любом уровне – обеспечивать максимально высокий уровень доступности реабилитационных услуг для лиц с инвалидностью. Функции координационного органа могут быть возложены на Службу реабилитационного менеджмента, реабилитационные центры или другие структуры (см. выше).

Оперативно-координационное управление имеет 2 взаимосвязанных направления:

- 1) управление организациями, участвующими в осуществлении реабилитационных работ;
- 2) проектное управление по каждому случаю наступления инвалидности.

Организации, участвующие в реабилитационной работе, должны рассматриваться как объединение взаимно независимых партнеров, действующих для достижения определенных партнерами целей по согласованным правилам и коммуникационным каналам.

Сеть организаций может быть подобрана для выполнения конкретной ИПРА (группы нозологий, возрастных групп и т.д.), т.е. создаваться под каждый конкретный случай инвалидности или каждого человека с инвалидностью, проходящего этапную реабилитацию.

Актуальной является задача формирования участников данной сетевой структуры. Формирование состава таких организаций представляет собой нахождение варианта наилучшего достижения результатов реабилитации. Основными критериями для включения организации в «реабилитационный маршрут» является наличие ключевых компетенций и ресурсов для достижения целей комплексной реабилитации. Состав и число организаций, участвующих в реабилитации конкретного инвалида, может меняться и носить рекомендательный характер. При этом координационный орган должен сохранять возможность выбора наилучшего состава организаций для «реабилитационного маршрута» инвалида, совместная деятельность которых будет способствовать улучшению результатов и сокращению сроков реабилитации. Основным направлением деятельности данного органа может быть координирование деятельности всех необходимых медицинских и иных организаций и служб на всех этапах реабилитационного процесса. Оперативно-координационное управление направлено на максимальную реабилитацию инвалидов с учетом имеющихся временных, информационных, кадровых, материальных и финансовых ресурсов.

При функционировании службы реабилитационного менеджмента возможно реализовать управление, ориентированное на инвалида, при котором реабилитация инвалида рассматривается как отдельный (самостоятельный) проект. Проект начинается с момента получения заключения медико-социальной экспертизы о признании лица инвалидом. Поскольку предполагается, что представитель службы менеджмента должен иметь личный контакт с лицом с инвалидностью в ходе непрерывного реабилитационного процесса, то проектное управление, ориентированное на пострадавшего, видится реализуемым. Это позволит повысить эффективность реабилитации пострадавших на производстве и существенно поднять процент лиц, трудоустроившихся или вернувшихся к трудовой деятельности.

Предложенные организационные формы управления программами реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) позволят объединить единой административной системой стратегического, тактического и организационно-координационного управления службы, административные системы и политику соцстрахования, здравоохранения, труда и занятости, а также службы, предоставляющие свои услуги по реабилитации инвалидов и лиц с ОВЗ. Создание единого координирующего органа (информационной системы)

во многом приведет к повышению эффективности реабилитации инвалидов и лиц с ОВЗ, в т.ч. профессиональной.

Организационная структура системы социальной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов), на уровне субъекта Российской Федерации может предусматривать создание на каждом территориальном уровне (районные / муниципальный / региональный) различные модели организаций (Таблица 2).

Таблица 2 – Реализация комплексного подхода к реабилитации и абилитации инвалида в зависимости от выбранной модели реабилитации и абилитации

Наименование модели	Краткая характеристика
Базовая модель	предполагает предоставление услуг по социально-средовой, социально-бытовой, социально-психологической, социально-педагогической и социокультурной реабилитации
Оптимальная модель	дополнительно к базовой модели присутствуют услуги по профессиональному информированию и консультированию, по формированию и восстановлению мобильности, в том числе средствами адаптивной физической культуры и адаптивного спорта
Расширенная модель	дополнительно к базовой и оптимальной моделям предусматривает предоставление медицинских услуг в соответствии с лицензией на медицинскую деятельность
Комплексная модель	обеспечивается за счет предоставления услуг по всем направлениям реабилитации и абилитации инвалидов: – социально-бытовая, социально-средовая, социально-психологическая, социально-педагогическая, социокультурная; – формирование и восстановление мобильности, сохранение и стимулирование двигательной активности, в том числе средствами адаптивной физической культуры и адаптивного спорта; – профессиональная ориентация в части профессионального информирования, профессионального консультирования, профессионального отбора, профессионального подбора; – медицинские реабилитация в части немедикаментозной терапии и динамического наблюдения

Реализация комплексного подхода может состояться преимущественно за счет межведомственного взаимодействия реабилитационных организаций здравоохранения, образования, занятости населения, физической культуры и спорта, культуры.

Исходя из описаний моделей очевидно, что процесс межведомственного взаимодействия обеспечивает комплексность подхода к реабилитации и абилитации инвалида (ребенка-инвалида) в каждой из представленных моделей, однако непосредственно порядок и содержание процесса необходимо разрабатывать исходя из реальных условий каждого субъекта Российской Федерации. Это объясняется тем, что количество и результаты работы организаций по моделям реабилитации основана на перечне, объеме и условиях предоставления реабилитационных и абилитационных услуг, что напрямую может не оказывать влияние на виды, формы, направления и содержание

процесса взаимодействия между организациями внутри одного субъекта Российской Федерации.

Цель деятельности каждой созданной реабилитационной организации в реализации межведомственного взаимодействия (в т.ч. с привлечением НКО) – не только обеспечить результативность и эффективность процесса реализации ИПРА инвалидов, но и оказать инвалиду (законному представителю ребенка-инвалида) содействие в получении мер социальной защиты и социальной поддержки, во временном обеспечении его техническими средствами реабилитации (ТСР) на период решения вопросов предоставления их через фонд социального страхования.

В связи с этим в процессе межведомственного взаимодействия реабилитационные организации различных сфер деятельности и форм собственности обеспечивают решение дополнительных задач в соответствии с тем уровнем, к которому они относятся:

- формирование системы учета инвалидов (детей-инвалидов), проживающих на данной территории, по группам инвалидности, по ведущим ограничениям жизнедеятельности, по установлению статуса (впервые, повторно или бессрочно получивших инвалидность) и с которыми проводится данной организацией соответствующая работа;

- организация учёта потребностей инвалидов (детей-инвалидов) в предоставлении реабилитационных и абилитационных услуг, результатов завершения каждого этапа или в целом процесса комплексной реабилитации и абилитации в установленные ИПРА сроки;

- внедрение системы мониторинга социально-экономического положения инвалидов и членов их семей для своевременного предоставления мер социальной поддержки и социальной защиты в случае его ухудшения;

- обеспечение формирования и реализации внутриведомственного и межведомственного реабилитационного маршрута в соответствии с установленными критериями;

- организация межведомственного и внутриведомственного взаимодействия по вопросам предоставления инвалидам (детям-инвалидам) реабилитационных и абилитационных услуг на дому (при наличии соответствующих показаний).

Межведомственное взаимодействие организаций, предоставляющих на уровне региона услуги по реабилитации и абилитации инвалидов, необходимо осуществлять по следующим направлениям:

- обмен информацией, используемой при предоставлении услуг по реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, услуг ранней помощи и сопровождения;

- координация и осуществление совместных действий по вопросам формирования оптимального индивидуального реабилитационного маршрута, сформированного в соответствии с мероприятиями, предусмотренными ИПРА инвалида (ребенка-инвалида);
- оказание необходимой помощи инвалиду (законным представителям ребенка-инвалида) по вопросам, возникающим в процессе межведомственного взаимодействия;
- планирование совместной деятельности по формированию и реализации оптимального индивидуального реабилитационного маршрута инвалида (ребенка-инвалида).

Для реабилитационных организаций различных сфер деятельности могут быть предприняты дополнительные направления деятельности по участию в межведомственном взаимодействии со всеми субъектами реализации мероприятий ИПРА инвалидов (детей-инвалидов):

- создание структурных подразделений, обеспечивающих реализацию межведомственного и внутриведомственного взаимодействия, соответствующих уровню реабилитационной организации сферы социальной защиты;
- внедрение в данных структурных подразделениях новых штатных должностей специалистов, непосредственно отвечающих за организацию процесса внутриведомственного и межведомственного взаимодействия реабилитационных организаций, реализующих мероприятия ИПРА инвалидов (детей-инвалидов);
- разработка положений о структурных подразделениях, должностных инструкций специалистов, организующих межведомственное и внутриведомственное взаимодействие;
- формирование системы отчетности данных специалистов, структурных подразделений о результатах реализации межведомственного и внутриведомственного взаимодействия;
- разработка критериев и показателей оценки результативности деятельности данных специалистов, структурных подразделений;
- предоставление инвалидам (детям-инвалидам) наряду с реабилитационными социальными услугами меры социальной защиты и социальной поддержки;
- предоставление инвалидам (детям-инвалидам) во временное пользование технических средств реабилитации, в том числе для реализации реабилитационного процесса в домашних условиях.

Важно отметить, что деятельность реабилитационных организаций сферы социальной защиты по внутриведомственному и межведомственному взаимодействию имеет существенные отличия от деятельности организаций, предоставляющих услуги

по реабилитации и абилитации инвалидов сферы здравоохранения, образования, занятости населения, физической культуры и спорта, что обусловлено:

– наличием трехуровневой организационной модели системы социальной реабилитации и абилитации, которая предусматривает, что основную нагрузку по осуществлению как внутриведомственного, так и межведомственного взаимодействия, будут нести организации территориального уровня, приближенные к месту проживания инвалида;

– необходимостью этих организаций предоставлять, помимо реабилитационных, социальные услуги инвалидам (детям-инвалидам), направленные в том числе на их социальную защиту и социальную поддержку;

– наделением данных организаций полномочиями по предоставлению инвалидам (детям-инвалидам) ТСР во временное пользование через созданные на их базе пункты и центры проката ТСР.

6. ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О МОДЕЛИРОВАНИИ ПРОГРАММ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ

В данных методических рекомендациях «моделирование программ адаптивной физической культуры и спорта» рассматривается в двух принципиальных направлениях. Во-первых, на уровне региональных программ развития адаптивной физической культуры, во-вторых, на уровне организации, занимающейся реализацией физкультурно-оздоровительных услуг.

Критерий для выделения основных видов адаптивной физической культуры – естественные и социальные потребности человека с отклонениями в состоянии здоровья (инвалидов), обеспечивающие его готовность к реализации нормативного для данных общественно-исторических условий образа жизни. Задачи и содержание основных видов адаптивной физической культуры: адаптивное физическое воспитание, адаптивная двигательная рекреация, адаптивный спорт, адаптивная физическая реабилитация, креативные (художественно-музыкальные) телесно-ориентированные практики, экстремальные виды двигательной активности.

Характеристика закономерностей функционирования и развития адаптивной физической культуры зависит от выполнения ряда принципов (доступности, равенства, безопасности) и сложившейся аксиологической концепцией по отношению общества к инвалидам.

Роль и место адаптивной физической культуры в образе жизни лиц с отклонениями в состоянии здоровья представляют собой реально существующие, устоявшиеся и типичные для конкретных условий формы индивидуальной и групповой жизнедеятельности людей, характеризующие особенности их поведения, общения и склада мышления применительно к основным сферам социальной политики. Комплексная социализация личности человека с отклонениями в состоянии здоровья крайне затруднена без применения методов АФК.

Адаптивный спорт – социальный феномен, интегрирующий лечебное рекреационное и спортивное направления физической культуры. Главная цель адаптивного спорта – социализация инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья и повышение уровня качества жизни через участие в учебно-тренировочной и соревновательной деятельности, стремление к максимально возможной самореализации в одном из видов адаптивного спорта.

Направления функционирования адаптивного спорта: паралимпийское, сурдлимпийское, специальное олимпийское.

Последовательность этапов достижения результатов реабилитации, используемая в руководствах STARS (систематическая оценка ситуации с реабилитацией) и FRAME (концепция мониторинга и оценки реабилитации), можно применить для мониторинга и оценки различных программ АФК и спорта на разных уровнях управления для анализа ситуации по комплексной реабилитации и абилитации.

Четыре этапа, прохождение которых важно для достижения результатов реализации программы реабилитации:

1) вкладываемые ресурсы (Inputs): финансовые, кадровые, материальные, информационные и другие ресурсы, используемые для реализации программы;

2) непосредственные результаты (Outputs): краткосрочные прямые результаты, полученные сразу после проведения программы;

3) промежуточные результаты (Outcomes): запланированные среднесрочные результаты воздействия на целевые группы, имеющие четкую корреляционную связь с целями программы;

4) конечные результаты/конечный эффект (Impact): более долгосрочные и более широкомасштабные положительные изменения на популяционном, институциональном и системном уровнях, ставшие возможными благодаря реализации программы. Причинно-следственную связь между программой и конечным эффектом зачастую значительно труднее доказать (Рисунок 2).



Рисунок 2. Этапы достижения результатов реализации программы реабилитации.

Этапы достижения результатов реабилитации облегчают проведение качественной и количественной оценки потенциала и эффективности программы реабилитации. Потенциал программы реабилитации принято характеризовать как ресурсные возможности системы (кадровые, финансовые, институциональные), которые позволяют

ответственным исполнителям программы и её заказчикам (как правило, органам исполнительной власти, принимать эффективные меры по охране здоровья населения). В достижении результатов реабилитации потенциал программы реабилитации должен быть равен или больше «вкладываемых ресурсов».

Для упорядочения организации работы на уровне региона по реализации раздела ИПРА «физкультурно-оздоровительные мероприятия, занятия спортом», по использованию технологий, основанных на средствах и методах АФК, органу исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере физической культуры и спорта рекомендуется следующий алгоритм действий:

а) определить учреждение (организацию) по сопровождению данного вида деятельности, наделив его соответствующими полномочиями с учетом действующего федерального и регионального законодательства. Это может быть Центр адаптивного (инвалидного) спорта, детско-юношеская спортивно-адаптивная школа, врачебно-физкультурный диспансер или какая-либо другая организация, находящаяся в управлении органа исполнительной власти в сфере (области) физической культуры и спорта;

б) подготовить и утвердить пакет нормативно-правовых документов, регламентирующих порядок реализации раздела ИПРА «физкультурно-оздоровительные мероприятия, занятия спортом», включая порядок взаимодействия при передаче данных в электронном виде и на бумажном носителе, и соглашение между всеми участниками этого процесса;

в) составить реестр (список) организаций независимо от их ведомственной подчиненности, реализующих физкультурно-оздоровительную работу с инвалидами, детьми-инвалидами, технологии, основанные на средствах и методах АФК, по каждому муниципальному образованию. Привлечь к данной работе лиц, осуществляющих подготовку информации по форме № 3 - АФК федерального статистического наблюдения;

г) составить реестр (список) наименований организационно-методических программ и услуг по реабилитации или абилитации с использованием технологий, основанных на средствах и методах адаптивной физической культуры и адаптивного спорта, мест возможных занятий физической культурой и спортом, используемых в организациях (учреждениях) физической культуры и спорта, образования, социальной защиты, здравоохранения, культуры по каждому территориальному (муниципальному) образованию;

д) разработать порядок отчетности по реализации мероприятий по физкультурно-оздоровительной работе с инвалидами, детьми-инвалидами, осуществляемой в соответствии с ИПРА в территориальных (муниципальных) образованиях;

е) проводить конференции, семинары по обмену опытом работы, определять победителей конкурса на лучшую организацию комплексной физкультурно-оздоровительной работы между территориальными (муниципальными) образованиями, а также между организациями (учреждениями) по ведомственному признаку.

На сегодняшний момент можно выделить следующие способы организации работы по использованию технологий, основанных на средствах и методах адаптивной физической культуры в ИПРА инвалидов (детей-инвалидов) в учреждениях различной ведомственной подчиненности (таблица 3).

Таблица 3 – Способы организации работы по использованию технологий, основанных на средствах и методах адаптивной физической культуры в ИПРА инвалидов (детей-инвалидов).

№	Способ организации работы	Организации различной ведомственной принадлежности
1.	Индивидуальные занятия с инвалидом или ребенком-инвалидом	Медицинские организации Организации социальной защиты
2.	Групповые занятия в которых объединяются инвалиды, дети-инвалиды одной нозологической группы	Медицинские организации Образовательные организации Организации физической культуры и спорта Организации социальной защиты
3.	Групповые занятия, в которых объединяются инвалиды различных нозологических групп	Организации физической культуры и спорта Образовательные организации Организации социальной защиты
4.	интегрированные занятия, в которых объединяются инвалиды или дети-инвалиды с лицами без установленной группы (категории) инвалидности	Организации физической культуры и спорта Образовательные организации Организации социальной защиты
5.	инклюзивные занятия, в которых объединенные занятия инвалидов (детей-инвалидов) со здоровыми сверстниками осуществляются после адаптации всех условий, в которых осуществляются занятия, к проблемам и нуждам инвалидов и детей-инвалидов	Организации физической культуры и спорта Образовательные организации Организации социальной защиты

Данные особенности организации работы по использованию технологий, основанных на средствах и методах АФК, в ИПРА инвалида (ребенка-инвалида) обусловлены рядом факторов (Приложение 1):

- тяжестью заболеваний, поражений инвалида, ребенка-инвалида;
- направлениями использования средств и методов АФК;
- используемыми видами адаптивной физической культуры;
- реализуемыми организационно-методическими программами по использованию методов АФК.

Концептуальные положения направлений работы по использованию технологий, основанных на средствах и методах адаптивной физической культуры, представлены на рисунке 3.



Рисунок 3. Концептуальные положения направлений работы по использованию технологий, основанных на средствах и методах адаптивной физической культуры

Моделирование программ АФК и адаптивного спорта для комплексной реабилитации должно учитывать следующие принципы:

– *раннее начало проведения реабилитационных мероприятий;*

Раннее начало проведения реабилитационных мероприятий (от момента начала заболевания / состояния, обусловившего инвалидность) важно с точки зрения профилактики возможных изменений в организме, обеспечивает более благоприятное течение и исход заболевания, служит одним из моментов профилактики осложнений. Важно учитывать ограничения применения этого принципа, ориентируясь на состояние лица с ОВЗ.

– *комплексность использования всех доступных и необходимых реабилитационных мероприятий;*

Принцип комплексности подразумевает максимально широкое использование разных методов реабилитации. Проблемы реабилитации весьма сложны и требуют совместной деятельности многих специалистов медицинского и педагогического профиля, в т.ч. в сфере физической культуры и спорта; адекватности физическому и психическому состоянию лица с ОВЗ на отдельных этапах реабилитации; применение методов

психологической реабилитации с целью выработки у инвалида мотивации на реабилитацию, преодоления или смягчения нервно-психических нарушений, коррекции личностных особенностей реабилитанта; методы физической реабилитации (кинезотерапия, эрготерапия, мануальная и тракционная терапия, массаж, аппаратная физиотерапия, рефлексотерапия, бальнеолечение и др.); медикаментозная реабилитация, выступающая при некоторых заболеваниях (сахарный диабет, эпилепсия и др.) как один из основных методов реабилитации человека; ортотерапия (включая средства временной мобилизации, корсеты, ортезы, корректирующие лечебные костюмы, инвалидные кресла и др.); реконструктивная хирургия (эндопротезирование суставов и др.); трудотерапия (как метод восстановления бытовых и профессиональных навыков инвалида).

– *индивидуализация программы реабилитации;*

Этот принцип получил реализацию в составлении индивидуальной программы реабилитации, которая учитывает особенности состояния инвалида, его функциональных возможностей, двигательного опыта, возраста, пола, семейного и социального положения, состав специалистов и используемых методов и средств.

– *этапность;*

В адаптивной физической культуре можно выделить несколько подходов к определению этапности, каждый из которых может быть утвержден на уровне региона. На каждом этапе ставятся свои задачи и, соответственно, им подбираются средства и методы. От правильной постановки задач зависит эффективность реабилитационного процесса. Помимо этого, от того, какие задачи ставятся перед каждой из фаз реабилитации, зависят продолжительность фазы и ее организационная структура.

Процесс реабилитации может быть подразделен еще и следующим образом: этап восстановительного лечения; этап реадaptации; этап реабилитации (в прямом смысле). Основные задачи первого этапа – психологическая и функциональная подготовка инвалида к двигательной активности и проведению других разделов реабилитационных мероприятий, предупреждение развития дефекта функций. Задачи второго этапа – приспособление инвалида к условиям внешней среды – характеризуется наращиванием объема всех восстановительных мероприятий. Задачи третьего этапа – бытовое приспособление, исключая зависимость от окружающих, восстановление социального и трудового статуса.

– *непрерывность и преемственность реабилитации;*

Непрерывность и преемственность реабилитации – важный момент как в пределах одного этапа, так и при переходе от одного к другому. Улучшается функциональное

состояние различных систем организма, повышается тренированность, а всякий более или менее длительный перерыв в использовании восстановительных мероприятий может привести к его ухудшению, когда приходится начинать все сначала. Чрезвычайно важным принципом реабилитации является преемственность при переходе с этапа на этап, из одной «реабилитирующей» организации в другую. Для этого важно, чтобы на каждом этапе в ИПРА и сопроводительных документах было задокументировано, какие методы и средства лечения и реабилитации применялись, каково было функциональное состояние реабилитируемого.

– последовательность;

Реализация индивидуальной программы реабилитации должна осуществляться в строгой последовательности процедур и мероприятий для максимальной ликвидации инвалидизирующих последствий и дальнейшего возвращения реабилитанта в общество.

– активное участие инвалида (родителей / законных представителей для детей с инвалидностью или совершеннолетних инвалидов с выраженными нарушениями функций).

Активное участие инвалида в реабилитационной программе, пожалуй, является основой успешного выполнения ИПРА и достижения поставленной цели. Разъяснение лицу с инвалидностью целей и задач реабилитационной программы, сущности реабилитационных мероприятий, их последовательности, механизма действия существенно помогает привлечь его к активному сотрудничеству вместе со специалистами в противостоянии с последствиями болезни или травмы. Положительная установка на труд, на выздоровление, на возвращение в семью и общество зачастую является решающим фактором достижения успеха. Инвалид должен понимать, что реабилитация – это длительный процесс и успешность в достижении цели зависит от взаимного доверия среди всех участников выполнения программы реабилитации: как самого инвалида, так и междисциплинарной реабилитационной команды, социальных работников, родственников.

Применительно к основным нозологическим группам необходимо разрабатывать программы АФК по следующей форме:

- 1) номера разделов процедуры;
- 2) содержание разделов;
- 3) дозирование;
- 4) методические указания;
- 5) целевая установка.

На основании этой схемы разрабатываются комплексы упражнений АФК в следующем виде:

- 1) раздел занятия;
- 2) исходное положение;
- 3) описание упражнения;
- 4) дозирование;
- 5) методические указания.

Организационные и методические особенности программ реабилитации детей-инвалидов.

Проблема детской инвалидности является актуальной для любого общества с позиций социальной политики государства и перспектив состояния здоровья взрослого населения. Распространенность и неуклонный рост детской инвалидности на протяжении многих лет является поводом к ее детальному изучению и поиску путей ее снижения.

Общие методические указания по реабилитационным мероприятиям в работе с детьми можно сформулировать следующим образом:

1. Учитывать характер заболевания / состояния, послужившего причиной инвалидности, его стадию.
2. Принимать во внимание психомоторное развитие ребенка.
3. Наблюдать за особенностями реакции на адаптивную физическую культуру.
4. Осуществлять строгий медико-педагогический контроль за детьми всех возрастных периодов.
5. Учитывать признаки утомления (недовольство, ухудшение качества выполнения, вялость, отказ от выполнения).
6. Переход к занятиям по комплексу с большей психофизической нагрузкой необходимо осуществлять постепенно, добавляя новые упражнения в старый комплекс.
7. Проводить занятия минимум за 30 мин. до еды или через 45-50 мин. после принятия пищи.
8. Кабинет, где проводятся занятия АФК, должен быть хорошо проветрен, температура воздуха в нем $+22^{\circ}$ – $+20^{\circ}$, а в теплое время года лучше проводить занятия, например, лечебной гимнастикой при открытом окне (форточке).
9. Начинать и заканчивать процедуру легким поглаживанием, этот прием включать и между упражнениями, как и дыхательные упражнения, чтобы расслабить мышцы ребенка, успокоить его, дать ему отдых после сложного упражнения – снизить нагрузку на его организм.

10. Моторная плотность занятия к концу курса может возрастать до 80-90% независимо от возраста ребенка.

11. Использовать музыкальное сопровождение: для возбудимых детей – тихая, мелодичная, для флегматичных, заторможенных – бодрая, ритмичная музыка.

12. Своевременное назначение АФК в период ранних нарушений.

13. Занятия под контролем инструктора должны проводиться ежедневно или через день с обязательным выполнением упражнений несколько раз в день самостоятельно (в домашних условиях).

14. Время для проведения, например, корригирующей гимнастики с детьми составляет: при индивидуальном методе занятий – 30 минут; при групповом методе занятий 45 минут. Для проведения корригирующей гимнастики с детьми дошкольного возраста: при индивидуальном методе занятий – 25 минут; при групповом методе занятий – 30 минут.

Организационные и методические особенности реабилитации лиц с нарушением слуха.

Основная форма занятий физическими упражнениями строится по общепринятой схеме проведения занятий по физической культуре и состоит из трех частей: подготовительной, основной и заключительной.

В подготовительной части занятия нужно сосредоточить внимание на решении основных его задач. Новый материал можно записывать на доске (транслировать на мультимедиа-экране) с последующим объяснением, показом. Первые упражнения должны быть легкими по нагрузке: разновидности ходьбы, бега, общеразвивающих упражнений в движении и на месте.

В основной части решают наиболее сложные задачи: освоение и совершенствование двигательных действий, развитие физических качеств, воспитание и развитие личностных качеств. В начале основной части осваивают сложные двигательные действия или закрепляют ранее пройденный материал. Упражнения для развития двигательных способностей обычно проводят в такой последовательности: скорость, быстрота двигательного действия, сила, выносливость. Эту последовательность можно изменить в целях решения более важной (основной) задачи.

Для развития быстроты и скорости применяют рывки на короткие дистанции, эстафеты, игры с передвижением, прыжками, переносом мячей. В зависимости от степени вовлеченности занимающихся упражнения могут носить игровой характер (преимущественно для детей) или соревновательный (для взрослых).

Чтобы развивать скоростно-силовые способности, больше времени отводят упражнениям с мячами: подбрасыванию вверх, бросками, передачам, прыжкам с продвижением, прыжкам через набивные мячи.

Для развития равновесия используют статические и динамические упражнения: ходьбу по скамейке, бревну, ленточке; ходьбу на носках, левым и правым боком; стойку на одной ноге, на двух ногах с открытыми и закрытыми глазами.

В заключительной части рекомендуется проводить подвижные игры малой интенсивности, игры на внимание, дыхательные упражнения.

При выполнении физических упражнений на занятиях с глухими детьми чаще всего применяют следующие методы: игровой, соревновательный, повторный, круговой, переменный и интервальный.

Существует ряд требований к проведению занятия по АФК для лиц с нарушением слуха:

- знать основные и сопутствующие заболевания;
- до установления физических возможностей занимающегося использовать щадящую физическую нагрузку, т.е. чередование нагрузки с паузами отдыха (например, с упражнениями на расслабление или на внимание);
- ознакомиться с рекомендациями врачей;
- знать состояние опорно-двигательного аппарата;
- знать состояние нервной системы;
- определить уровень физической подготовленности;
- материал должен соответствовать психическому и физическому развитию;
- специальные коррекционные упражнения следует чередовать с общеразвивающими;
- упражнения на статическое и динамическое равновесие следует усложнять на основе индивидуальных особенностей статокINETической устойчивости с обеспечением страховки;
- в процессе всего занятия важно активизировать мышление, познавательную деятельность, эмоции, мимику, понимание речи;
- в процессе занятия знакомить с используемым инвентарем;
- на занятиях следует комментировать вслух свои и их действия;
- при общении со слабослышащими на индивидуальных занятиях тренеру (преподавателю) следует располагаться чуть сбоку и сзади от занимающегося, чтобы его губы были на расстоянии 10-20 см от лучше слышащего уха. При этом необходимо

говорить чуть громче, но не кричать, так как слабослышащий воспринимает речь не только на слух, но и потому, что чувствует воздух от голоса и вибрацию;

– при общении со слабослышащими на групповых занятиях тренеру (преподавателю) следует говорить так, чтобы занимающиеся видели его лицо – мимика и движения губ помогают им понять слова (не стоит говорить стоя к ним спиной, так как звук голоса ослабляется в два раза);

– важно стараться говорить на близком расстоянии, так речь становится не только громче, но и разборчивей – меньше маскируется окружающими шумами;

– приближаясь к занимающемуся и касаясь его, сначала необходимо сделать так, чтобы он вас увидел: он не слышит вашего приближения, и прикосновение может испугать его;

– говорить с занимающимися нужно замедленно, отчетливо произнося слова. Используя разные интонации, можно позвать занимающегося, когда он на вас не смотрит, а потом повторить то же самое, когда он фиксирует взгляд на вашем лице. Повторяйте слова несколько раз так, чтобы он видел ваше лицо, движение губ.

Организационные и методические особенности реабилитации лиц с нарушением зрения должны быть направлены, в первую очередь, на развитие и совершенствование:

– двигательной активности и мобильности;
– общей и зрительно-двигательной координации;
– обогащение опыта передвижения в большом пространстве с произвольным изменением направлений движений;

– динамической организации действий рук (динамический праксис рук);
– формирование последовательности действий, развитие способности к переключению с одного действия (или элемента) на другое, обогащение опыта упражнений типа «кулак-ладонь», «кулак-ребро», «кулак-ребро-ладонь», «ладонь-ребро-кулак», «последовательное касание стола пальцами» и т.п.;

– упражнения в смене рук с одновременным сжиманием одной кисти в кулак и разжиманием кулака другой кисти и т.п.;

– формирование правильной осанки при ходьбе, в основной стойке для выполнения упражнения, в положении сидя, развитие мышц спины и шеи, развитие опорно-двигательного аппарата, наращивание мышечной массы тела, подвижности суставов;

– познавательных заданий: прямое положение головы, шеи, туловища, правильное положение рук и ног;

– развитие общей и зрительной работоспособности.

Создание коррекционно-развивающей среды в процессе реализации программ АФК лиц с нарушенным зрением предусматривает соблюдение некоторых требований к условиям обучения и процессу обучения:

- соблюдать режим дня и зрительной нагрузки, а также применять рациональное освещение физкультурного зала;

- использовать благоприятную для зрительного восприятия цветовую гамму окружающих предметов, спортивного инвентаря, наглядных пособий, доступных как для зрительного, так и для осязательного восприятия;

- окрашивать стены в помещениях для занятий в светлые тона (светло-желтые, светло-зеленые, бежевые и др.), а внутренним помещениям следует придавать матовую фактуру;

- избегать размещения в физкультурном зале блестящих предметов, так как лучи света, в том числе солнечные, попадая на блестящие предметы, образуют блики и тем самым вызывают сильное напряжение зрительного анализатора. Для глаз вреден очень яркий свет (фотовспышки на близком расстоянии, открытые лампы, яркий солнечный свет и пр.). В качестве средств солнцезащиты на окнах можно использовать жалюзи;

- использовать как стандартные (одинаковые по скорости, темпу и весу), так и переменные (изменяющиеся в ходе урока) виды нагрузки;

- варьировать формы и условия выполнения двигательных действий;

- варьировать объем нагрузки в зависимости от состояния здоровья занимающихся, уровня их физической подготовленности;

- варьировать физическую нагрузку, чередуя ее с паузами для отдыха, заполняемыми упражнениями для зрительного тренинга, на релаксацию, на регуляцию дыхания, пальчиковую гимнастику и пр.;

- воздерживаться от длительной статической нагрузки с поднятием тяжести, упражнений высокой интенсивности, которые могут вызвать повышение внутриглазного давления, ухудшение работоспособности цилиарной мышцы, ишемию, особенно у лиц с глаукомой, высокой миопией и другими заболеваниями;

- наблюдать за самочувствием; умеренное утомление не является противопоказанием, однако в результате нерациональной организации труда (физического, умственного, зрительного) может наступить переутомление;

- при наличии синдрома эпилепсии исключать упражнения на стимулирование дыхательной системы, на повышенной опоре, игры высокой интенсивности, все то, что может спровоцировать приступ;

– учитывать, что нарушения эмоционально-волевой сферы, гиперактивность компенсируются упражнениями на релаксацию, на регуляцию дыхательной системы, на снятие зрительного и эмоционального утомления.

Организационные и методические особенности реабилитации лиц с поражением опорно-двигательного аппарата.

Поражения опорно-двигательного аппарата разнообразны и могут быть следствием врожденного дефекта, последствий травм, дегенеративно-дистрофических изменений в костно-мышечной системе. У лиц с ПОДА двигательные расстройства могут сочетаться с ментальными и речевыми нарушениями, что необходимо учитывать при выстраивании коммуникативной стратегии и создании коррекционно-развивающей среды в процессе реализации программ АФК. Вовлечение занимающегося с ПОДА будет успешно при условии или при наличии:

– учета возрастных, психофизиологических, нозологических, гендерных и др. особенностей;

– специально приспособленного здания (спортивного объекта, спортивного сооружения);

– специальной мебели (оборудования, кресел-колясок);

– соблюдения ортопедического, двигательного режима и режима нагрузок.

Психологические особенности инвалидов с ПОДА могут быть связаны с различными комплексами при общении с другими людьми, особенностями строения собственного тела и, соответственно, своими физическими возможностями. Физическая скованность, стресс, гиперчувствительность и ранимость к внешнему воздействию можно считать главными препятствующими факторами в построении тренировочного процесса. То, что для обычного человека может быть незначительным и второстепенным, для инвалида с ПОДА может являться значительным и даже решающим фактором, обуславливающим его настроение, поведение и дальнейшие действия. Борьба с проявлениями стресса, преодоление психологических барьеров, страхов являются наиболее сложными и важными из поставленных перед тренерским персоналом.

При занятиях физическими упражнениями методы наглядности для лиц с ПОДА реализуются через комплексное восприятие всех органов чувств с доминирующей направленностью на кинестетические и проприоцептивные ощущения.

В зависимости от тяжести поражения опорно-двигательного аппарата тренер предусматривает в программе АФК следующие вспомогательные задачи:

– коррекцию побочных действий опорно-двигательного аппарата (конечностей, отделов позвоночного столба и др.);

- преодоление слабости отдельных мышечных групп;
- улучшение подвижности в суставах, профилактика или разработка контрактур;
- нормализацию тонуса мышц;
- улучшение мышечно-суставного чувства;
- формирование компенсаторной гипертрофии определенных мышечных групп;
- улучшение деятельности сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем организма;
- развитие предметно-манипуляционной деятельности рук;
- развитие зрительно-моторной координации;
- формирование вестибулярных и антигравитационных реакций, статодинамической устойчивости и ориентировки в пространстве;
- формирование различных опорных реакций верхних и нижних конечностей;
- общую релаксацию тела и отдельных конечностей.

В соответствии с Международной номенклатурой нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности двигательные нарушения представляются достаточно дифференцированно. Выделяются двигательные расстройства:

- вследствие полного или частичного отсутствия одной или более конечностей, включая ампутации;
- вследствие отсутствия одной или более дистальных частей конечностей (палец, кисть, стопа);
- в связи с отсутствием или нарушением произвольной подвижности четырех конечностей (квадриплегия, тетрапарез);
- вследствие отсутствия или нарушения подвижности нижних конечностей (параплегия, парапарез);
- в связи с нарушением произвольной подвижности верхней и нижней конечности на одной стороне (гемиплегия, гемипарез);
- вследствие нарушения мышечной силы нижних конечностей;
- в связи с нарушением двигательных функций одной или обеих нижних конечностей.

Следствием этих нарушений являются ограничения жизнедеятельности в сфере самообслуживания и передвижения. Параметрами при оценке способности к передвижению могут являться:

- расстояние, на которое может передвигаться человек;
- темп ходьбы (в норме 80-100 шагов в минуту);

- коэффициент ритмичности ходьбы (в норме 0,94-1,0);
- длительность двойного шага (в норме 1-1,3 с);
- скорость передвижения (в норме 4-5 км/ч);
- нуждаемость и возможность использования вспомогательных средств.

Оба вида ограничений жизнедеятельности у инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата взаимосвязаны, хотя и можно говорить о преобладании ограничений способности к самообслуживанию при патологии верхних конечностей, а об ограничениях способности к передвижению – при повреждениях нижних конечностей.

Проблемы осуществления самообслуживания и самостоятельного передвижения решаются в ходе реализации программ АФК и социально-бытовой реабилитации. Организационные вопросы программы АФК связаны с рядом методических подходов, которые лежат в основе технологии этой формы реабилитации.

Важными разделами программы АФК в ходе реабилитации инвалидов с поражением функций опорно-двигательного аппарата является социально-бытовая адаптация, которая представляет собой процесс приспособления инвалида к условиям жизнедеятельности с помощью специальных вспомогательных устройств и приспособлений для стабилизации жизни с имеющимся дефектом к новым, сложившимся условиям.

Адаптированные залы для занимающихся с поражением опорно-двигательного аппарата включают приспособления фиксированные (стационарные) и приспособления индивидуальные (нестационарные). При этом учитываются два самостоятельных подхода:

- модификация, приспособление самих помещений с учетом типа физического дефекта, нарушений функций опорно-двигательного аппарата за счет специального стационарного оборудования;

- оснащение этих помещений специальными (нестационарными) индивидуальными вспомогательными устройствами для облегчения самообслуживания.

К оборудованию и оснащению залов АФК предъявляются требования двух категорий.

1. Медицинские требования:

- точное соответствие типу дефекта;
- совпадение реабилитационного воздействия с физиологической функцией дефектного органа (конечности);
- функциональность реабилитационных изделий;

– предупреждение (избежание) возможных осложнений в ходе пользования вспомогательными устройствами.

2. Технические требования:

- безопасность пользования;
- надежность, прочность материала, из которого изготовлено изделие;
- простота конструкции, обеспечивающая доступность |для пользователя;
- компактность;
- ограничение эргономических усилий.

Организационные и методические особенности реабилитации лиц пожилого возраста.

Создание новых методов реабилитации граждан, находящихся в пожилом возрасте, становится всё более важным в социальном и экономическом плане. Их главная цель – адаптировать каждого пожилого человека к существованию в комфортном для него социальном окружении. Для её достижения необходима грамотная и своевременная восстановительная терапия, которая позволит предотвратить потерю важных функций организма и не дать человеку пожилого возраста понизить мобильность (уровень двигательной активности). Успех реабилитации и гериатрической профилактики зависит от одного важного критерия – наличия у пожилого человека или инвалида личной мотивации к активной полноценной жизни. Если у него есть хобби, интересы, подходящая работа, социальная и культурная жизнь, близкие люди или глобальная цель, он будет медленнее стареть и имеет все шансы прожить дольше.

При разработке программ реабилитации лиц пожилого возраста учитывают следующие факторы:

- наличие, как правило, двух и более сопутствующих заболеваний (коморбидность);
- прием нескольких различных лекарственных препаратов одновременно;
- риск осложнений заболеваний возрастает с каждым годом жизни;
- реабилитационные мероприятия в пожилом возрасте могут занимать больше времени;
- учитывать и исходить из возможностей каждого конкретного человека с инвалидностью;
- после того, как основная цель реабилитационных мероприятий достигнута, реабилитация (элементы реабилитации) в поддерживающем режиме реализуются в течение всей жизни.

На основании всех выше перечисленных фактов вместе с инвалидом и его родственниками разрабатываются индивидуальные цели, составляется индивидуальный план лечения и реабилитации. Реабилитация инвалидов пожилого возраста включает различные аспекты реабилитационного процесса: медицинский; физический; психологический; социальный.

Медицинская реабилитация включает в себя регулярное и постоянное наблюдение за состоянием основных органов и систем организма, своевременную медикаментозную коррекцию при любых отклонениях.

Физический аспект реабилитации включает в себя:

– физиотерапевтические процедуры и лечебную гимнастику, которые поддерживают тонус мышц и гибкость суставов, предотвращают их атрофию, усиливают иммунитет, нормализуют кровообращение и обменные процессы, снимают воспаления, отёчность и боль;

– эрготерапию – обучение двигательным навыкам, которые необходимы пожилому человеку в повседневной жизни для самообслуживания;

– механотерапию – АФК с использованием специально разработанных аппаратов и тренажёров;

– массаж – применяется на всех этапах реабилитации, в том числе к инвалидам с поражением спинного мозга.

Психологический аспект является важнейшей составляющей в реабилитации пожилых инвалидов. Для результативной и быстрой реабилитации необходим оптимистичный, активный настрой инвалида, вера в успех, интерес к жизни. С пожилыми людьми проводится комплексная психологическая работа, направленная на то, чтобы пробудить в них желание жить, нормализовать их эмоциональное состояние, научить преодолению стрессов и формированию устойчивой самооценки, укрепить когнитивные функции. Методы этой работы самые разнообразные: арт-терапия, ароматерапия, лечение травами, сеансы медитации и релаксации. Некоторые мероприятия проводятся в групповом формате. Возможно применение лекарственных средств.

Социальная реабилитация инвалидов и лиц пожилого возраста непременно должна быть комплексной и направленной на восстановление их активности в обществе. Реабилитация не увенчается успехом, если не будут учитывать характер, личностные особенности пожилого человека и социальное окружение, с которым он находится в тесной связи. Цель реабилитации – достижение гармонии между телом инвалида, его психикой и социумом, в котором он находится. На данные ВОЗ свидетельствуют о том, что как минимум у 40 % людей пожилого возраста наблюдаются симптомы депрессии.

Причины её связаны не только с состоянием здоровья, но и с социальными факторами: недостатком общения, чувством собственной ненужности и бесполезности, одиночеством, пренебрежением. Социальная реабилитация инвалидов и лиц пожилого возраста складывается из комплексного применения следующих мер:

- ресоциализация пожилых граждан (стимулирование их к социальной активности, возвращению к общественной жизни, выходу из изоляции);
- социальная помощь;
- развитие и сохранение навыков самообслуживания, оказания себе необходимой помощи и достижения экономической самостоятельности;
- нормализация жилищных условий в соответствии с потребностями и ограничениями инвалида, предоставление технических средств, необходимых для повседневного существования;
- организация культурно-досуговых мероприятий и отдыха;
- духовная поддержка.

Социальная реабилитация лиц пожилого возраста имеет своей целью не только их выживание, но и социализацию, адаптацию в обществе. Показателем успешности такой реабилитации является достижение пожилым человеком или инвалидом высокого статуса в социальной среде, удовлетворённости жизненными условиями и своим местом в обществе.

Медико-социальная реабилитация людей пожилого возраста реализуется в формате обслуживания на дому, адресной соцзащиты, срочной разовой социальной помощи и т.д.

Система реабилитации включает в себя множество учреждений разных видов – жилые дома и интернаты для престарелых, учреждения дневного пребывания, центры социального обслуживания, санатории и многие другие.

Трудовая реабилитация граждан пожилого возраста включает в себя терапию занятостью или трудотерапию – подбор видов созидательной деятельности таким образом, чтобы вылечить или скомпенсировать психические и физиологические нарушения инвалида. В результате ожидается восстановление функций, необходимых для самостоятельной повседневной жизни.

Просветительская реабилитация ведётся в следующих направлениях:

- предоставление информации и консультаций, касающихся медицинской реабилитации;
- информирование самого инвалида и его родственников о возможностях социально-бытовой реабилитации;

– оповещение о существующих источниках социальной реабилитации и поддержки.

Людам пожилого возраста бывает нелегко ориентироваться в окружающей их социальной действительности, которая быстро меняется. Поэтому необходимо проводить просветительскую реабилитацию: рассказывать им о том, какие права у них есть, какие социальные услуги им положены и на каких условиях, предлагать оптимальные варианты.

Кроме социально-экономического аспекта, есть и личностный: ознакомить пожилого человека с теми изменениями, которые происходят с возрастом в его организме и психике, объяснить закономерности и научить приспосабливаться к ним.

Проведение реабилитации в пожилом возрасте должно опираться на следующие правила:

– внимание к психологическому и эмоциональному состоянию инвалида, учёт его мнения о заболеваниях и предпочтительном лечении;

– следование чёткому плану мероприятий, который вырабатывается совместно с инвалидом;

– регулярное и постоянное наблюдение за состоянием основных органов и систем организма (по таким показателям, уровень сахара в крови, давление и температура, частота пульса и дыхания);

– поддержание у пожилого инвалида энтузиазма и уверенности в успехе реабилитации, отслеживание и поощрение любых позитивных изменений;

– стимулирование инвалида к активной позиции в лечении и самообслуживании.

7. СЕТЕВАЯ И КЛАСТЕРНАЯ МОДЕЛИ ПЛАНИРОВАНИЯ ПРОГРАММ АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА ДЛЯ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ

Сетевое планирование и управление (СПУ) предназначено для описания комплекса взаимосвязанных работ. Это описание приводится с помощью *сетевой модели*. Объектом управления в СПУ является коллектив организации, располагающий определенными ресурсами (людскими, материальными, техническими, финансовыми и др.) и выполняющий комплекс взаимосвязанных работ, призванный обеспечить достижение намеченной цели. В адаптивной физической культуре и спорте такими комплексами работ могут быть организация и проведение праздников, спартакиад, соревнований; создание систем рационального функционирования государственных и общественных физкультурно-спортивных организаций, организация и проведение целевых мероприятий комплексного характера, физическая реабилитация.

Важной особенностью СПУ является возможность математически точного и экономически целесообразного подхода к сложным вопросам организации, планирования и управления, что позволяет:

- четко отобразить структуру комплекса работ, выявить с любой степенью детализации составные части этого комплекса и установит их взаимосвязь;
- составить обоснованный план выполнения всего комплекса работ;
- осуществить обоснованное прогнозирование работ, требующих повышенного внимания (по срокам выполнения, ресурсам);
- более эффективно по заданному критерию использовать ресурсы;
- проводить многовариантный анализ различных решений по изменению последовательности работ, распределению ресурсов с целью сокращения общей продолжительности комплекса работ или сокращения ресурсов при данной продолжительности;
- использовать для обработки данных (больших массивов информации) современные средства вычислительной техники.

Для эффективного применения СПУ в любом комплексе работ необходимо иметь ясную цель и обоснованные критерии оценки. В большинстве случаев в СПУ применяется одноцелевая модель. Критериями могут быть минимизация сроков и затрат на отдельные работы при условии выполнения всего комплекса работ в установленное время (директивное). Многоцелевые модели по существу состоят из ряда одноцелевых и

завершаются несколькими конечными событиями. Систему СПУ в физической культуре и спорте можно охарактеризовать следующими признаками:

- 1) уровнем руководства, использующим данную систему (спорткомитет, спортклуб, тренер и т.д.);
- 2) количеством сетей (односетевая система, многосетевая система);
- 3) объемом сетевой модели:
 - а) большой (более 1000 работ);
 - б) средний (до 1000 работ);
 - в) малый (до 200 работ);
- 4) числом конечных целей:
 - а) одна (сетевая модель заканчивается одним завершающим событием);
 - б) много (сетевая модель заканчивается несколькими завершающими событиями);
- 5) ограничением по ресурсам:
 - а) без ограничения по ресурсам (сетевая модель не содержит данных по ресурсам);
 - б) с ограничением по ресурсам (сетевая модель содержит информацию о ресурсах);
- б) планируемыми и контролируемыми параметрами:
 - а) сроки выполнения отдельных работ;
 - б) сроки выполнения и затраты на проведение работ.

В настоящее время в области АФК и спорта используются модели малого и среднего объемов с контролем сроков (управление с оптимизацией по времени). В целом эффективность использования сетевых моделей возрастает по мере увеличения сложности комплекса работ.

Цель межведомственного взаимодействия в рассматриваемом аспекте – повышение эффективности реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации (ИПРА) и сопровождения инвалидов (детей-инвалидов) для устранения (коррекции) имеющихся у них ограничений жизнедеятельности, сохранения (поддержания, повышения) уровня и качества их жизни. Необходимо стремиться к тому, чтобы процесс реабилитации был непрерывным, учитывающим заболевания и нарушения функций организма, ограничения жизнедеятельности всех возрастных групп инвалидов, независимо от места жительства.

В процессе построения региональной системы комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения инвалидов (детей-инвалидов) можно выделить следующие формы межведомственного взаимодействия:

1) обмен информацией, используемой при предоставлении социальных услуг и осуществлении социального сопровождения, в том числе в электронной форме;

2) осуществление совместных действий (мероприятий) в рамках реализации ИПРА инвалида (ребенка-инвалида);

3) создание межведомственных рабочих групп, комиссий, координационных советов, межведомственных совещательных органов, мобильной междисциплинарной службы и пр.;

4) сетевое взаимодействие организаций различной ведомственной принадлежности по вопросам реализации реабилитационно-абилитационных мероприятий, в том числе в виде сетевой формы реализации ИПРА;

5) организационно-административное содействие в виде создания благоприятных административных условий формирования и развития системы комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения детей-инвалидов, их формализованное деятельное соучастие в развитии системы путем максимально возможного (в рамках действующего законодательства) использования разнообразного практического инструментария, а также наиболее эффективных форм и методов прямой и косвенной поддержки реабилитационных организаций с целью их устойчивого функционирования;

6) совместное формирование и использование банков данных, автоматизированных информационно-аналитических систем. Общие стратегии развития ведомственных систем в рамках региональной системы комплексной реабилитации, абилитации и сопровождения инвалидов (детей-инвалидов).

Виды межведомственного взаимодействия можно классифицировать по:

- сферам взаимодействия;
- направлению взаимодействия (вертикальное, горизонтальное, диагональное);
- количеству участвующих (двустороннее, многостороннее);
- степени участия ведомств (активное, пассивное);
- характеру связей (неформальное, формальное);
- регулярности (регулярное, разовое);
- срокам (краткосрочное, среднесрочное, долгосрочное);
- объекту (межотраслевое, межфункциональное, информационное, проектное).

Для наиболее полного удовлетворения потребностей в реабилитации и для качественного управления процессами необходима организация взаимодействия

распределенных участников с использованием информационных ресурсов на базе сетевого сотрудничества учреждений профильной направленности. Существует мнение исследователей о том, что «необходимо обратить внимание на развитие сетевых партнерских взаимоотношений государственных органов (профильных комитетов) с туристическим бизнесом, ориентированным на инновации ... Ключевую роль в этом сетевом сообществе должны играть ... инновационные структуры». Сетевая интеграция участников распределенного консорциума позволит эффективно проводить совместную деятельность в оказании услуг реабилитации. Создание информационной платформы обеспечит обмен информацией, согласованное планирование и выполнение мероприятий сетевого взаимодействия участников. Сетевое взаимодействие следует рассматривать как ресурс инновационного развития, а создание единого центра управления и замкнутой цепочки процессов реабилитации должно строиться с соблюдением основополагающих принципов (рисунок 4).

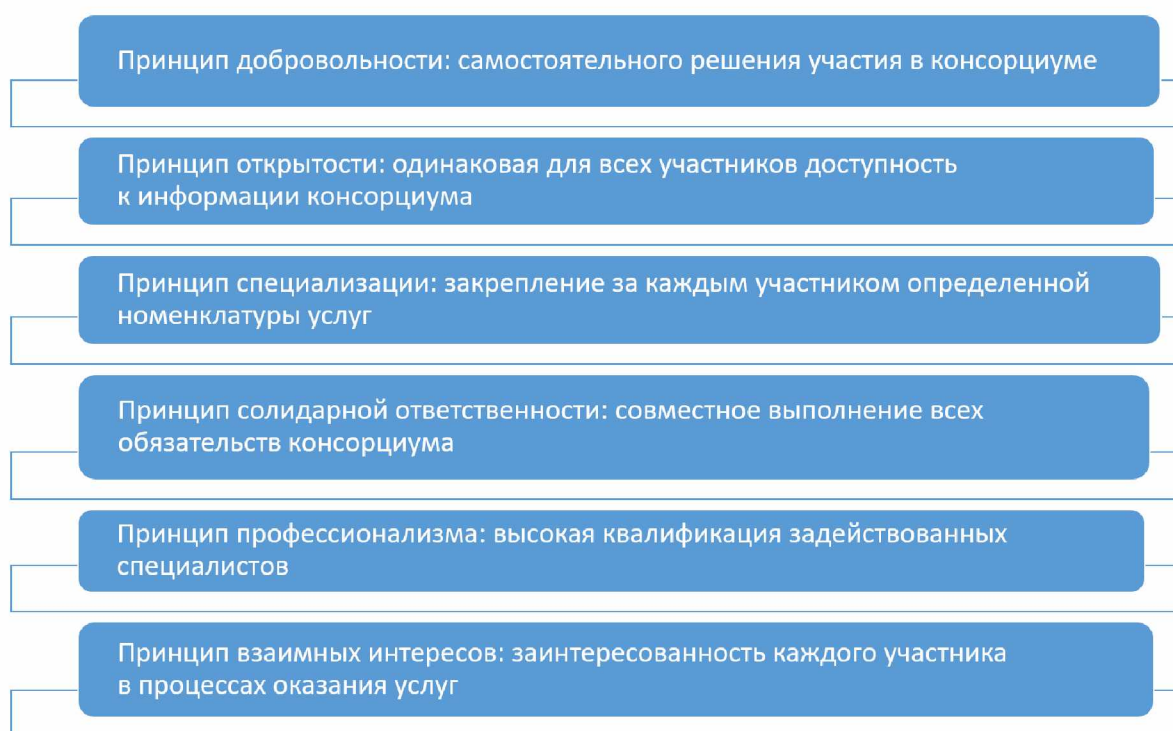


Рисунок 4. Основные принципы сетевой организации рекреационно-реабилитационного распределенного консорциума

Применение указанных принципов позволит участникам рекреационно-реабилитационного распределенного консорциума получить новые функциональные возможности и экономические преимущества на региональном уровне. Исследователи считают, что основные преимущества сетей «обеспечивают выгодное долгосрочное сотрудничество, оптимизацию производственных и управленческих процессов, обеспечивая доступ к информационным ресурсам и улучшение их использования». В силу

специфики деятельности рекреационно-реабилитационного распределенного консорциума отмеченные преимущества сетевого взаимодействия могут быть дополнены следующими:

- расширение реабилитационных направлений деятельности имеющихся НКО;
- тесная внутриотраслевая кооперация и преемственность между всеми участниками оказания реабилитационных, физкультурно-спортивных, образовательных услуг;
- расширение уровня взаимодействия в использовании реабилитационной инфраструктуры;
- быстрое распространение передовых методик и технологий в реабилитации и оздоровлении;
- создание специальных информационных сетей и платформенный обмен информацией;
- осуществление взаимодействия с целью формирования инфраструктуры реабилитационной сферы и использования имеющейся реабилитационной базы региона.

Кластерное взаимодействие (КВ) – вид сетевого взаимодействия заинтересованных сторон (участников кластера), основанного на формализованных, взаимовыгодных отношениях, при котором стороны принимают на себя взаимные обязательства, предусматривающие стратегическую и операционную координацию и кооперацию по кругу вопросов, определенному соглашениями. В КВ реализуются все виды взаимовыгодного взаимодействия: сотрудничество и взаимопомощь, содействие и поддержка, соревнование и конкуренция, кооперация и интеграция.

Для кластерного взаимодействия характерны следующие черты:

- устойчивость типологии и долгосрочный характер отношений между участниками, добровольность участия с возможностью выхода;
- согласованность общих интересов;
- наличие правовой основы совместной деятельности субъектов;
- разработанные механизмы взаимодействия между участниками кластера и факторами внешней среды и механизмы управления совместной сетью.

Под «реабилитационным» кластером можно представить такую систему сетевого взаимодействия организаций, которая направлена на повышение качества реабилитационного процесса в интересах развития приоритетных социально-экономических отраслей региона и/или муниципалитета, в интересах социальной и трудовой интеграции инвалидов, в т.ч. молодого возраста.

Основные особенности «реабилитационного» кластера:

– участники кластера не являются потребителями конечного продукта, но консолидируют и развивают лучшие реабилитационные технологии, что гарантирует конечный продукт высокого уровня – такую услугу, которая бы позволила бы организации способствовать реабилитации инвалида для успешной социализации в современном обществе;

– субъекты социального партнерства взаимодействуют на основе добровольных многосторонних соглашений, совместно используя материально-технические и интеллектуальные ресурсы.

Основными целями такого социального партнерства можно считать:

- минимизацию затрат на разработку «реабилитационного продукта»;
- максимизацию качества «реабилитационного продукта»;
- привлечение высококвалифицированных кадров для участия в процессе реабилитации;
- создание устойчивого бренда физкультурно-спортивных организаций и «реабилитационного» кластера в целом для всех типов потребителей реабилитационных услуг.

Исходя из вышесказанного, можно определить критерии эффективности социального партнерства в рамках «реабилитационного» кластера:

- наличие единой стратегии развития;
- наличие сбалансированного портфеля услуг внутри кластера;
- интеграция и согласованность программ реабилитации;
- полная согласованность программ АФК с потребностями заказчика реабилитационных и физкультурно-спортивно услуг;
- наличие ориентированной на заказчика (исполнительную власть региона) спортивно-методической базы, в т.ч. методических комплексов и электронных образовательных ресурсов;
- наличие программ инновационного развития, предусматривающих вовлеченность всех уровней участников кластера;
- наличие единого информационного ресурса;
- наличие системы сетевого обмена образовательными модулями и кадровыми ресурсами;
- наличие актуальной лабораторной, стажировочной базы и базы практик (при необходимости);
- высокое качество социализации занимающихся.

Социальное партнерство в рамках реабилитационного кластера позволяет создать своеобразную сеть, позволяющую не только физкультурно-спортивным организациям получать недостающие для осуществления своей деятельности ресурсы и достигать определенных реабилитационных результатов, но и удовлетворять потребности заказчика услуг.

В модель реабилитационного кластера для планирования программ АФК и спорта, основанного на партнерских отношениях, могут быть включены организации, перечисленные в разделе 5 настоящих рекомендаций.

Формирование кластеров в муниципальной сфере развития реабилитации происходит на основе трех основных процессов:

1. Горизонтальной интеграции организаций одного уровня (образование сетей, филиалов).

2. Вертикальной интеграции организаций разного уровня (формирование комплексов).

3. Комплексной интеграции (горизонтальной и вертикальной) – создание многоуровневых комплексов и их сетей и т. д..

В основные стратегии реабилитационного кластера можно включить следующие:

– экономическая (создание сферы эффективных реабилитационных услуг, своевременно и качественно удовлетворяющей запросы потребителей);

– социальная (создание определенных гарантий качественной реабилитационной помощи);

– маркетинговая (распространение передовых технологий);

– правовая (обеспечение разработки нормативно-правовой базы партнерских взаимоотношений, обеспечение субъектной позиции всех партнеров);

– педагогическая (совместное проектирование деятельности);

– обеспечение содержательной и технологической стороны государственно-частного партнерства между всеми участниками реабилитационного кластера.

Многообразие моделей реабилитационных кластеров, предлагаемых исследователями, основаны на социальном партнерстве и сетевом взаимодействии, на особенностях структуры муниципальной сферы и зависит от комплекса решаемых задач.

Первой моделью кластера, основанного на кооперации, являются объединения организаций одного уровня, являющихся равноправными партнерами. Их появление обусловлено наличием у участников общих проблем, возможностью взаимного наращивания потенциала друг друга, ограниченностью ресурсов.

Такая полифункциональная система способна предоставить широкий спектр качественных услуг на основе сетевого взаимодействия организаций, используя при этом различные подходы, учитывающие конкурентные преимущества, цели и условия развития систем.

Данная модель (созданная ассоциация, некоммерческая организация) позволяет организациям создавать и реализовывать общую программу АФК, объединившую уникальные программы каждого из партнеров.

Вторая модель предполагает наличие ведущей организации (с лучшей материальной базой и/или кадровым обеспечением) с сетью организаций-спутников, объединенных по определенному приоритетному направлению деятельности. Создание такой модели обеспечивает качественные услуги по реабилитации за счет концентрации учебно-методических, материально-технических, финансовых, кадровых и управленческих ресурсов. Ведущая организация может выступать в качестве методического и ресурсного центра для всех организаций-спутников.

Третья модель предусматривает создание центров с единым пространством. В ее рамках может быть организовано взаимодействие различных организаций региона, в т.ч. школ, учреждений начального, среднего и высшего профессионального образования, социально ориентированных НКО. Она имеет большую разветвленную сеть, которая позволяет реализовать интегрированные программы АФК, программы спортивной подготовки.

Четвертой моделью выступает кластер, ориентированный на производство и потребление практико-ориентированных реабилитационных услуг. Данный кластерный тип социального партнерства характеризуется тем, что организации становятся «неюридической» частью предприятий и оказывают реабилитационные услуги, ориентированные на потребителей услуг кластера, объединенных партнерскими отношениями.

Пятая модель – социокультурный комплекс, представляющий собой интеграцию физкультурно-спортивных организаций, образовательных организаций. Такая модель наиболее востребована в небольших муниципальных образованиях, в которых данный комплекс становится не только реабилитационным, но и культурным и социальным центром.

Шестая модель – территориально-межотраслевая – направлена на то, чтобы увеличить ресурсный потенциал за счет выхода за границы отраслевого управления, привлечения совокупных ресурсов муниципалитета. Данная модель предполагает выделение «отраслевых» направлений АФК и спорта, объединенных в цепочку этапности

оказания услуг инвалидам и лицам с ОВЗ. Особое положение в этой модели занимает семья, которая совместно с инвалидом (ребенком-инвалидом) проходит все этапы его реабилитации. Кроме того, появляются новые формы привлечения родителей (законных представителей) к развитию организации. При этом партнерские отношения с семьей в реабилитационном кластере могут осуществляться через организационно оформленные структуры (общественные объединения родителей, общественные советы, создаваемые по инициативе органов управления).

Седьмая модель – информационно-ресурсная – предполагает создание на базе организаций центров, в которых сконцентрировано современное техническое оборудование, в том числе дорогостоящее, для обслуживания всей сети. Целью создания и деятельности информационно-ресурсного кластера является повышение качества подготовки собственных кадров, оказание методической помощи тренерам (преподавателям), удовлетворение кадровых потребностей работодателей, реабилитационных и профессиональных запросов инвалидов, обеспечение доступа педагогической общественности и обучающихся к научно-методическим, материально-техническим, информационным, социопсихологическим ресурсам.

Восьмая модель предполагает создание социально-педагогического кластера, основанного на взаимодействии ведущих тренеров, инструкторов, методистов и учителей организаций и учреждений профессионального образования, научной педагогической общественности по вопросам разработки, апробации, внедрения интегративных программ АФК, создание нового «реабилитационного» пространства для инвалидов и членов их семей, разработку и создание нового реабилитационного продукта – услуг, которые позволят интегрировать инвалидов в иную среду, тем самым получить новые восстановительные эффекты. Достигаются качественно новые результаты для всех субъектов образования: меняются инновационные процессы внутри всех организаций, расположенных на территории муниципалитета.

В основе взаимодействия субъектов всех представленных моделей лежат следующие принципы:

– принцип результативности, предполагающий четкое определение целей и задач каждого субъекта, нацеливание на конечный результат, выражающийся в создании реабилитационно-продуктивной среды для инвалидов, в т.ч. развития их творческого потенциала;

– принцип синергетичности, в основе которого лежит консолидация материальных и нематериальных ресурсов (идеи, образовательные продукты, программы АФК, кадры, материально-техническое оснащение);

– принцип системности и персональной ответственности каждого субъекта модели.

Типичные этапы формирования кластеров можно представить следующим образом:

1. Выявление и обоснование стратегических инициатив в сфере реабилитации, приоритетных для развития территории, на базе которых следует создать кластер.

2. Прогнозирование целевой (реабилитационной), социальной, экономической (коммерческой и бюджетной) эффективности кластера с учетом государственных, муниципальных и частных инвестиций и всех видов эффекта (в территориальном и отраслевом аспектах).

3. Определение перечня участников кластера с определением их роли и функций по достижению конечных целевых результатов.

4. Проектирование форм совместной деятельности.

5. Проектирование структуры управления кластером на основе сочетания коллегиальных форм принятия решений по ключевым параметрам совместной деятельности и целевым индикаторам с многообразием децентрализованных форм сетевых горизонтальных взаимодействий.

6. Разработка и утверждение на уровне местной власти необходимой нормативной правовой базы, регулирующей взаимодействия в рамках кластера и стимулирующей его участников. Проектирование и реализация институциональной поддержки.

7. Создание информационного пространства, обеспечивающего широкую общественную поддержку и благоприятный климат для инноваций.

Кластер позволит объединить усилия заинтересованных сторон и возможности личностного и профессионального развития участников. В отличие от традиционной системы кластерная модель реабилитации способствует обеспечению развития сферы реабилитации по таким направлениям, как:

– подготовка квалифицированных кадров;

– внедрение новых знаний и технологий, создание системы ресурсно-информационной поддержки;

– управление инновационной деятельностью физкультурно-спортивных организаций;

– инвестирование социально значимых проектов; продвижение на рынок объектов интеллектуальной собственности.

В целом стоит отметить, что процесс кластеризации в российских регионах находится на начальном этапе, в связи с чем довольно сложно определить общий вектор кластеризации в сфере реабилитации и абилитации в регионах. Сравнение процессов

кластеризации в России и в других странах позволяет выявить следующие группы проблем, препятствующие использованию кластерного подхода в управлении региональными системами:

– проблемы стратегического планирования (недостаточный уровень организационного развития кластера, недоработка концепций по развитию кластеров, связанная с отсутствием обозначения кластерных зон, преобладание отраслевого подхода);

– управленческие проблемы (директивное управление сверху, недостаточный учет региональной специфики, ориентация на быстрый выигрыш от управленческих мер, неготовность применять новые подходы предпринимателями и администрацией);

– теоретико-методические проблемы (декларативный характер использования понятия кластер, отсутствие механизмов методической, информационно-консультационной и образовательной поддержки развития кластеров);

– проблемы коммуникационного характера (недостаточное взаимодействие между государством, бизнесом и наукой в области распространения инноваций);

– проблемы информационной открытости, приводящие к отсутствию у государства и предпринимателей общих ценностей;

– проблемы экономической структуры (высокая монополизация региональных и локальных рынков, низкий уровень развития бизнес-климата, высокие административные барьеры);

– институциональные проблемы (неразвитая инфраструктурная база, ограниченный набор инструментов финансирования, неразвитая система распределения квалифицированных специалистов).

Этап реализации программы АФК и спорта предусматривает обозначение определенной технологии, которая показывает вход в программу, действия программы и выход из программы. Технология рассматривается только по отношению к инвалиду (ребенку-инвалиду).

Вход в программу предусматривает обозначение целевой группы. Программа АФК всегда ориентирована на целевую группу: например, дети в возрасте от 0 до 3 лет, имеющие ограничение жизнедеятельности, или дети группы риска, т.е. это дети, имеющие ограничения активности или возможности участия в естественных жизненных ситуациях вследствие нарушения структур или функций организма, а также влияния факторов окружающей среды.

Действия программы АФК определяются её целями, которыми, как правило, являются:

- улучшение функционирования в естественных жизненных ситуациях (ЕЖС);
- повышение качества взаимодействия и отношений инвалида (ребенка-инвалида) с обществом, с семьей и т.п.;

- повышение компетентности родителей и других непосредственно ухаживающих за инвалидом (ребенком-инвалидом) лиц в вопросах физического развития и активности;

- включение инвалида в среду сверстников, расширение социальных контактов, создание семьи.

Действия программы АФК включают в себя комплекс действий, направленных на достижение целей реабилитационной помощи инвалидам по развитию и совершенствованию подвижности, речи и общения, познавательных способностей, социального и эмоционального развития, навыков саморегуляции, развитию социально-бытовых навыков, пользованию вспомогательных технических средств и т.д.

Выход из программы предусматривает прекращение программы в ситуации отказа инвалида / семьи (законных представителей) от получения услуг по программе АФК; когда инвалид / семья больше не нуждаются в услугах программы, так как цели ИПРА были достигнуты; при возникновении иных причин, создающих непреодолимые препятствия для продолжения реализации ИПРА.

8. ПРИМЕНЕНИЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ, ОГРАНИЧЕНИЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ЗДОРОВЬЯ В РУКОВОДСТВЕ РЕАБИЛИТАЦИЕЙ ИНВАЛИДОВ. ВОПРОСЫ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАБИЛИТАЦИИ.

Всемирная организация здравоохранения в основу Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) (ВОЗ, 2001) заложила биопсихосоциальный принцип, в соответствии с которым «инвалидность – это результат взаимодействия, которое происходит между имеющимися нарушениями здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами, которые мешают их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими людьми». Сегодня любое государство, ратифицировавшее Конвенцию ООН о правах инвалидов, в том числе и Россия, взяли на себя обязательства исключить дискриминацию по признакам инвалидности, в том числе право на реабилитацию и труд.

Современная биопсихосоциальная модель инвалидности рассматривает человека в конкретной окружающей среде и систематизирует факторы, которые создают физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время на двух уровнях:

а) индивидуума – в непосредственном окружении индивида, охватывающем домашнюю обстановку, место работы, школу;

б) общества – формальные и неформальные социальные структуры, службы, общие установки и системы в сообществе или сфере культуры, которые оказывают влияние на людей (Рисунок 5).



Рисунок 5. Биопсихосоциальная модель изучения потребностей инвалидов в комплексной реабилитации

МКФ пытается достичь более полной согласованности взглядов на различные стороны здоровья и болезни – с биологических, личностных и социальных позиций. Целью МКФ является обеспечение унифицированным стандартным языком

с определением рамок для описания показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем. Она вводит понятия «составляющих здоровья» и некоторых, связанных со здоровьем составляющих благополучия (образование и труд). В конкретизации общеупотребляемого определения здоровья, сформулированного ВОЗ, МКФ дает стандартные, необходимые для практического применения определения «доменов здоровья» и «доменов, связанных со здоровьем».

Домен – это сфера проявления признаков здоровья или болезни, факторов и условий, определяющих здоровье или болезнь, практический и значимый для характеристики здоровья набор:

- а) взаимосвязанных физиологических функций и анатомических структур;
- б) действий, задач и сфер жизнедеятельности;
- в) внешних природных и культурных условий;
- г) внутренних, индивидуально-психологических особенностей.

В международных классификациях ВОЗ изменения здоровья (болезнь, расстройства, травмы и т.п.) изначально классифицированы в Международной классификации болезней МКБ-10 (МКБ-11), которая определяет их этиологическую структуру. Функционирование и ограничение жизнедеятельности, связанные с изменением здоровья, классифицируются в МКФ. Таким образом, МКБ-10 (МКБ-11) и МКФ дополняют друг друга, и пользователям рекомендуется применять обе классификации совместно.

Совместная информация, относящаяся к диагнозу и функционированию, воссоздает более широкую и значимую картину здоровья людей или популяций, которая может быть использована при принятии решений. Важно иметь в виду наличие частичного совпадения между МКБ-10 и МКФ. Обе классификации начинаются с систем организма. Нарушения относятся к структурам и функциям организма, которые обычно являются составляющими «процесса болезни» и в связи с этим также применяются в МКБ. МКБ использует нарушения (в виде признаков и симптомов) как части констелляции, которые «формируют болезнь», или иногда как проблемы функций и структур организма, связанные с изменениями здоровья. У двух индивидов с одинаковым заболеванием могут быть различные уровни функционирования, и два индивида с равным уровнем функционирования отнюдь не обязательно имеют одинаковые изменения здоровья.

Следовательно, совместное использование классификаций повышает качество информации для медицинских целей. МКФ не исключает применение обычных диагностических процедур, применяемых для медицинских целей. В других случаях

МКФ можно пользоваться самостоятельно. МКФ отошла от классификации «последствий болезней» (концептуальной позиции ICIDH – МКН 1980 года), чтобы стать классификацией «составляющих здоровья». Составляющие здоровья определяют, из чего оно состоит, в то время как последствия концентрируют внимание на тех влияниях, которые могут оказывать заболевания и другие изменения здоровья на конечный результат. Таким образом, на основе МКФ исследователь может более полно делать выводы о причинно-следственных связях заболевания, используя приемлемые научные методы, что усиливает подходы, основанные на исследовании детерминанта здоровья или факторов риска заболеваний. Для исследователя детерминант или факторы риска МКФ содержат перечень факторов внешней природной и культурной среды, описывающих обстановку, в которой живет индивид. МКФ имеет представленную ниже структуру (таблица 4).

Таблица 4 – Структура Международной классификации функционирования

Классы «составляющих здоровья» — факторов, характеризующих и определяющих здоровье			
Функционирование и жизнедеятельность		Факторы контекста	
Функции и структуры организма	Активность и участие	Факторы окружающей среды	Личностные факторы
Домены – сферы проявления признаков здоровья и факторов, определяющих его, практический и значимый для характеристики здоровья набор			
взаимосвязанных физиологических функций и анатомических структур	действий, задач и сфер жизнедеятельности	внешних природных и культурных условий	внутренних, индивидуально-психологических особенностей
Параметры , характеризующие позитивный или негативный аспекты состояний			
целостности или нарушений структур и функций организма	способности или ограничений выполнения задач в стандартных условиях и в реальной жизненной ситуации	облегчающие или затрудняющие влияния физической, социальной среды, мира отношений и установок	способствующие или препятствующие свойства личности

Физическую и социальную обстановку, среду отношений и установок, где люди живут и проводят свое время, факторы окружающей среды создают:

- технологии и оборудование, непосредственно связанные с индивидуумом в его производственной деятельности и в быту;
- продукция или система изделий, являющихся непосредственным окружением индивида;
- природное окружение и изменения окружающей среды;
- система поддержки и взаимосвязи, обеспечивающей практическую физическую или эмоциональную поддержку, заботу, защиту и помощь во взаимоотношениях

с другими людьми в своем доме, на рабочем месте, в школе, в играх или других аспектах ежедневной деятельности;

– установки, являющиеся видимым результатом обычаев, правил, идеологии, ценностей, норм, религии и других убеждений;

– службы, сложившиеся программы, предлагающие и осуществляющие услуги в различных областях жизни для удовлетворения потребностей индивида;

– административные системы, включающие административный контроль и механизмы организации, установленные местной, региональной, национальной, международной или другой признанной властью;

– политика, которая включает правила, инструкции, стандарты, установленные различными уровнями власти.

Область применения классификации распространяется на все сферы деятельности человека: образование, здравоохранение, страхование, экономику и др. Она описывает состояние функционального здоровья индивида на трех уровнях: организм – человек – общество. Этим трем уровням функционирования человека соответствуют следующие элементы: функции и структуры организма; активность; участие. В МКФ понятие «функциональное здоровье» отражает три важных аспекта человека: как биологического существа, как самостоятельно действующего субъекта и субъекта общественных отношений (рисунок 6).

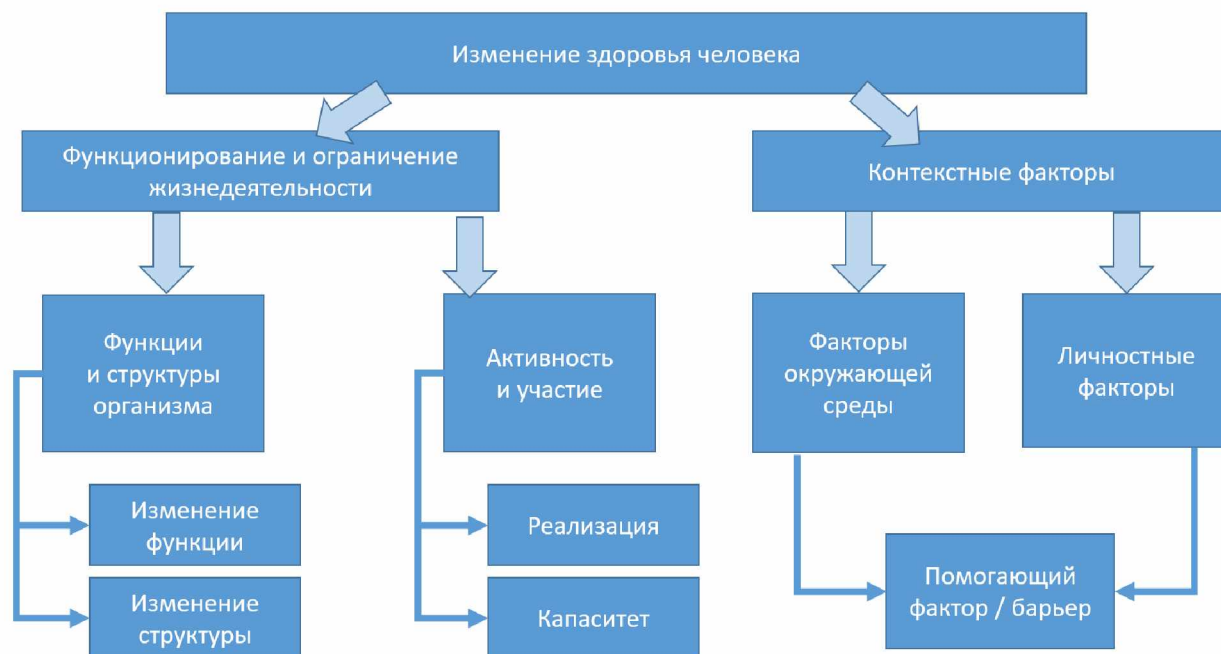


Рисунок 6. Расширенная модель функционирования человека с измененным здоровьем в контексте факторов окружающей среды и личностных факторов

Функции и структуры организма – этот класс отражает наличие или отсутствие каких-либо нарушений, отклонений от общепринятых популяционных стандартов

биомедицинского статуса организма, его функций и осуществляется преимущественно специалистами.

Нарушения функционирования, ограничения *активности и участия* (социальная недостаточность) сказываются на свойствах человека, в первую очередь, как развивающейся личности – персоны, приводя в этом отношении к «деперсонализации», и реабилитация предстает как проблема возвращения личности на путь ее развития – «реперсонализации».

Активность – это выполнение задачи или действий индивидом. Она представляет индивидуальную сторону функционирования. Возможны ограничения активности – это трудности в осуществлении активности, которые может испытывать индивид, преодолевая индивидуальные нарушения функционирования (нарушения структур и функций). Из контекстных факторов здоровья здесь имеют значение личностные факторы. Ограничение активности может варьировать от легкого до тяжелого качественного или количественного отклонения в выполнении активности как по форме, так и по величине в сравнении с людьми без изменения здоровья.

Участие – это вовлечение индивида в жизненную ситуацию, складывающуюся во внешних условиях, облегченных или лимитирующих функционирование и жизнедеятельность. Оно представляет социальные стороны функционирования. Могут быть ограничения возможности участия – это проблемы, которые испытывает индивид при вовлечении в жизненные ситуации, преодолевая барьеры окружающей среды, внешних природных или культурных условий. Здесь имеют значение внешние контекстные факторы здоровья. Наличие ограничений возможности участия определяется путем сравнения с участием индивида без ограничения жизнедеятельности в данной культуре или обществе.

Личностные факторы – это индивидуальные характеристики, с которыми живет и существует индивид, состоят из черт индивида, не являющихся частью изменений здоровья или показателей здоровья. Они могут включать:

- пол, расу, возраст; социальное окружение, образование, профессию;
- стиль жизни, привычки, воспитание; прошлый и текущий жизненный опыт (события в прошлом и настоящем);
- тип личности, характер, склонности; тренированность по отношению к физическим и психическим нагрузкам; другие (сопутствующие основным) изменения здоровья и характеристики, из которых все или некоторые могут влиять на ограничения жизнедеятельности на любом уровне. Важно отметить, что личностные факторы в МКФ, хотя и выделены как класс факторов, определяющих здоровье, но не расшифрованы,

не детализированы и в настоящее время в оценке здоровья и болезни по данной классификации не применяются. Тем не менее они включены в схему структуры МКФ, чтобы отметить тот важный вклад, который может оказывать их влияние на конечный результат оценки здоровья и болезни, различных лечебных и реабилитационных вмешательств. Отсутствие расшифровки личностного фактора не позволяет достаточно полно осуществить аспект оценки состояния здоровья в его триединой характеристике: биологической, личностной (психологической) и социальной. Данный аспект чрезвычайно важен, поскольку он определяет ценностные ориентации личности, влияющие на здоровье, активность самой личности в сохранении и восстановлении здоровья, что является внутренним, основным потенциалом здоровья человека. Разработка этих проблем – направление дальнейшего развития МКФ.

Факторы окружающей среды взаимодействуют с такими составляющими здоровья, как функции и структуры организма, активность и участие. Для каждой составляющей сущность и степень этого взаимодействия могут быть детально разработаны в ходе научных исследований. Ограничения жизнедеятельности (объединяющие активность и участие) характеризуются как последствия или результат сложных взаимоотношений между изменением здоровья индивида, личностными факторами и внешними факторами, представляющими условия, в которых живет индивид. В результате этих взаимоотношений разные окружающие факторы могут оказывать различные влияния на одного и того же индивида с определенными изменениями здоровья.

Окружающая среда с барьерами и без облегчающих факторов будет ограничивать возможности реализации потенциалов здоровья индивида, среда же с облегчающими факторами может способствовать этой реализации.

Организационное совершенствование системы реабилитации необходимо рассматривать через призму индивидуальных потребностей пострадавшего с позиций Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ). Основной целью совершенствования системы как таковой должно стать устранение барьеров и увеличение количества облегчающих факторов для уменьшения ограничений активности и участия лиц с инвалидностью во всех сферах жизнедеятельности общества.

Если определять ведущие ограничения согласно концепции Международной классификации функционирования, то можно выделить основные виды активности (мобильность, самообслуживание, коммуникация) и участия (социальные взаимодействия,

социальная и трудовая активность), ограничения которых приводят к формированию инвалидности.

Оценка каждого инвалида (ребенка-инвалида), в соответствии с классами МКФ, позволяет сформировать индивидуальный профиль и определить модель ограничений активности и участия. Для упрощения оценки были созданы готовые модели МКФ-профилей для инвалидов с нарушениями двигательных, когнитивных функций, разных нозологий (инсульт, спинномозговая травма, детский церебральный паралич и т.д.).

Выбор такой модели является первым этапом реабилитационного процесса. Однако при использовании этих моделей на следующем этапе для каждого инвалида формируется индивидуальный профиль с учетом персональных особенностей и степени выраженности тех или иных ограничений. Согласно этому профилю должен быть сформирован индивидуальный набор оценочных шкал.

На следующем этапе, после завершения диагностики, совместно с инвалидом членами мультидисциплинарной бригады определяются ведущие проблемы и формируются реабилитационные цели, что является ключевым моментом реабилитационного процесса. Правильно поставленная реабилитационная цель определяет эффективность реабилитационных мероприятий.

После постановки цели для каждого инвалида формируется индивидуальная реабилитационная программа, которая содержит список задач, необходимых для достижения реабилитационной цели, а также реабилитационных вмешательств. За каждую реабилитационную задачу отвечает один или несколько участников мультидисциплинарной команды. По завершении реабилитационных мероприятий проводится повторная диагностическая оценка и оценка эффективности реабилитационных мероприятий.

К функциональным задачам реабилитации инвалидов (детей-инвалидов) относятся восстановление или компенсация нарушенных функций и структур организма, психических функций; правовая защита, попечительство; восполнение сенсорной недостаточности; восстановление структуры игровой и учебной деятельности; восстановление социального статуса в семье, коллективе и обществе; коррекция нарушений в сфере общения; создание условий для получения образования; создание условий для ускоренного профессионального обучения (при необходимости); переориентация на социально значимые формы самореализации. Именно эти функциональные задачи определяют структурную модель процесса реабилитации инвалидов (детей-инвалидов). При этом следует отметить, что реальные потребности

инвалида (ребенка-инвалида) могут требовать более широкого набора видов реабилитаций по отношению к законодательно закрепленному.

Основой функциональных моделей абилитации и сопровождения инвалидов (детей-инвалидов) выступают функциональные задачи, определяющие необходимость определенных действий, исходя из нарушений функций организма или его возрастных потребностей.

Функциональные задачи абилитации обусловлены нарушениями функций организма инвалида (ребенка-инвалида).

В МКФ выделены следующие функции организма: умственные функции, сенсорные функции и боль, функции голоса и речи, функции сердечно-сосудистой, кроветворной (гематологической), иммунной и респираторной систем, функции пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, урогенитальные и репродуктивные функции, нейромышечные, скелетные и связанные с движением функции, функции кожи и связанных с ней структур.

В процессе абилитации нарушение одних функций предусматривает интенсивное развитие других функций (таблица 5).

Таблица 5 – Основы функциональных моделей абилитации инвалида (ребенка-инвалида)

Функции, подлежащие развитию	Нарушенные функции				
	умственные	сенсорные	голоса и речи	связанные с движением	кожи
умственные	-	b110-b199	b110-b199	b110-b199	b110-b199
сенсорные	b210-b279	-	b210-b279	b210-b279	b210-b279
голоса и речи	b310-b330	b310-b330	-	b310-b330	b310-b330
связанные с движением	b710-b799	b710-b799	b710-b799	-	b710-b799
кожи	b840	b840	b840	b840	-
обучение и применение знаний	d110-d199	d110-d199	d110-d199	d110-d199	d110-d199
общение	d310-d399	d310-d399	d310-d399	d310-d399	d310-d399
мобильность	d410-d499	d410-d499	d410-d499	d410-d499	d410-d499
самообслуживание	d510-d599	d510-d599	d510-d599	d510-d599	d510-d599
бытовая жизнь	d610-d699	d610-d699	d610-d699	d610-d699	d610-d699
межличностные взаимодействия и отношения	d710-d799	d710-d799	d710-d799	d710-d799	d710-d799
главные сферы жизни	d810-d899	d810-d899	d810-d899	d810-d899	d810-d899
жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь	d910-d999	d910-d999	d910-d999	d910-d999	d910-d999
поддержка и взаимосвязи	e310-e399	e310-e399	e310-e399	e310-e399	e310-e399

В таблице поставлен максимальный диапазон по каждому направлению реабилитационных мероприятий. Данный подход обусловлен разработкой оптимальной модели реабилитации, абилитации, сопровождения инвалидов (детей-инвалидов) с учётом возраста, заболевания, нарушенных функций организма и ограничений жизнедеятельности.

В МКФ используется один или несколько определителей, которые обозначат, например, уровень здоровья или выраженность проблемы. Определители кодируют одним, двумя или большим количеством чисел после разделительной точки. Применение любого кода требует использования, по крайней мере, одного определителя. Без определителей кодирование не имеет никакого смысла. Универсальный, или основной, определитель (5-балльная шкала) обеспечивает обозначение величины нарушения, ограничения активности и возможности участия:

ICF-код = Префикс (b, s, d или e) + Шифр домена + Оценка (определитель).

Оптимальная модель должна учитывать все возрастные категории инвалидов (детей-инвалидов) и все ограничения жизнедеятельности. Поэтому в схеме используется широкий цифровой диапазон (таблицы 6). На основании представленной схемы можно ставить соответствующие в данном конкретном случае задачи реабилитации и абилитации.

Таблица 6 – Кодирование нарушений в МКФ (шифр домена и оценка)

Кодирование	1-й ур.	2-й ур.	3-й ур.	4-й ур.	Точка	Определитель степени нарушения функции
Например	b11420.4					
Функции (b)	1	14	2	0	.	4
Общий определитель с негативной шкалой для обозначения величины и выраженности нарушения функций. XXX.0 – нет проблем (никаких, отсутствуют, ничтожно малые) 0 – 4 %; XXX.1 – легкие проблемы (незначительные, слабые) 5 – 24 %; XXX.2 – умеренные проблемы (средние, значимые) 25 – 49 %; XXX.3 – тяжелые проблемы (высокие, интенсивные) 50 – 95 %; XXX.4 – абсолютные проблемы (полные) 96 – 100 %; XXX.8 – не определено; XXX.9 – не применимо						

Кодирование	1-й ур.	2-й ур.	3-й ур.	4-й ур.	Точка	Выраженность	Локализация	Характер
Например	s75021.322							
Структуры (s)	7	50	2	1	.	3	2	2
Определитель с негативной шкалой для обозначения величины, выраженности, характера и локализации нарушения структур								
Выраженность нарушения			Характер нарушения*			Локализация нарушения*		
XXX.0 – нет XXX.1 - незначительные XXX.2 – умеренные XXX.3 – выраженные XXX.4 – абсолютные			0 - нет изменений структуры 1 - полное отсутствие 2 - частичное отсутствие			0 - более чем один регион 1 – справа 2 – слева 3 - с обеих сторон 4 – спереди		

XXX.8 - не уточненный барьер XXX.9 - не применимо	3 - добавочная часть 4 - абберантные отклонения 5 - нарушение целостности 6 - изменение позиции 7 - качественные изменения структуры, включая задержку жидкости 8 - не определено 9 - не применимо	5 – сзади 6 – проксимальный 7 – дистальный 8 - не определено 9 - не применимо
* - в практической работе разрешается оценивать только выраженность нарушения структур. Характер и локализация могут быть оценены при необходимости		

Кодирование	1-й ур.	2-й ур.	3-й ур.	Точка	Определитель «реализации» (с помощью и в настоящий момент)	Определитель «капаситета» (без помощи, самостоятельно)
Например	d4402.14					
Активность и участие (d)	4	40	2	.	1	4
Общий определитель с негативной шкалой для обозначения величины и выраженности нарушения активности и участия. XXX.0 – нет проблем (никаких, отсутствуют, ничтожно малые) 0 – 4 %; XXX.1 – легкие проблемы (незначительные, слабые) 5 – 24 %; XXX.2 – умеренные проблемы (средние, значимые) 25 – 49 %; XXX.3 – тяжелые проблемы (высокие, интенсивные) 50 – 95 %; XXX.4 – абсолютные проблемы (полные) 96 – 100 %; XXX.8 – не определено; XXX.9 – не применимо						

Кодирование	1-й ур.	2-й ур.	3-й ур.	Точка	Определитель факторов среды (барьер / пособник)
Например	e1001.+3				
Факторы среды (e)	1	10	1	.	+3
Определитель роли факторов среды как «пособников» или как «барьеров» реабилитации					
Барьеры			Облегчающие факторы (пособники реабилитации)		
XXX.0 нет барьеров XXX.1 незначительные барьеры XXX.2 умеренные барьеры XXX.3 выраженные барьеры XXX.4 абсолютные барьеры XXX.8 не уточненный барьер XXX.9 не применимо			XXX.+0 нет облегчающих факторов XXX.+1 незначительные облегчающие факторы XXX.+2 умеренные облегчающие факторы XXX.+3 выраженные облегчающие факторы XXX.+4 абсолютные облегчающие факторы XXX.+8 не уточненный облегчающий фактор XXX.+9 не применимо		

Логика построения функциональной модели абилитации строится на положении, что в ситуации нарушения или невозможности восстановления нарушенных функций необходимо интенсивно развивать сохранные функции. На основании представленной таблицы возможно сформулировать функциональные задачи процесса абилитации.

Разница между потенциальной способностью и реализацией отражает различия влияния факторов реальной и типичной окружающей среды и тем самым указывает

направление изменений этой окружающей среды с целью полной реализации человека с инвалидностью (реализация – > капаситет). Например, для человека, находящегося в коме, реализация 0 баллов, а капаситет – 4 балла. Другими словами, самостоятельные движения, уход за собой, прием пищи и т.д. невозможны для инвалида самостоятельно, но медицинский персонал или социальные работники обеспечат выполнение всех этих видов деятельности полностью. Если человек с инвалидностью выполняет все действия самостоятельно, то реализация – 0 баллов и капаситет – 0 баллов.

Таким образом, в соответствии с расширенной моделью, представленной классификацией МКФ, человек, имеющий нарушение здоровья, может испытывать ограничение жизнедеятельности в одном и более из указанных трех элементов системы: нарушения функций и структур организма, ограничения активности, ограничения возможности участия. Более того, модель расширяет понимание инвалидности и позволяет изучить влияние медицинских, индивидуальных и социально-средовых факторов на возникновение ограничений жизнедеятельности человека. Она демонстрирует существующее динамическое взаимодействие между показателями здоровья (функции и структуры организма) и показателями, связанными со здоровьем (активность, участие), личностными факторами и факторами окружающей среды.

9. СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.

1. Адаптивная физическая культура и спорт в реабилитации и абилитации [Текст] : учебно-методическое пособие / [С. П. Евсеев, Г. Н. Пономаренко, О. Н. Владимирова, М. Д. Дидур]. - Санкт-Петербург : Р-КОПИ, 2018. - 184 с. : ил., табл.; 21 см.; ISBN 978-5-6041435-6-8
2. Альянс европейских организаций по физической и реабилитационной медицине. Белая книга по физической и реабилитационной медицине (ФРМ) в Европе. Глава 1. Определения и понятия ФРМ. Eur J Phys Rehabil Med 2018;54:37–45. DOI: 10.23736/S1973–9087.18.05144–4
3. Аухадеев Э.И., Бодрова Р.А. Новый методологический подход к реабилитации пациентов на основе международной классификации функционирования // Вестник восстановительной медицины. – 2014. - №1(59). – С. 6-10
4. Вайнер, Э.Н. Лечебная физическая культура [Текст]. - Москва : КНОРУС, 2016. - с.; см.; ISBN 978-5-406-03810-9
5. Варфоломеева, З. С. Обучение двигательным действиям в адаптивной физической культуре [Электронный ресурс] : учебное пособие / З. С. Варфоломеева, В. Ф. Воробьев, Н. И. Сапожников, С. Е. Шивринская. - 3-е изд. - Москва : ФЛИНТА, 2012. - 130 с. - ISBN 978-5-9765-1528-4
6. Верхало Ю.Н. Тренажеры и устройства для восстановления здоровья и рекреации инвалидов / Ю. Н. Верхало. - М. : Совет. спорт, 2004. - 531 с. : ил., табл.; 24 см.; ISBN 5-85009-841-0
7. Всемирная организация здравоохранения, Всемирный банк. Всемирный доклад об инвалидности. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011 (https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report/ru/, по состоянию на 30 декабря 2019 г.
8. Древинг С. Р. Кластерная концепция устойчивого развития экономики / С. Р. Древинг ; Санкт-Петербургский гос. ун-т. - Санкт-Петербург : Изд-во Санкт-Петербургского ун-та, 2009. - 161, [1] с. : ил., табл.; 20 см.; ISBN 978-5-288-04888-3
9. Дубровский В.И. Лечебная физкультура и врачебный контроль : учеб. для студентов мед. вузов / В. И. Дубровский. - М. : Мед. информ. агентство, 2006 (Рыбинск : Рыбинский Дом печати). - 596, [1] с. : ил.; 21 см.; ISBN 5-89481-264-X
10. Евсеев С.П., Материально-техническое обеспечение адаптивной физической культуры : учебник для образовательных учреждений высшего профессионального образования, осуществляющих образовательную деятельность по направлению 032100-

Физическая культура (по магистерской программе «Адаптивная физическая культура») / С. П. Евсеев, С. Ф. Курдыбайло, В. С. Суляев. - Москва : Советский спорт, 2007. - 304, [2] с. : ил., табл.; 21 см.; ISBN 978-5-9718-0234-1

11. Евсеев, С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры [Текст] : учебник для образовательных учреждений высшего профессионального образования, осуществляющих образовательную деятельность по направлению 49.03.02 - "Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура) / С. П. Евсеев. - Москва : Спорт, 2016. - 614, [1] с. : ил., табл.; 21 см. - (Адаптивная физическая культура и спорт).; ISBN 978-5-906839-42-8

12. Иванова Г.Е. Пилотный проект «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации: предварительные результаты реализации на первом и втором этапах медицинской реабилитации» / Г.Е. Иванова, Е.В. Мельникова, А.А. Шмнина и др. // Вестник восстановительной медицины. – 2017; 2 (78): 10-15.

13. Использование средств адаптивной физической культуры при реализации адаптированных образовательных программ дошкольного образования : метод. рекомендации / сост.: А. П. Щербак, Е. Ю. Васильева. – Ярославль : ГАУ ДПО ЯО ИРО, 2018. – 118 с. – (Физическая культура и спорт).

14. Карасаева Л. А. Возможности применения МКФ в программе профессиональной реабилитации и трудоустройства инвалидов / Л. А. Карасаева, М. В. Горяйнова, И. Р. Мясников, А. А. Нурова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2019. – № 1. – С. 20-26. – DOI 10.17238/ISSN1999-2351.2019.1.20- 26.

15. Марков Л.С. Теоретико-методологические основы кластерного подхода [Текст] : монография / Л. С. Марков ; под ред. Н. И. Сулова. - Новосибирск : Изд-во ИЭОПП СО РАН, 2015. - 299 с. : ил., цв. ил.; 20 см.; ISBN 978-5-89665-298-4

16. Мигунова Ю.Ю. Основы медико-социальной реабилитации различных групп населения (для студентов лечебного факультета): Учебно-методическое пособие – Майкоп: ИП Магарин О.Г., 2014. – 102 с.

17. Миллер Л. Л. Спортивная медицина [Текст] : учебное пособие / Л. Миллер ; Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья им. П. Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург. - Москва : Человек, 2015. - 183 с.; ISBN 978-5-906131-47-8

18. Организация Объединенных Наций. Доклад Межучрежденческой группы экспертов по показателям достижения целей в области устойчивого развития URL: <https://unstats.un.org/unsd/statcom/47th-session/documents/2016-2-SDGs-Rev1-r.pdf>

19. Организация Объединенных Наций. Повестка дня в области устойчивого развития URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/about/development-agenda/>.
20. Организация Объединенных Наций. Резолюция, принятая Генеральной Ассамблеей 25 сентября 2015 года № A/RES/70/1 «Преобразование нашего мира: Повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года» URL: <https://undocs.org/ru/A/RES/70/1>
21. Организация Объединенных Наций. Цель 10: Сокращение неравенства внутри стран и между ними URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ru/inequality/>.
22. Пономаренко, Г.Н. Организация помощи по направлениям физической и реабилитационной медицины : практическое руководство / Г.Н. Пономаренко, И.А. Лавриненко, А.С. Исаева, В.А. Ахмедов; под ред. д-ра мед. наук, проф. Г.Н. Пономаренко. – Москва : ИНФРА-М, 2021. – 234 с. ISBN 978-5-16-014520-4
23. Реабилитация 2030: призыв к действиям. [Rehabilitation 2030: A Call for Action (in Russ.)] Доступно по: <http://www.who.int/rehabilitation/CallForActionRU.pdf>
24. Реабилитация инвалидов [Текст] : национальное руководство / под редакцией Г. Н. Пономаренко. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 731 с. : ил., цв. ил., табл.; 24 см.; ISBN 978-5-9704-4589-1
25. Современные методики физической реабилитации детей с нарушением функций опорно-двигательного аппарата / под ред. Н. А. Гросс. - М. : Совет. спорт, 2005 (Вологда : ПФ Полиграфист). - 235 с. : ил., табл.; 25 см. - (Физическая культура и спорт инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья); ISBN 5-9718-0011-6
26. Сытин, Л.В Основы комплексной реабилитации больных и инвалидов [Текст] : курс лекций и информационные материалы для врачей и специалистов по реабилитации / Л. В. Сытин, М. Г. Жестикова. - Новокузнецк : [б. и.], 2015. - 289 с. : ил., табл.; 20 см.; ISBN 978-5-91797-187-2
27. Третьякова, Н.В. Теория и методика оздоровительной физической культуры : учеб. пособие / Т.В. Андриюхина, Е.В. Кетриш; Н.В. Третьякова .— Москва : Спорт, 2016 .— 281 с. : ил. — ISBN 978-5-906839-23-7
28. Федотова А.А. Основы сетевого планирования и управления в физической культуре и спорте / А.А. Федотова, Ю.Н. Федотов, В.А. Платонова // Учебно-методическое пособие – СПб: СПбГУ ИТМО, 2006. – 15 с.
29. Физическая реабилитация и спорт инвалидов : Нормативные правовые документы, механизмы реализации, практический опыт, рекомендации [Текст] : [авт.-сост. А. В. Царик]. - 2-е изд., доп. и испр. - Москва : Советский спорт, 2003. - 573 с. : ил., табл.;

21 см. - (Физическая культура и спорт инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья).; ISBN 5-85009-604-3

30. Физическая реабилитация инвалидов с поражением опорно-двигательной системы : учебное пособие для образовательных учреждений высшего профессионального образования, осуществляющих образовательную деятельность по направлению 032100 - "Физическая культура" (по магистерской программе "Адаптивная физическая культура") / [С. П. Евсеев и др. ; под ред. С. П. Евсеева и С. Ф. Курдыбайло]. - Москва : Советский спорт, 2010. - 486, [1] с. : ил., табл.; 22 см.; ISBN 978-5-9718-0369-0

31. 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. ISBN 978-985-496-697-7

32. Цёхла, С. Ю. Определение принципов сетевой организации рекреационно-реабилитационного распределенного консорциума / С.Ю. Цёхла, Н. А. Симченко, Л. С. Карлов // Геополитика и экогеодинамика регионов. Том 7 (17). Вып. 2. 2021 г. С. 34–42. DOI: 10.37279/2309-7663-2021-7-2-29-37

33. Частные методики адаптивной физической культуры : учебник / [под общ. ред. Л. В. Шапковой]. - Москва : Советский спорт, 2007. - 603 с. : ил., табл.; 22 см. - (Физическая культура и спорт инвалидов и лиц с отклонениями в состоянии здоровья).; ISBN 978-5-9718-0116-0

34. Шошмин А. В., Основы управления реабилитационными ресурсами [Текст] / Шошмин А. В. [и др.] - Санкт-Петербург : Знакъ, 2009. - 96 с. : ил.; 21 см.; ISBN 978-5-91638-020-0

Характеристика типичных нарушений у инвалидов разных нозологических групп

Нарушения зрения	Нарушения слуха	Нарушения интеллекта	Поражение опорно-двигательного аппарата		
			церебральное	спинальное	ампутационное
<p>Нарушение пространственных образов, самоконтроля и саморегуляции, координации и точности движений. Нарушение осанки, плоскостопие, слабость дыхательной мускулатуры. Неврозы, болезни органов дыхания, сердечно-сосудистой системы, обмена веществ. Минимальная мозговая дисфункция, снижение слуха. Быстрая утомляемость</p>	<p>Нарушение функций вестибулярного аппарата, задержка моторного и психического развития, нарушение речи, памяти, внимания, мышления, общения. Нарушения равновесия, ритмичности, точности движений, реагирующей способности, пространственно-временной ориентации. Дисгармоничность физического развития, нарушение осанки. Заболевания дыхательной системы, вегетативно-соматические расстройства</p>	<p>Нарушение познавательной деятельности. Снижение силы и подвижности нервных процессов. Нарушения высших психических функций; аналитико-синтетической деятельности ЦНС. Дисплазия, нарушение окостенения, осанки, деформации стопы, позвоночника, дисгармоничность физического развития, нарушение координации движений. Врожденные пороки сердца, заболевания внутренних органов, эндокринные нарушения, сенсорные отклонения</p>	<p>Нарушение опороспособности, равновесия, вертикальной позы, ориентировки в пространстве координации микро- и макромоторики. Остеохондроз, мышечная гипотрофия, остеопороз, контрактуры, дисгармоничность физического развития. Нарушения сердечно-сосудистой и дыхательной систем, заболевания внутренних органов, нарушения зрения, слуха, интеллекта. Низкая работоспособность</p>	<p>Полная или частичная утрата движений, чувствительности, расстройство функций тазовых органов. Нарушение вегетативных функций, пролежни. Остеопороз. При высоком (шейном) поражении – нарушение дыхания, ортостатические нарушения. При вялом параличе — атрофия мышц. При спастическом — тугоподвижность суставов, контрактуры, спастичность</p>	<p>Нарушение опороспособности и ходьбы (при ампутации нижних конечностей), координации движений, осанки, вертикальной позы, уменьшение массы тела, сосудистого русла. Нарушение регуляторных механизмов, дегенеративные изменения нервно-мышечной и костной ткани, контрактуры. Нарушения кровообращения, дыхания, пищеварения, обменных процессов, ожирение. Снижение общей работоспособности, фантомные боли</p>



МИНИСТЕРСТВО СПОРТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНСПОРТ РОССИИ)

« 09.01.2023 20__ г.

ПРИКАЗ

№ 2

г. Москва

**Об утверждении Методических рекомендаций
«Разработка базовых методик по работе с лицами с ограниченными
возможностями здоровья и инвалидами для тренеров, спортивного персонала,
информационных материалов по вопросам безопасности занятий спортом
для всех заинтересованных целевых аудиторий, включая спортсменов,
тренеров, спортивный персонал, родителей спортсменов, руководителей
спортивных организаций»**

Во исполнение пункта 117 плана мероприятий по реализации Стратегии развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 г. № 3615-р, п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить прилагаемые Методические рекомендации «Разработка базовых методик по работе с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами для тренеров, спортивного персонала, информационных материалов по вопросам безопасности занятий спортом для всех заинтересованных целевых аудиторий, включая спортсменов, тренеров, спортивный персонал, родителей спортсменов, руководителей спортивных организаций» (далее – Методические рекомендации).

2. Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Разработка базовых методик по работе с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами для тренеров, спортивного персонала, информационных материалов по вопросам безопасности занятий спортом для всех заинтересованных целевых аудиторий, включая спортсменов, тренеров, спортивный персонал, родителей спортсменов, руководителей спортивных организаций

1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Настоящие Методические рекомендации по разработке базовых методик по работе с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами для тренеров, спортивного персонала, информационных материалов по вопросам безопасности занятий спортом для всех заинтересованных целевых аудиторий, включая спортсменов, тренеров, спортивный персонал, родителей спортсменов, руководителей спортивных организаций (далее – Методические рекомендации) предназначены для разработки информационных материалов для заинтересованных лиц и возможного, на уровне спортивной организации, регламентирования системы оказания ситуационной помощи спортсменам-инвалидам в преодолении барьеров, обеспечения им равных с другими гражданами возможностей для реализации прав и свобод, разностороннего участия в жизни общества, социальной интеграции, а также получения необходимых услуг для повышения уровня и качества жизни.

Методические рекомендации разработаны с учетом требований и норм международных документов в области обеспечения прав и социальной защиты инвалидов, в том числе Конвенции о правах инвалидов, действующих нормативных правовых актов Российской Федерации, а также технических нормативных правовых актов, строительных, противопожарных и иных норм в области доступности для инвалидов объектов и услуг.

Методические рекомендации предназначены руководителям и специалистам спортивных организаций, оказывающих услуги спортсменам с инвалидностью, для практического применения в работе при решении вопросов обеспечения доступности для инвалидов услуг и объектов, на которых они предоставляются, оказания при этом необходимой помощи.

Методические рекомендации содержат теоретический материал по основным правилам взаимодействия с людьми с ограниченными возможностями здоровья, основы

При использовании настоящих Методических рекомендаций необходимо проверять действие (актуальность) нормативно-правовых актов, упомянутых в документе, т.к. ряд документов ограничен по срокам действия. Также следует учитывать, что использование сводов строительных правил и регламентов, которые имеют статус действующих, но не включенных в Перечни сводов правил или частей сводов правил, в результате применения которых на обязательной или добровольной основе обеспечивается соблюдение требований Федерального закона от 30.12.2009 № 384-ФЗ «Технический регламент о безопасности зданий и сооружений», утвержденные соответствующим образом на федеральном уровне, должно подтверждаться результатами испытаний, проб и экспериментов.

2. НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

1. ГОСТ Р 51079-2006 (ИСО 9999:2002) Группа Р20. Национальный стандарт Российской Федерации. Технические средства реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности (ОКС 11.180 ОКП 94 0100) (извлечения).

2. ГОСТ Р 54937-2018/ISO/IEC Guide 71:2014. Национальный стандарт Российской Федерации. Руководящие указания для разработчиков стандартов, рассматривающих вопросы создания доступной среды (утвержден и введен в действие приказом Росстандарта от 23.08.2018 № 517-ст).

3. Постановление Правительства Российской Федерации от 17.06.2015 № 599 «О порядке и сроках разработки федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления мероприятий по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг в установленных сферах деятельности» (вместе с Правилами разработки федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления мероприятий по повышению значений показателей доступности для инвалидов объектов и услуг в установленных сферах деятельности).

4. Постановление Правительства Российской Федерации от 24.06.2017 № 743 «Об организации безопасного использования и содержания лифтов, подъемных платформ для инвалидов, пассажирских конвейеров (движущихся пешеходных дорожек), эскалаторов, за исключением эскалаторов в метрополитенах» (вместе с Правилами организации безопасного использования и содержания лифтов, подъемных платформ для инвалидов, пассажирских конвейеров (движущихся пешеходных дорожек) и эскалаторов, за исключением эскалаторов в метрополитенах).

5. Постановление Правительства Российской Федерации от 28.05.2021 № 815

7. Приказ Минобрнауки России от 09.11.2015 № 1309 «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи».

8. Приказ Минпросвещения России от 09.11.2018 № 196 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным общеобразовательным программам».

9. Приказ Минспорта России от 24.08.2015 № 825 «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере физической культуры и спорта, а также оказания инвалидам при этом необходимой помощи».

10. Приказ Минтруда России от 12.04.2017 № 351н «Об утверждении профессионального стандарта «Ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья».

11. Приказ Минтруда России от 13.06.2017 № 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм».

12. Приказ Минтруда России от 22.06.2015 № 386н «Об утверждении формы документа, подтверждающего специальное обучение собаки-проводника, и порядка его выдачи».

13. Приказ Минтруда России от 25.12.2012 № 627 «Об утверждении методики, позволяющей объективизировать и систематизировать доступность объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности для инвалидов и других маломобильных групп населения, с возможностью учета региональной специфики».

14. Приказ Росстандарта от 02.04.2020 № 687 «Об утверждении перечня

17. Федеральный закон от 22.07.2008 № 123-ФЗ «Технический регламент о требованиях пожарной безопасности».

18. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

19. Федеральный закон от 30.12.2009 № 384-ФЗ «Технический регламент о безопасности зданий и сооружений».

3. ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

Применительно к настоящим Методическим рекомендациям используются приведенные ниже термины и определения.

Адаптация – приспособление к новым условиям. Здесь: приспособление среды жизнедеятельности, зданий и сооружений с учетом потребностей маломобильных групп населения.

Акустические средства – речевые синтезаторы, речевые оповещатели, громкоговорители, репродукторы и т.п., в том числе устройства звукового дублирования визуальной информации.

Альтернативная (дополнительная) коммуникация – все способы коммуникации, дополняющие или заменяющие активную экспрессивную речь людям, не способным общаться с помощью речи.

Ассистивное оборудование – различные устройства, продукты, программное обеспечение, направленные на усиление, поддержку или улучшение функциональных возможностей людей с инвалидностью и позволяющие обеспечить доступ к информации, процессу общения, информационно-образовательной среде.

Визуальные средства информации – носители информации в виде зрительно различимых текстов, знаков, символов, световых сигналов, имеющих повышенные характеристики распознаваемости с учетом особенностей восприятия людьми с нарушением функций органов слуха.

Дискриминация по признаку инвалидности – любое различие, исключение или ограничение по причине инвалидности, целью либо результатом которых является умаление или отрицание признания, реализации или осуществления наравне с другими всех гарантированных в Российской Федерации прав и свобод человека и гражданина в политической, экономической, социальной, культурной, гражданской или любой иной

возможность пользоваться товарами или услугами и взаимодействовать с общественностью на том же уровне, что и лица без инвалидности.

Инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида (ИПРА) – комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Качества волевые – проявление воли спортсмена в процессе тренировочной и соревновательной деятельности: смелости, решимости, целеустремленности, выдержки, самообладания, инициативности и дисциплинированности.

Качества физические – двигательные способности спортсмена: силовые, скоростные, координационные, выносливость и гибкость.

Маломобильные группы населения – люди, испытывающие затруднения при самостоятельном передвижении, получении услуги, необходимой информации или при ориентировании в пространстве. К маломобильным группам населения отнесены инвалиды, люди с ограниченными (временно или постоянно) возможностями здоровья, люди с детскими колясками и т.п.

Массовый спорт – часть спорта, направленная на физическое воспитание и физическое развитие граждан посредством проведения организованных и (или) самостоятельных занятий, а также участия в физкультурных мероприятиях и массовых спортивных мероприятиях.

и заниматься трудовой деятельностью. В зависимости от степени расстройства функций организма лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид».

Организация – компания, объединение, фирма, предприятие, орган власти или учреждение либо их часть или сочетание, акционерные или неакционерные, государственные или частные, которые выполняют свои собственные функции и имеют свою собственную администрацию.

Пандус – сооружение, предназначенное для перемещения с одного уровня горизонтальной поверхности пути на другой, состоящее из маршей (имеющих сплошную наклонную по направлению движения поверхность) и горизонтальных площадок (для отдыха и/или маневрирования).

Работоспособность – способность спортсмена эффективно выполнять большие тренировочные, соревновательные нагрузки и технико-тактические действия.

Разумное приспособление – внесение, когда это нужно в конкретном случае, необходимых и подходящих модификаций и коррективов, не становящихся несоразмерным и неоправданным бременем, в целях обеспечения реализации инвалидами наравне с другими всех прав человека и основных свобод.

Ситуационная помощь – это помощь, оказываемая инвалиду в целях преодоления барьеров, препятствующих получению услуг, оказываемых населению.

Тактильные средства информации – носители информации, передаваемой инвалидам по зрению и воспринимаемой путем прикосновения.

Технические средства реабилитации – устройства, содержащие технические решения, в том числе специальные, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности инвалида.

Тренер – физическое лицо, имеющее соответствующее среднее профессиональное образование или высшее образование и осуществляющее проведение со спортсменами

его двигательной активности и формирования здорового образа жизни, социальной адаптации путем физического воспитания, физической подготовки и физического развития.

Физическое воспитание – процесс, направленный на воспитание личности, развитие физических возможностей человека, приобретение им умений и знаний в области физической культуры и спорта в целях формирования всесторонне развитого и физически здорового человека с высоким уровнем физической культуры.

Шрифт Брайля – специальный рельефно-точечный шрифт для лиц с полной потерей зрения (незрячих) и слабовидящих.

4. ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Физкультурно-оздоровительная и спортивная работа для лиц с ограниченными возможностями здоровья – один из компонентов тенденции развития современного спорта. Распространившиеся в России быстрыми темпами процессы интеграции опередили разработку в отечественной науке теоретических подходов в этом направлении, а также экспериментальные исследования в этой области. В том числе неизученной оказалась проблема профессиональной компетентности тренеров и других специалистов и спортивного персонала, работающих в условиях инклюзии.

Анализ форм организации, программных и методических материалов, предлагаемых разными федеральными органами исполнительной власти, свидетельствует, что не сформулированы универсальные компетенции для тренера-преподавателя при работе в условиях инклюзивной среды, не определены оптимальные формы и сроки подготовки тренеров-преподавателей к новым условиям инклюзивной профессиональной деятельности, ее содержание, учебно-методические материалы и др. Подготовка тренеров-преподавателей для реализации инклюзивного подхода в физической культуре и спорте в основном направлена на формирование знаний об особенностях людей с нарушениями развития и учета их в тренерском (педагогическом) процессе. При этом значительно меньше внимания обращается на профессионально-личностную готовность тренера-преподавателя к психологической, коммуникативной работе с людьми с ограниченными возможностями здоровья.

Тренер-преподаватель и спортивный персонал, имеющие соответствующий уровень квалификации, подтвержденный результатами независимой оценки квалификации, готовящиеся работать со спортсменами с ограниченными возможностями здоровья должны принять следующую систему профессионально-ценностных ориентаций:

Учитывая тот факт, что тренер-преподаватель несет ответственность за выбранные цели, задачи, содержание, методы обучения и воспитания спортсмена с ограниченными возможностями здоровья, следует обращать внимание, что такой спортсмен является более зависимым от педагогической помощи, чем нормально развивающиеся сверстники.

Таким образом, профессионально-личностная готовность тренера-преподавателя к работе с людьми с ограниченными возможностями здоровья предполагает целый комплекс качеств, которые основываются на личностных ресурсах. Не каждый тренер-преподаватель, работающий в организации дополнительного образования или общеобразовательной организации с нормально развивающимися спортсменами, способен к работе с занимающимся (спортсменом, учеником), имеющим ограниченные возможности здоровья.

В качестве основных задач, решение которых обеспечивает реализацию системного подхода к созданию и применению базовых (универсальных) методик по работе с лицами с ОВЗ и инвалидами, можно выделить следующие:

1. Определение направлений формирования базовых (универсальных) учебных действий и их связи с определенными учебными предметами (разделами) программы подготовки спортсмена.

2. Подбор методов и приемов, обеспечивающих формирование базовых (универсальных) действий у занимающихся (спортсменов) с ОВЗ в учебно-тренировочном процессе.

3. Проектирование учебных и коррекционных занятий с учетом решения задач, связанных с формированием базовых (универсальных) учебных действий.

4. Разработка технологической карты тренировочного цикла с учетом ситуаций, обеспечивающих формирование базовых (универсальных) учебных действий.

5. Разработка показателей и уровней сформированности базовых (универсальных) учебных действий.

– проанализировать содержание разделов и тем программы на предмет его использования для формирования определенных видов базовых (универсальных) учебных действий у занимающихся (спортсменов) с инвалидностью;

– разработать рабочую программу тренировочного процесса на основе примерной, указав в пояснительной записке, а также в разделах программы формируемые базовые (универсальные) учебные действия;

– выбрать наиболее подходящие методы и средства формирования базовых (универсальных) учебных действий для каждого занятия с учетом содержания программы подготовки по виду спорта;

– разработать систему типовых заданий для оценки сформированности базовых (универсальных) учебных действий в рамках освоения программы;

– разработать диагностический материал для оценки сформированности базовых (универсальных) учебных действий в учебном процессе, учитывая, что для отдельных занимающихся (спортсменов) с инвалидностью могут разрабатываться и индивидуальные программы (планы), учитывающие нозологическую группу. Подобным образом может осуществляться включение базовых (универсальных) учебных действий в содержание программ профессионального образования.

5. ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С ЛЮДЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ: СПЕЦИФИКА И ОСОБЕННОСТИ

Умение общаться имеет важное значение в адаптации не только к коллективу, но и к своей профессии. Спортивно-педагогическая деятельность тем и характерна, что эффективность ее в значительной степени обеспечивается характером межличностного взаимодействия тренера (преподавателя) и занимающегося (спортсмена, учащегося), а не индивидуальными усилиями первого или второго. Обе стороны должны понимать, что даже их субъективные достижения носят не индивидуально-психологический, а социально-психологический характер. Находясь на таких позициях понимания результатов межличностного взаимодействия, обе стороны будут стремиться к взаимопониманию.

Работниками организаций, предоставляющих услуги населению, должна быть оказана помощь инвалидам в преодолении барьеров, мешающих получению ими услуг наравне с другими лицами.

Совокупность способностей, знаний и умений, необходимых для эффективного общения при оказании помощи инвалидам в преодолении барьеров, называется коммуникативной эффективностью.

Коммуникация (общение) рассматривается как важнейшая сторона любой деятельности, во многом обеспечивающая ее успех и продуктивность. Коммуникативная компетентность необходима каждому работнику. Для специалистов профессионально значимыми являются умения правильно воспринимать и понимать другого человека, грамотно оказывать услуги в учреждении или организации.

Установление взаимопонимания – длительный процесс и проходит через ряд этапов.

восприятию другого человека; «эффект первичности» – при встрече с незнакомым человеком у воспринимающего преобладает первая информация о нем.

Второй этап – изучение и понимание партнера по общению, т.е. проникновение во внутренний мир собеседника. Тренер (преподаватель) должен разобраться в целях, мотивах поведения спортсмена (ученика), его переживаниях, установках, состоянии. Важным средством для тренера (преподавателя) здесь выступает его эмпатийность как свойство личности. Используются здесь также идентификация (отождествление себя с другим) и рефлексия, предполагающая постановку вопроса «А если бы я был на его месте?».

Третий этап – обеспечение понимания себя другим. Для этого тренер (преподаватель) должен решить две задачи: найти наиболее приемлемую для спортсмена (учащегося) форму самовыражения; позаботиться о самоограничении. Первая задача решается с помощью рефлексии: тренер должен ответить на вопросы «Что спортсмен думает обо мне?», «Как он понимает мою позицию в этом вопросе?», «Как он воспринимает мои действия?». Исходя из этого и надо строить свои высказывания, свое поведение и т.п. Вторая задача – самоограничения в эмоциях, словах, оценках и др. – направлена на сближение со спортсменом, на проникновение спортсмена в мир тренера.

Четвертый этап – сближение позиций и поддержание взаимопонимания. Здесь тренеру (преподавателю) необходимо не только понять мотивы, цели, установки спортсмена (ученика), но и принять их, разделить с собой. Это позволяет устанавливать симпатию в отношениях.

Наибольший успех в общении со спортсменами (учениками) имеют тренеры (преподаватели) с развитой эмпатией. Это чрезвычайно важное профессиональное качество тренера. Эмпатия в общении – это своеобразная установка не только на понимание сказанного партнером, но и проникновение в смысл сказанного, его состояние и переживания.

4) оказать посетителю с инвалидностью адекватную ситуационную помощь при получении услуги в организации.

Основные правила при взаимодействии с людьми с ограниченными возможностями здоровья (этикета) для сотрудника организации:

1. Любое вспомогательное приспособление (трость, инвалидная коляска, костыли и т.д.) – это чья-то собственность, которую надо уважать. Не перемещайте, не берите их, не получив разрешения.

2. Всегда обращайтесь непосредственно к человеку, даже если у человека с инвалидностью обеспечено сопровождение, например, сурдопереводчика (переводчика русского жестового языка).

3. Фокусируйтесь не на инвалидности человека, а на нем или на проблеме, которую вы обсуждаете или той информации, которую хотите донести.

4. Если вы не знаете, что вам делать, спросите. Многие люди предпочтут скорее ответить на вопрос, чем оказаться в неудобном положении.

5. Не волнуйтесь по поводу того, как вам обратиться к человеку с инвалидностью: спросите о том, как удобно обращаться: на «ты / вы», по имени или по имени и отчеству. Используйте слова и понятия, обращения, не создающие стереотипы.

6. Помните, что темы для общения на служебные или отвлеченные темы и сюжеты, в равной степени могут быть важны и интересны всем участникам коммуникации.

7. Говорите обычным нормальным тоном. Для делового разговора употребляйте те слова, значения которых понятны собеседнику. Если кому-то нужно, чтобы вы говорили громче, вас об этом попросят.

8. Помните, что человек с инвалидностью (сопровождающий) может сообщить информацию в краткой форме: что им нужно, что им нравится / не нравится, что они могут / или не могут делать.

9. Убедитесь, что ваша коммуникация не препятствует участию человека

это страх и растерянность, к примеру, если перед нами человек с ДЦП, мышцы лица или конечностей которого непроизвольно сокращаются.

12. Если человек с ограниченными возможностями что-то умеет делать сам, то не следует предлагать ему помощь, тем более в тех случаях, когда о ней не просят. Всегда спрашивайте, нужна ли помощь, прежде чем оказать её.

13. Спокойствие – это база, на которой строится эффективная деловая коммуникация.

14. Планируя коммуникацию с человеком с инвалидностью, воспользуйтесь возможностью предварительно уточнить у его близких, каковы его реальные возможности или суть ограничений по здоровью, это позволит вам выстроить коммуникативный план и сделать результат коммуникации более эффективным.

15. Коммуникативная практика строится не на болезни (причине инвалидности), а на человеке и социальных условиях.

Выражения «человек с ограниченными физическими возможностями», «человек на коляске», «человек с травмой позвоночника», «человек с инвалидностью», «незрячий» вызывают вполне нейтральные ассоциации.

Слово «инвалид» вызывает различные чувства. С одной стороны, большинство людей считает его приемлемым, поскольку это слово официальное, но излишняя эмоциональная окраска и часто уничижительное употребление, с другой стороны, делают его неоднозначным. Например, то, что привычно и приемлемо в общении людей с инвалидностью, в остальной части общества может способствовать формированию взгляда на человека с инвалидностью как на человека с медицинскими проблемами.

Специфика и особенности выстраивания коммуникации при общении с инвалидами, испытывающими трудности при передвижении

– создание безбарьерной архитектурно-пространственной среды (в случае ее

– предусмотреть помощь ассистента, помощника при выполнении разного рода действий (если имеются нарушения моторики верхних конечностей), а также при передвижении (если имеются трудности в перемещении);

– предусмотреть возможность увеличения времени на коммуникацию, предлагать делать записи на диктофон (телефон).

Специфика и особенности выстраивания коммуникации при общении с инвалидами, имеющими нарушение зрения (незрячие, слабовидящие)

– разрешать использовать звукозаписывающую аппаратуру (обеспечить наилучшее звучание записи, располагая аппаратуру собеседника вблизи источника звука);

– разместить слушателя при диалоге за рабочим местом вблизи источника информации;

– дозирование разного рода нагрузок;

– предоставление информации (материалов) аудиально (для незрячих) или увеличенным шрифтом (для слабовидящих, не менее 16 кегля, меняя цвет, контраст, размер), предлагать обучающемуся ближе рассмотреть информационный материал. Допускается коррекция и подгонка типа шрифта, его размера и цвета, цвета фона и контрастность изображений, необходимость инвертирования палитры цветов;

– применение специальных форм и методов обучения, наглядных пособий, а также оптических (например, компьютерной лупы) и тифлопедагогических устройств, отвечающих потребностям собеседника;

– предоставить возможность увеличить время для беседы, или использовать при необходимости техническую помощь ассистента при чтении, или дать возможность выполнять ответ устно или письменно с помощью компьютера;

– использовать только контекстное сопровождение содержания графической информации (слайдов), собеседник (выступающий) должен прочитывать содержимое

– крайне желательно готовить раздаточный графический материал в виде рельефных изображений при изучении специфических тем и заданий;

– при исправлении ошибки собеседником с нарушением зрения, допущенной в ходе рассуждения, необходимо пояснять не только какая ошибка допущена, но и где именно внесено исправление (при наличии): для этого прочитать фрагмент, в котором допущена ошибка, или описательно прокомментировать ошибочную фразу (предложение в тексте, высказывание);

– часто некоторые вещи, очевидные для большей части аудитории, могут вызвать затруднения у незрячих, в таких случаях иногда имеет смысл отойти от сухого краткого изложения информации и описать обсуждаемый процесс (объект), например, с помощью какого-нибудь наглядного физического (биологического) процесса или сравнив его с одним из окружающих (хорошо известных собеседнику) предметов.

Правила этикета при общении с инвалидами, имеющими нарушение слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие, с кохлеарным имплантом)

– обеспечить помощь переводчика русского жестового языка в общении (при необходимости);

– применять специально разработанные дидактические материалы (учебные пособия), которые адаптированы к возможностям неслышащих (конспекты, презентации, видеофайлы с сурдопереводом или субтитрами и др.);

– использовать наглядное представление в общении, при сообщении новой информации, учитывая доминирование наглядного мышления и недостаточный уровень сформированности словесно-логического мышления;

– включение в коммуникацию зрительных образов (работа с графиками, таблицами, схемами и пр.), тренировка умения выделять главное: обучение составлению конспектов, таблиц, схем;

3) учет особенностей речевого развития, сформированности навыков зрительного и слухового восприятия речи (возможность заменять устные ответы на вопросы в ходе коммуникации письменными);

4) опора на дополнительные средства (письменные записи, дактилология), использование иллюстративного материала, привлечение ярких и интересных примеров, собственных наблюдений обучающихся и др.

Правила этикета при общении с инвалидами, имеющими ментальные нарушения

– создание постепенного включения в ситуацию общения и обучения в большом помещении (аудитории) или с несколькими собеседниками;

– постепенный переход от привычных и наиболее успешных форм коммуникации к более сложным;

– организация специальной поддержки в развитии возможностей вербальной и невербальной коммуникации: обращение за информацией и помощью, выражение своего отношения, оценки, согласия или отказа поделиться впечатлениями;

– выработка форм адекватного коммуникативного поведения у собеседника, умения вступать в коммуникацию и взаимодействие с разными людьми, адекватно воспринимать похвалу и замечания;

– эмоциональная поддержка, уверенность в том, что собеседника принимают, ему симпатизируют, в том, что он успешен;

– организация дозированного и постепенного расширения коммуникативного пространства за пределами привычных условий, смена условий коммуникации;

– эффективность коммуникации повышается при замедлении её темпа, использовании наглядных, словесных и практических методов;

– коммуникация строится в целом на постепенном сокращении помощи со стороны и повышении степени трудности задач;

– применение специальных форм и методов приема-передачи информационного материала (при необходимости предоставлять информацию в электронном (распечатанном виде), в формате аудио-, видео- или с применением электронных средств связи);

– использовать оптимальную форму контроля обратной связи (например, заменять устные ответы письменными, использовать письменную речь для общения и пр.).

6. ОСНОВЫ ИНКЛЮЗИВНЫХ КОММУНИКАЦИЙ, ПРОБЛЕМЫ И ИХ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ПРИ ВЗАИМОДЕЙСТВИИ С ЛЮДЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Проведение инструктажа с работниками организации по основам инклюзивной коммуникации позволяет не только повысить её эффективность, но и служит одним из вариантов предупреждения конфликтных ситуаций. Инструкция может быть утверждена на уровне организации общим документом или по каждой нозологии отдельно. Журнал инструктажа заполняется на всех вновь принимаемых на работу сотрудников и при периодическом проведении для работающих работников (ежегодный инструктаж) (приложение 1).

Эффективность инклюзивной коммуникации зависит от характеристики стилей руководства в спортивно-педагогической деятельности.

Стиль руководства – это целостная, относительно устойчивая система способов общения тренера (преподавателя) с занимающимися, обладающая внутренним единством и обеспечивающая эффективное управление деятельностью занимающихся. При своей динамичности стиль руководства имеет устойчивые особенности, проявляющиеся в различных условиях. В спортивно-педагогической деятельности выделяются следующие стили руководства.

Авторитарный стиль руководства.

Взаимоотношения с занимающимися строятся на основе подавления самостоятельности и инициативы. Руководитель предпочитает железную дисциплину и беспрекословное послушание, мало допускает свободы в обсуждении заданий, поручений. Недостаточно прислушивается к занимающимся.

Чаще имеет деловой авторитет, реже – личностный. Активно организует деловые взаимоотношения и недостаточно вникает в межличностные отношения. Такой тренер

Опорой авторитарного стиля руководства является административная власть и должностные права, а не личное влияние тренера (преподавателя). Такая установка тренера (преподавателя) не всегда воспринимается учащимися. Постоянное использование в работе авторитарных отношений создает в коллективе специфический психологический климат, особенностью которого является постоянная напряженность и ослабленная межличностная связь между занимающимися. Авторитарный характер отношений отличается консервативностью. Основным признаком авторитарности заключается в желании единолично принимать решения, исходя из собственного опыта. Успехи учащихся заботят тренера-автократа постольку, поскольку это увеличивает его собственный авторитет и престиж в глазах общественности.

В качестве причин становления авторитарных отношений с занимающимися можно выделить следующие: недостаток в психолого-педагогических знаниях тренера (преподавателя); неумение пользоваться методами управления людьми; создаваемые и нерешаемые конфликтные ситуации; недостаточная профессиональная компетентность тренера.

Демократический стиль руководства.

Взаимоотношения с занимающимися строятся на основе уважения личности. В достаточной степени допускается свобода обсуждений заданий и поручений. Руководитель в большей степени прислушивается к мнению занимающихся. Разбирается в межличностных взаимоотношениях, учитывает их при распределении заданий и поручений.

Обращается равномерно ко всей группе, не выделяя кого-либо. В содержании обращений преобладает воспитательная информация и менее критическая. Чаще использует просьбу, совет, указание. Интонация ровная, приветливая. Манера обращения адекватна ситуации общения.

Тренеры-демократы характеризуются следующими личностными качествами:

коллектива, спортивной секции; личностными качествами всех участников воспитательного процесса.

Либеральный стиль руководства.

Руководитель предоставляет занимающимся максимальную самостоятельность, не занимает ведущей позиции во взаимоотношениях с ними. Авторитет недостаточно высок, слабо ориентируется в межличностных отношениях. Не вполне отчетливо понимает занимающихся, их состояние, поведение. Допускает свободу выбора упражнений и нагрузки. Прислушивается к мнению авторитетных учащихся. Объектами обращения тренера (преподавателя) избирает сильных учащихся, из обращений преобладает организационная информация.

Из форм обращения чаще используются одобрения и указания. Любит использовать приветливую интонацию. Манера обращения зачастую неадекватна ситуации общения. Личностные качества, характерные для тренера-либерала: сдержанность, тактичность, участливость, простота в обращении, добродушие, неконфликтность.

Либеральный характер отношений формируется при высоком уровне подготовленности занимающихся; снижении уровня профессиональной компетентности тренера (преподавателя); наличии у него определенных черт характера. Учитывая широкий контингент занимающихся в школе, тренер (преподаватель) должен умело применять элементы того или иного стиля руководства, находя оптимальные характеристики взаимоотношений с ними в соответствии с ситуацией – ситуативная тактика поведения тренера (преподавателя).

Правила этикета при общении с инвалидами, испытывающими трудности при передвижении

Инвалиды с поражением опорно-двигательного аппарата представляют собой

трости и т.п. Коляски они используют для того, чтобы экономить силы и быстрее передвигаться.

Предлагайте помощь, если нужно открыть тяжелую дверь или пройти по пространству с помехами при движении: скользкое (мокрое) покрытие пола, мебель на пути движения и т.д. Если ваше предложение о помощи будет принято, спросите, что нужно делать, и четко следуйте инструкциям. Если вам разрешили передвигать коляску, сначала катите её медленно. Коляска быстро набирает скорость, и неожиданная остановка может привести к потере равновесия и риску опрокидывания.

В сложившихся условиях обеспечения архитектурной доступности объектов люди, передвигающиеся на колясках (маломобильные) и посещающие данную организацию впервые, стараются предварительно убедиться или уточнить уровень имеющейся доступности объекта, где запланированы мероприятия. При организации сопровождения ответственный сотрудник должен учитывать возможные проблемы или барьеры, необходимые действия для их устранения.

Ограничивайте тактильный контакт с человеком на коляске (похлопывание по плечу, рукопожатие и т.д.), если человек не проявляет в этом необходимости.

При беседе располагайтесь на линии глаз собеседника, это позволит не запрокидывать голову, особенно в тех случаях, когда движения в шейном отделе затруднены.

Правила этикета при общении с инвалидами, имеющими поражение верхних конечностей

Встречаясь с человеком с нарушениями функций верхних конечностей или с их отсутствием (либо наличием культей, протезов верхних конечностей), может оказаться необходимым (здороваясь, знакомясь) пожать руку; приемлемо в таком случае воспользоваться сохранной рукой (правой или левой рукой) либо действующим протезом.

действия за него: открыть дверь, кран, воспользоваться выключателем, телефоном, написать текст.

При наличии у инвалида навязчивых движений рук или нарушении их координации, следует при необходимости оказать ему помощь в выполнении действий руками, в том числе с использованием вспомогательных технических средств.

При наличии затруднений действий руками, вызывающих необходимость помощи, в сочетании с другими видами нарушений следует учитывать рекомендации, описанные в соответствующих разделах. Для уточнения характера, вида помощи и порядка её оказания приемлемо обратиться за советом к инвалиду, в особых случаях – пригласить к оказанию помощи специалистов, вспомогательный персонал.

Правила этикета при общении с инвалидами, имеющими нарушение зрения (незрячие, слабовидящие)

Предлагая свою помощь, направляйте человека, не стискивайте его руку, идите так, как вы обычно ходите, но учитывайте темп шага сопровождаемого.

Опишите кратко, где вы находитесь. Заранее (за 2-3 шага) предупреждайте о препятствиях: ступенях, лужах, ямах, низких притолоках, трубах и т.п.

Используйте, если это уместно, фразы, характеризующие звук, запах, расстояние. Делитесь увиденным.

Обращайтесь с собаками-проводниками не так, как с обычными домашними животными. Не командуйте, не трогайте и не играйте с собакой-проводником.

Если вы собираетесь читать незрячему человеку текст (вывеску, указатель, инструкцию), сначала предупредите об этом. Произносите слова нормальным голосом с обычным темпом. Не пропускайте информацию, если вас об этом не попросят.

Если это важный текст (письмо или документ), не нужно для убедительности давать его потрогать. При этом не заменяйте чтение пересказом. Когда незрячий человек

возможность свободно потрогать предмет. Если вас попросили помочь взять какой-то предмет, не следует тянуть кисть человека с нарушением зрения к предмету и брать его рукой этот предмет.

Когда вы общаетесь с группой незрячих людей, не забывайте каждый раз называть того, к кому вы обращаетесь.

Не заставляйте вашего собеседника вещать в пустоту: если вам необходимо отойти или если к вам подошел другой человек, предупредите об этом.

Вполне нормально употреблять слово «смотреть». Для незрячего человека это означает «видеть руками», осязать.

Избегайте расплывчатых определений и инструкций, в которых используется жестикация или графическое представление информации. В формулировании действий старайтесь быть точными.

Если вы заметили, что незрячий человек сбился с маршрута, не управляйте его движением на расстоянии, подойдите и помогите выбраться на нужный путь. При спуске или подъеме по ступенькам ведите незрячего перпендикулярно к ним. Передвигаясь, не делайте рывков, резких движений.

При сопровождении незрячего человека не закладывайте руки назад – это вызывает неудобство у незрячего.

Правила этикета при общении с инвалидами, имеющими нарушение слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие, с кохлеарным имплантом)

Существует несколько типов и степеней глухоты. Соответственно, существует много способов общения с людьми, которые плохо слышат. Если вы не знаете, какой предпочесть, спросите у самого человека с инвалидностью.

Разговаривая с человеком, у которого плохой слух, смотрите прямо на него.

Старайтесь не затемнять свое лицо и не загромождать его руками, прической или

Говорите обычным темпом речи, ясно и ровно. Не нужно интонационно излишне подчеркивать что-то, повышать голос до крика, особенно в непосредственной близости со слуховым аппаратом (ушной раковиной). Если вас просят повторить что-то, попробуйте перефразировать свое предложение, уменьшив по возможности число слов в предложении.

Если вы сообщаете информацию, которая включает в себя числа, номер, технический или другой сложный термин, адрес, напишите ее, сообщите при помощи мессенджера, электронной почты или любым другим способом, но так, чтобы она была точно получена и однозначно читалась.

Если существуют трудности при устном общении, спросите, не будет ли проще переписываться.

Не забывайте о среде, которая вас окружает. В больших или многолюдных помещениях трудно общаться с людьми, которые плохо слышат. Яркое солнце или тень, падающие на ваше лицо или на лицо собеседника, тоже могут быть барьерами.

Очень часто люди с нарушением слуха используют язык жестов. Если вы общаетесь через переводчика, не забудьте, что обращаться надо непосредственно к собеседнику, а не к переводчику жестового языка.

Не все люди, которые плохо слышат, могут читать по губам. Вам лучше всего спросить об этом при первой встрече. Если ваш собеседник обладает этим навыком, нужно соблюдать несколько важных правил. Помните, что в среднем только три из десяти слов хорошо прочитываются с губ собеседника. Для повышения качества чтения с губ смотрите в лицо собеседнику и говорите спокойно с артикуляцией, используя простые фразы и избегайте несущественных слов.

Используйте обычные понятные жесты, если сопровождаете речь жестикуляцией, но не владеете жестовым языком. В коммуникации можете задействовать мимику и позы (телодвижения), если хотите подчеркнуть или прояснить смысл сказанного вами.

Говоря о необходимых действиях, рассказывайте все «по шагам». Дайте вашему собеседнику возможность обыграть каждый этап необходимого действия после того, как вы объяснили ему.

Исходите из того, что взрослый человек с задержкой в психическом развитии имеет свой накопленный опыт, как и любой другой взрослый человек.

Если необходимо, используйте иллюстрации или фотографии. Будьте готовы повторить несколько раз. Не будьте излишне настойчивы, но и не сдавайтесь, если вас с первого раза не поняли.

Обращайтесь с человеком с проблемами развития точно так же, как вы бы обращались с любым другим: вежливо, без волнения и спешки. В беседе обсуждайте те же темы, какие вы обсуждаете с другими людьми. Например, планы на выходные, отпуск, погода, последние события.

Обращайтесь непосредственно к человеку с инвалидностью. Помните, что люди с ментальными нарушениями могут быть дееспособны и обладают правом подписания документов, контрактов и договоров, могут голосовать, давать согласие на медицинскую помощь и т.д.

С учетом того, что лица с ментальными нарушениями могут испытывать эмоциональные сложности или впадать в замешательство, осложняющие их жизнь, или иметь свой особый и изменчивый взгляд на внешний мир, не надо думать, что такие люди обязательно нуждаются в дополнительной помощи и специальном обращении.

Общаясь с людьми, вы общаетесь с личностью. Не нужно делать преждевременных выводов на основании опыта общения с другими людьми с такой же формой инвалидности.

Не следует думать, что люди с ментальными расстройствами более других склонны к агрессии или насилию. При выстраивании коммуникации будьте уверены в себе и дружелюбны, чувствуйте себя спокойно.

Правила этикета при общении с инвалидом, испытывающим затруднения в речи

Не игнорируйте людей, которым трудно говорить, потому что понять их – это цель предпринятой коммуникации. Не торопите, не перебивайте и не поправляйте человека, который испытывает трудности в речи.

Начинайте говорить только тогда, когда убедитесь, что он уже закончил свою мысль.

Не пытайтесь ускорить разговор. Уделяйте на беседу достаточное количество времени. Если вы ограничены во времени, то извинившись, договоритесь об общении в другое время или привлечите к диалогу другого сотрудника.

Смотрите в лицо собеседнику, поддерживайте визуальный контакт. Концентрируйтесь на беседе, это позволит вам лучше разобрать произносимые собеседником фразы, слова, слоги.

Не думайте, что речевые затруднения – показатель низкого уровня интеллекта человека. Старайтесь задавать вопросы, которые требуют коротких ответов или кивка. Не притворяйтесь, если вы не поняли, что вам сказали.

Не стесняйтесь переспросить. Если вам снова не удалось понять, попросите произнести слово в более медленном темпе, возможно, по буквам или воспользоваться письменным общением (написать, напечатать).

7. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ТРЕНИРОВОЧНОГО ПРОЦЕССА В АДАПТИВНОМ СПОРТЕ

Психологические знания демонстрируют свою необходимость в структуре базовой теоретической подготовки специалистов по физической культуре, спорту и туризму. Эффективность работы специалиста в сфере физической культуры, тренера в значительной степени зависит от наличия у них психологических знаний и умений. Организовать тренировочный процесс тренеру, процесс физического воспитания преподавателю физической культуры, обеспечить успешное выступление спортсменов на соревнованиях невозможно без знаний психологических закономерностей в поведении человека в различных ситуациях. Все это говорит о необходимости систематического изучения психологии как важного предмета для специалистов, работающих с людьми.

Знание психологических аспектов тренировочного процесса в спорте (адаптивном спорте) связано со следующими действиями: 1) направленное содействие развитию у спортсменов профессионального сознания и мышления; 2) включение в процесс физического воспитания и спортивной деятельности на всех этапах подготовки спортсмена; 3) проявление творческого подхода в тренировочной деятельности; 4) формирование у спортсмена необходимых умений при использовании психологического знания в области обучения и воспитания.

Непрерывное совершенствование общепрофессиональных и профессиональных компетенций тренерского состава невозможно без знаний психологических особенностей спортсменов с ограниченными возможностями здоровья и должно быть направлено на освоение новых научно-практических знаний, знакомство с современными методиками психофизиологического контроля функционального состояния и уровня функциональной подготовленности спортсменов в адаптивном спорте, совершенствование умений планировать тренировочный процесс по видам адаптивного спорта.

дополнительным стимулом к повышению двигательной активности, что следует учитывать при планировании тренировочного процесса.

Анализ литературы по различным психологическим аспектам адаптивного спорта позволяет выделить следующие мотивы занятий адаптивной физической культурой и спортом, знание которых могут помочь составить тренеру детальный психологический портрет спортсмена с инвалидностью:

1. Внутренние и внешние.

Внутренние мотивы исходят непосредственно из процесса занятий физическими упражнениями. Имеет значение начало возраст, в котором занятия спортом стали носить систематический (профессиональный) характер. Приносит ли занятия физическими упражнениями удовольствие от двигательной активности или происходит формирование мотива «на преодоление» своего заболевания (состояния)? Что побуждает (выступает внутренним мотивом) на дальнейшего занятия? Тренер или специалист в сфере адаптивной физической культуры должны стремиться к формированию внутренней мотивации у спортсменов.

Внешние мотивы лежат за пределами субъекта деятельности. В качестве внешних мотиваторов спортсмена могут быть учителя, родители, друзья, спортсмены-паралимпийцы и т.п., но в силу нестойкого влияния этих мотивов «созерцание не становится действием», эффективность воздействия внешних мотивов редко бывает высокой.

2. Осознаваемые и неосознаваемые.

Спортсмены, получившие инвалидность в детском возрасте, занимаясь физической культурой, спортом, зачастую не осознают, что послужило причиной заниматься этим видом деятельности, зачем им это нужно (неосознаваемые мотивы). По мере взросления учащихся или достижения результатов мотивы приобретают определенную осознанность, повышается значимость деятельности, происходит качественный переход и закрепление

Процессуальные мотивы реализуются в процессе занятий адаптивной физической культурой или адаптивным спортом: спортсмен удовлетворяет потребность в движениях, получает развитие физических качеств, эмоциональное подкрепление от процесса деятельности (азарт, соперничество, мышечные ощущения, приподнятость настроения, чувство удовлетворения от выполнения сложных упражнений и от победы). Формированию именно этой мотивации должно быть уделено постоянное внимание в ходе реализации подготовки. Результативные мотивы направлены на результат деятельности. В процессе занятий как физической культурой, так и спортом, личность стремится к какому-то результату, достигнуть который можно в течение длительных и систематических тренировок. Мотивы этой группы могут быть направлены на: 1) самосовершенствование (укрепление здоровья, улучшение телосложения, устранение ограничений, развитие физических и волевых качеств); 2) самовыражение и самоутверждение (стремление стать самостоятельным, развить ловкость или силу, «быть как все», выступать в спортивных соревнованиях и т. п.). Мотивы, направленные на результат деятельности, возникают под влиянием внутренних факторов (самооценки, убеждения, желания и др.). Укрепление их обусловлено достигаемыми результатами. Формированию таких мотивов в большей мере способствуют занятия в спортивных секциях, где спортивное соревнование является необходимым компонентом.

Учитывая всю важность влияния физических упражнений на организм человека и вероятность наступления инвалидности в любом возрасте, необходимо с первых лет обучения в образовательных организациях формировать в детском возрасте мотивы к занятию физической культурой, а при наступлении инвалидности с детства – адаптивной физической культурой.

Для формирования и закрепления всех перечисленных мотивов рекомендуется:

- 1) обеспечить доступность архитектурной среды на спортивных объектах, образовательных организациях для занятий адаптивной физической культурой;

1. Занятия адаптивной физической культурой и спортом должны носить общественно полезный характер. Занимающиеся обязаны осознавать, что результаты их спортивной деятельности имеют определенную общественную ценность, приносят пользу коллективу (стране). Занятия спортом – не только укрепление здоровья и развитие личности спортсмена, но и решение важной государственной задачи – развитие адаптивного спорта.

2. Главным результатом спортивной деятельности должен быть педагогический компонент, а не биологический. Спорт должен использоваться не просто для развития физических качеств, а для их разумного применения (адаптации, реабилитации). С помощью физических упражнений должны развиваться и интеллектуальные способности, нравственные качества, на основе которых совершенствуются волевые и физические качества.

3. Спортивная деятельность должна быть инициативной и творческой. В этом случае у занимающихся формируется самостоятельное принятие учебных задач за собственные, что будет способствовать формированию личности.

4. Если у занимающихся сформирован глубокий и устойчивый интерес к спорту, то это уже залог его воспитательного воздействия. Любовь к спорту заставляет занимающихся отказываться от вредных привычек и воспитывать у себя многие личностные положительные качества. Особенно важно сформировать интерес к спорту у начинающих спортсменов, так как их спортивная деятельность не всегда мотивируется осознанием её действительной или предстоящей общественной важности.

5. Используемые в спортивной деятельности наказания не должны вызывать у занимающихся отвращения к спортивному наставнику и самой деятельности. Прежде чем применить какое-либо наказание, тренер (преподаватель) должен точно знать, какова будет реакция его воспитанника. В противном случае могут возникнуть нежелательные последствия (неприязнь к тренеру (преподавателю), уход из команды (секции), уход из

выполнению любого физического упражнения (техники бега, прыжка, бросок или прием мяча и т.д.). Признаками волевых действий являются:

- наличие побуждения к совершению действия;
- осознание возникшей и требующей своего удовлетворения потребности;
- представление цели действия, его конечного результата;
- представление средств, необходимых для достижения намеченной цели;
- намерение и решение осуществлять данное действие. При этом различают такие виды решений: а) привычное (принимается без размышлений и колебаний); б) без достаточного основания (принимается как попытка выйти из создавшегося положения); в) осознанное решение, осуществляемое на основе тщательного анализа всех обстоятельств;

– волевые усилия выражаются в побуждении человека действовать, несмотря на возникшие трудности и препятствия объекта;

– выполнение принятого решения осуществляется путем рабочих операций с помощью намеченных средств.

Перед выполнением, а также в процессе выполнения физических упражнений у человека возникает определенное психическое состояние, так называемое волевое усилие – состояние внутренней психической напряженности человека, возникшее в связи с необходимостью преодоления трудностей.

Необходимо учитывать степень ограничений здоровья спортсмена при выполнении физических упражнений, т.к. в разной степени участвуют в суммировании его физической активности неодинаковые по своей значимости волевые усилия (в каждом конкретном случае), связанные:

- а) с мышечным напряжением;
- б) с напряжением внимания;
- в) с преодолением усталости и неблагоприятных эмоциональных состояний.

т.е. необязательно все волевые качества могут быть высоко развиты даже у высококвалифицированных спортсменов.

Основное значение психолого-педагогических знаний тренера (преподавателя) – повышение эффективности тренировочного процесса – невозможно без изучения психологических закономерностей формирования у отдельных спортсменов и команд спортивного мастерства и качеств, необходимых для участия в соревнованиях, а также разработка психологически обоснованных методов тренировки и подготовки спортсменов к соревнованиям.

Тренер (преподаватель) должен учитывать мнение спортивных психологов (быть самостоятельно подготовлен к решению) следующих конкретных задач:

1. Изучение влияния спортивной деятельности на психику спортсменов:

а) психологический анализ соревнований (общий и конкретный по отдельным видам спорта);

б) выявление характера влияния соревнований на спортсменов;

в) определение требований, предъявляемых соревнованиями к психике спортсмена;

г) определение (совместно с другими специалистами спортивной команды) совокупности моральных, волевых и других психологических качеств, необходимых спортсменам для успешного выступления на соревнованиях;

д) психологический анализ условий тренировочной деятельности и спортивного быта с целью поиска таких форм организации, которые способствуют формированию у спортсменов и команд требуемых психологических качеств.

2. Разработка психологических условий повышения эффективности спортивной тренировки:

– раскрытие внутренней структуры спортивного мастерства, механизмы и закономерности развития и совершенствования всех его компонентов;

– пути формирования специальных знаний, умений и навыков спортсмена;

в) психологическое описание отдельных видов спорта (психограмм), методов психодиагностики спортивных способностей, социальной структуры и психологического климата команды;

г) моделирование соревновательной обстановки в условиях тренировок, выявления психологических факторов, сближающих условия тренировок с условиями соревнований.

3. Разработка психологических основ предсоревновательной подготовки спортсменов и учет:

а) функционирования психики в условиях соревнований и разработку методов повышения устойчивости и надежности соревновательной деятельности;

б) состояний, развивающихся в предсоревновательных и соревновательных условиях, регулирование неблагоприятных психических состояний;

в) психопрофилактики, формирование приемов, способов и путей психологической закалки спортсменов, повышения их устойчивости к психотравмирующим воздействиям;

г) психолого-педагогического обеспечения подготовки спортсменов к соревнованиям на различных этапах многолетней спортивной тренировки.

4. Разработка оптимальных психологических условий, снижающих травматизм, переутомление, предупреждающих профессиональные заболевания и причинение вреда личности спортсменов:

а) психологические закономерности формирования динамического равновесия в системе «субъект спортивной деятельности – спортивная среда»;

б) учет структуры мотивов спортивной деятельности, закономерностей формирования и перестройки этой структуры в процессе спортивного совершенствования в различных видах спорта;

в) психологические проблемы отбора и спортивной ориентации (определение пригодности личности к конкретному виду спорта и перспектив её развития в условиях занятий им способствует более полному раскрытию спортивных талантов);

а) механизмы формирования внутригрупповых, коллективных феноменов (чувств, установок, традиций и т.п.), а также разработка методов управления ими в целях создания благоприятного психологического климата в спортивных командах;

б) психологические аспекты и закономерности межличностного общения в спортивных командах и разработка критериев психологической совместимости спортсменов;

в) выявление социально-психологических мотивов поведения и деятельности спортсменов;

г) изучение роли личности тренера и влияния стиля руководства на успешность деятельности и психологию спортивной команды, разработка путей и методов укрепления авторитета тренера, спортивного педагога, капитана команды.

б. Изучение психологических аспектов воспитания спортсменов:

а) изучение структуры и законов функционирования мотивационной сферы спортсменов;

б) разработка методов и путей формирования устойчивых социально значимых мотивов поведения спортсменов.

В тренировочном процессе в адаптивном спорте, с одной стороны, необходимо понимать, что спортсмен имеет ограниченные возможности здоровья и что спортивная деятельность является сферой проявления возможностей человека, с другой стороны, спортивная деятельность направлена на удовлетворение потребностей общества.

Психика, сознание человека, личность в целом не только проявляются, но и формируются в процессе спортивной деятельности. Постоянные тренировочные занятия, участие в спортивных соревнованиях развивают функции (психические, физические), лежащие в основе спортивной деятельности, как и в любой другой. Человек создает сам себя: о нем судят по его выступлениям, по его активности в спорте.

Участие и активность человека в спортивной деятельности обусловлены

спортивной деятельности, то в спорте высших достижений этот фактор становится обязательным.

Психологическое обеспечение тренировочного процесса невозможно без создания психологических предпосылок, обеспечивающих успешность тренировочной деятельности спортсмена. Для достижения этой цели работа по психологическому обеспечению включает следующие направления:

1) психодиагностика, которая предусматривает выявление и изучение:

- исходного уровня развития психических процессов, обеспечивающих успешность в конкретном виде спорта;
- индивидуально-психологических особенностей занимающихся (характер, темперамент, способности);
- психических состояний в тренировочной деятельности (доминирующих и актуальных);
- характера взаимоотношений между спортсменами и между тренером и спортсменами.

По результатам диагностики спортсмену и тренеру даются рекомендации:

- по комплектованию спортивных групп на основе психологической совместимости и успешности совместной работы партнеров;
- для занятий в том виде спортивной деятельности, к которой спортсмен более всего предрасположен и добьется в нем высоких результатов;
- по организации индивидуального подхода при обучении спортсменов, планировании объема и интенсивности тренировочных нагрузок, вида спортивных упражнений в связи с состоянием спортсмена;
- по управлению взаимоотношениями в спортивной команде;
- по развитию необходимых психических процессов, волевых качеств;

2) формирование оптимальной структуры спортивной мотивации

- удовлетворение актуальных потребностей спортсмена;
- формирование ценностного отношения к занятиям спортом;
- предотвращение возможных неудач при занятиях спортом;
- обеспечение эмоционального удовлетворения спортсменов при занятиях спортом;
- предотвращение у занимающихся неблагоприятных психических состояний (монотонии, психического пресыщения, страха и др.);

3) развитие и совершенствование психических функций, свойств и профессионально важных качеств, обеспечивающих успешность тренировочной деятельности

Целью данного раздела работы психологического обеспечения тренировочного процесса является развитие (формирование) и совершенствование тех психических функций, свойств и профессиональных качеств, которые являются ведущими в том или ином виде спортивной деятельности:

- свойств внимания (концентрации, переключения, распределения) в зависимости от их значимости в спортивной деятельности;
- ощущений (мышечно-двигательных, зрительных, вестибулярных) в зависимости от их значимости в спортивной деятельности;
- представлений движений (идеомоторная тренировка);
- воображения, необходимого для овладения психорегуляцией;
- результативности (как качества личности) спортивной деятельности;
- адекватной самооценки своей подготовленности;
- помехоустойчивости;
- эмоциональной устойчивости;
- умений управлять своим состоянием, поведением, деятельностью;

4) формирование психологической структуры спортивной деятельности

Работа психолога, тренера со спортсменами по данному направлению

– анализ значимых условий спортивной деятельности с поиском причин неудач и успеха, их объяснением;

– обучение спортсменов идеомоторной тренировке и побуждение их к ее использованию на занятиях;

– побуждение спортсменов к качественному выполнению тренировочных заданий;

– обучение спортсменов самостоятельному формированию состояния психической готовности к выполнению физических упражнений;

– обучение спортсменов самоконтролю за состоянием, поведением, выполнением движений. Самоконтроль выступает как элемент контрольно-оценочного компонента деятельности спортсмена;

– формирование у спортсменов представления об объективных и субъективных признаках оптимального боевого состояния;

– обучение спортсменов использованию психологических знаний при развитии физических качеств и при освоении техники спортивных упражнений – осуществление интеграции психологической подготовки с физической и технической;

– обучение и побуждение спортсменов к систематическому анализу результатов тренировочных занятий;

– обеспечение восстановления работоспособности спортсменов в процессе тренировочных занятий и по их окончании с использованием психологических (психорегулирующая тренировка) и физических средств.

Таким образом, методология системного психологического анализа в спортивной деятельности, способствующая выполнению требований комплексного решения проблем физического воспитания и спорта, становится неотъемлемой частью работы тренера (преподавателя), но не стоит забывать о важности внутренней психологической работы спортсмена и обучение психорегуляции, которое следует начинать уже на этапе начальной спортивной специализации, т.к. в это время начинается накопление

5) восстановление психической работоспособности после тренировок и соревнований;

6) повышение устойчивости к воздействию стресс-факторов.

Для формирования навыков психической саморегуляции у спортсменов на этапе начальной спортивной специализации предлагается базовая часть обучения психорегуляции, которая состоит из подготовительного и основного этапов.

Подготовительный этап предусматривает проведение групповых бесед для формирования у занимающихся необходимых знаний и умений, совершенствование психических функций, обуславливающих развитие умений психорегуляции. К таким функциям относятся концентрация, устойчивость, распределение и переключение внимания; мысленные представления; воображение; ощущения. Для развития этих функций рекомендуются психотехники, предлагаемые в научно-методической литературе.

Основной этап, предполагающий развитие умений к расслаблению, успокоению и мобилизации с использованием приемов психорегулирующей тренировки. Базовая часть обучения психорегуляции необходима спортсменам независимо от вида спорта.

На этапе углубленной спортивной специализации формирование умений психорегуляции осуществляется с использованием средств базовой и индивидуально-специализированной частей обучения психорегуляции. Разрабатываются индивидуальные варианты обучения с учетом вида спорта, индивидуально-психологических особенностей, а также особенностей поведения и психического состояния спортсмена на соревнованиях.

Предлагаемые здесь варианты обучения не исключают разработки других (в связи с многогранностью ситуаций в спорте) и возможного реагирования на них.

Мобилизующий вариант – основная установка этого варианта на максимальную мобилизацию. Рекомендуется: в спортивных играх для спортсменов атакующего амплуа; в видах спорта с проявлением максимальной силы для спортсменов, не умеющих мобилизовать себя на проявление максимального усилия; в легкой атлетике для

Технический вариант – установка на техническую сторону выполняемых действий. Данный вариант рекомендуется для спортсменов с нестабильной техникой и её нарушениями во время игры, боя, выполнения упражнений в гимнастике, акробатике и т.п. Нестабильная техника проявляется, как правило, у спортсменов, характеризующихся неуверенностью, тревожностью, возбудимостью и т.п.

Сосредотачивающий вариант – с установкой на сосредоточенность и собранность спортсмена на выполняемых действиях. Рекомендуется спортсменам с неустойчивым вниманием, легко отвлекающимся. Данный вариант приемлем во всех видах спортивной деятельности.

Антиагрессивный вариант – с установкой на снятие агрессии и предупреждение агрессивного поведения по отношению к противнику. Рекомендуется спортсменам, характеризующимся сильной нервной системой, неуравновешенностью, завышенной самооценкой и склонным к проявлению агрессивного поведения.

Социально-независимый вариант – с установкой на самостоятельность и независимость от окружающих. Рекомендуется для спортсменов различных видов спорта, характеризующихся социальной зависимостью от мнений и оценок окружающих, преобладанием ожидания неодобрения со стороны тренера, товарищей по команде, судей и т.д.

Реалистический вариант – с установкой на адекватную оценку своих способностей и постановку реально достижимых целей в спорте. Рекомендуется спортсменам, характеризующимся завышенной самооценкой, преобладанием потребностей в самоутверждении неподкрепленной возможностями.

Восстановительно-мотивационный вариант – с установкой на оптимизацию после соревновательного состояния спортсмена. Рекомендуется для спортсменов с преобладанием длительного неблагоприятного состояния после соревнования, характеризующегося бессонницей, снижением мотивации, чувством усталости,

8. ОКАЗАНИЕ СИТУАЦИОННОЙ ПОМОЩИ СПОРТСМЕНАМ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ.

РАБОТА ВОЛОНТЕРОВ


В соответствии со статьей 15 Федерального закона № 181-ФЗ во всех организациях, независимо от их организационно правовых форм, должно быть организовано:

– сопровождение инвалидов, имеющих стойкие расстройства функций зрения и самостоятельного передвижения, и оказание им помощи на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур (приложение 2);

– оказание работниками организаций, предоставляющих услуг населению, помощи инвалидам в преодолении барьеров, мешающих получению ими услуг наравне с другими лицами.

Приказом Минтруда России от 13.06.2017 № 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм» определены виды помощи, в которых нуждается инвалид (ребенок-инвалид). Виды помощи для преодоления барьеров, препятствующих ему в получении услуг на объектах, представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Виды помощи, в которых нуждается инвалид (ребенок-инвалид) для преодоления барьеров, препятствующих ему в получении услуг на объектах

№ пп	Виды помощи	Категория инвалида (буквенное отображение)	Графическое изображение
1	Помощь инвалиду, имеющему выраженные, значительно выраженные ограничения в передвижении на объектах	Инвалиды, передвигающиеся на креслах-колясках	

3	Помощь инвалиду по зрению – слабовидящему на объектах	Инвалиды с частичной потерей зрения	
4	Помощь инвалиду по зрению – тотально незрячему на объектах	Инвалиды с полной потерей зрения	
5	Обеспечение допуска на объекты собаки-проводника при наличии документа		
6	Помощь инвалиду по слуху – слабослышающему	Инвалиды с частичной потерей слуха	
7	Помощь инвалиду по слуху – тотально глухому	Инвалиды с полной потерей слуха	
8	Представление инвалиду по слуху услуги с использованием русского жестового языка, включая обеспечение допуска сурдопереводчика		
9	Предоставление инвалиду, имеющему одновременно нарушения функций слуха и зрения, услуг тифлосурдопереводчика, включая обеспечение его допуска	Инвалиды с полной потерей зрения Инвалиды с полной потерей слуха	 
10	Оказание необходимой помощи инвалиду, имеющему интеллектуальные нарушения, в уяснении порядка предоставления и получения услуги, в оформлении документов, в совершении им других необходимых для получения услуги действий	Инвалиды с ментальными нарушениями	

профессиональной подготовки по профессии рабочих, служащих «Ассистент по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья» без предъявления требований к стажу работы. Не допускаются лица, имеющие или имевшие судимость за преступления, состав и виды которых установлены статьей 352.1 Трудового кодекса Российской Федерации.

В должностной инструкции ответственного за оказание ситуационной помощи должны быть указаны функции оказания помощи инвалидам по следующим направлениям:

- при нарушении способности к самообслуживанию;
- при нарушении способности к передвижению;
- при нарушении способности к ориентации;
- при нарушении способности к общению.

При необходимости оказание ситуационной помощи может быть возложено на всех сотрудников, которые могут взаимодействовать с инвалидами. В должностные инструкции работников также должны быть внесены функции по оказанию помощи в рамках своих полномочий.

Примерный перечень функций, которые необходимо указать в должностной инструкции, приведен в приложении 3.

Оказание помощи инвалидам с помощью технических устройств (шагающий лестничный подъемник, подъемная платформа, лифт и др.) осуществляется обученным сотрудником. Запись об обучении пользованию техническим устройством должна быть зафиксирована в журнале, соответствующие трудовые функции внесены в должностную инструкцию.

Для обеспечения доступа инвалидов наравне с другим населением к услугам, предоставляемым организациями, необходимо осуществлять оказание ситуационной помощи во взаимодействии со всеми сотрудниками организации. Примерный

коляске, узкие дверные проемы, коридоры, отсутствие посторонней помощи при преодолении препятствий (при необходимости) и другие физические и информационные барьеры.

Для спортсменов-инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата барьерами различной степени выраженности могут быть:

1) для лиц, передвигающихся самостоятельно с помощью тростей, костылей, опор, – пороги, ступени, неровное, скользкое покрытие, неправильно установленные пандусы, отсутствие поручней, отсутствие мест отдыха на пути движения и другие физические барьеры;

2) для лиц, не действующих руками, – препятствия при выполнении действий руками (открывание дверей, снятие одежды и обуви и т.д., пользование краном, клавишами и др.), отсутствие помощи на объекте социальной инфраструктуры для осуществления действий руками.

Для спортсменов-инвалидов с нарушениями зрения барьерами различной степени выраженности могут быть отсутствие тактильных указателей, в том числе направления движения, информационных указателей, преграды на пути движения (стойки, колонны, углы, стеклянные двери без контрастного обозначения и др.); неровное, скользкое покрытие, отсутствие помощи на объекте социальной инфраструктуры для получения информации и ориентации и др.

Для спортсменов-инвалидов с нарушениями слуха барьерами различной степени выраженности могут быть отсутствие зрительной информации, в том числе при чрезвычайных ситуациях на объекте социальной инфраструктуры, отсутствие возможности подключения современных технических средств реабилитации (слуховых аппаратов) к системам информации (например, через индукционные петли), электромагнитные помехи при проходе через турникеты, средства контроля для лиц с кохлеарными имплантами, отсутствие сурдопереводчика, тифлосурдопереводчика и

(спортивное волонтерство) реализуется в форме волонтерских клубов и отрядов спортивной и физкультурной направленности.

Отличительной чертой подготовки и реализации спортивного проекта/программы является привлечение и участие волонтеров, без которых сегодня не проходит ни одно крупное спортивное событие в стране. Процесс организации работы с волонтерами спортивного направления – это жестко регламентированный процесс, поэтапно составленный план дорожной карты и т.д.

Для участия волонтеров необходимо затратить материальные средства, но социальный эффект, произведенный за счет их деятельности, несоизмеримо выше этих вложений. Организация работы волонтеров требует определенной технологии, это особый вид менеджмента. При хорошей организации ценность работы, проделанной волонтерами, может намного превышать затраты на управление ими.

Волонтерская (добровольческая) деятельность при проведении соревнований, в которых участвуют спортсмены с инвалидностью, связана не только в самой организацией и (или) проведением физкультурных и спортивных мероприятий городского, регионального, федерального и международного уровней на территории Российской Федерации, но и в целом проектов или программ по популяризации спорта и пропаганде здорового образа жизни. Говоря о процессе институционализации спортивного волонтерства, стоит отметить, что к настоящему моменту он завершился формированием самостоятельного института, который теперь представляет собой важный элемент в структуре организации спортивных массовых мероприятий (приложение 5).

Основными направлениями развития добровольчества в сфере физической культуры и спорта являются:

– участие в организации и (или) проведении физкультурных мероприятий, спортивных мероприятий, в том числе олимпиад, паралимпиад, универсиад, чемпионатов, спартакиад,

которых могут быть полезны для создания новых и продвижения существующих проектов в этой сфере.

9. ОСОБЕННОСТИ ЭВАКУАЦИИ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ (ЧС)

Чрезвычайная ситуация (ЧС) на крупных объектах и в высотных зданиях, как правило, характеризуется значительным временем эвакуации людей из зоны поражения, большим временем развертывания спасательных подразделений, и, например, при пожаре – быстрым распространением пламени. Большинство людей становятся заложниками дыма, который помешал найти выход, а затем погибают от отравления продуктами горения. Существуют категории людей, которые чаще всего становятся жертвами задымленности: дети, пожилые люди и люди с ограниченными физическими и (или) ментальными способностями.

Предупреждение гибели маломобильных людей при пожарах и в других чрезвычайных ситуациях является наиболее важной задачей при определении критериев безопасности объекта. Организация эвакуации маломобильных групп населения (МГН) на спортивных объектах и других местах массового пребывания ложится на плечи персонала и предъявляет повышенные требования к его подготовке, особенно физической, и к аварийно-спасательному оборудованию – индивидуальным средствам эвакуации и спасения, с помощью которых персонал сможет доставить МГН по горизонтальным и вертикальным путям эвакуации к эвакуационным или к аварийным выходам

С практической точки зрения создание путей эвакуации для МГН очень трудоемко. Дело в том, что на практике важно не только продумать и создать пути экстренного выхода для инвалидов, но и обеспечить все необходимые условия для их легкой и безопасной эвакуации из здания в случае появления опасности. От тщательности этих мероприятий в конечном итоге могут зависеть жизни людей. В СП 59.13330.2020 сказано, что проектные решения зданий и сооружений должны обеспечивать безопасность посетителей в соответствии с требованиями Ф3-123 «Технический регламент о

Каждый спортивный объект, здание, сооружение или строение должно иметь объемно-планировочное решение и конструктивное исполнение эвакуационных путей, обеспечивающих безопасную эвакуацию людей при пожаре. Это установлено пунктом 1 статьи 53 Технического регламента о требованиях пожарной безопасности, утвержденного Федеральным законом от 22.07.2008 № 123-ФЗ.

В мировой практике сложился подход, когда готовность к экстренной эвакуации находится в списке приоритетов каждого руководителя спортивной организации. При невозможности безопасной эвакуации людей должна быть обеспечена их защищенность посредством применения систем коллективной защиты. Для обеспечения безопасной эвакуации людей следует:

- установить в необходимых количествах, размерах и соответствующем конструктивном исполнении эвакуационные пути и эвакуационные выходы;
- предусмотреть беспрепятственное движение людей по эвакуационным путям и через эвакуационные выходы;
- организовать оповещение и управление движением людей по эвакуационным путям (в том числе с использованием световых указателей, звукового и речевого оповещения).

Такие условия перечислены в пункте 2 статьи 53 Технического регламента о требованиях пожарной безопасности.

Эвакуация представляет собой процесс организованного самостоятельного движения людей из помещений, в которых имеется возможность воздействия на них опасных факторов пожара, в безопасную зону. Она осуществляется по путям эвакуации через эвакуационные выходы. Согласно статье 15 Федерального закона от 22.07.2008 № 123-ФЗ для эвакуации групп населения с ограниченными возможностями со всех этажей зданий допускается предусматривать безопасные зоны вблизи лифтов, предназначенных для МГН, и (или) на лестничных клетках. При этом к указанным

скорости передвижения и высокой утомляемости. Поэтому безопасную зону в здании следует проектировать в случае, если по расчету маломобильные группы населения не успевают при пожаре добраться до выхода из здания. Таким образом, эвакуация МГН должна производиться как в горизонтальном направлении до безопасных зон или до эвакуационных выходов, так и в вертикальном направлении, в основном по лестничным маршам.

Следует отметить, что планирование экстренной эвакуации МГН требует времени и усилий, оно обеспечивает возврат инвестиций с точки зрения повышения безопасности посетителей / спортсменов с инвалидностью и лучшего управления рисками.

Тщательная подготовка учреждения и персонала к реальной экстренной эвакуации обеспечит надлежащую заботу и защиту всем заинтересованным лицам (посетителям спортивного сооружения, обслуживающему персоналу, спортсменам и тренерскому составу). Разработка плана экстренной эвакуации МГН поможет сохранить безопасность посетителей / спортсменов с инвалидностью во время чрезвычайной ситуации и, что не менее важно, повысить заинтересованность персонала и руководства. Список природных и техногенных катастроф очень велик и может варьироваться в зависимости от местоположения, типа, возраста и состояния здания, а также от окружающего климата. На этом этапе для каждого типа уязвимости рассматривается наихудший сценарий. Одной из критических ошибок, допущенных на этом этапе, является недооценка рисков, связанных с географическим стихийным бедствием. Чтобы наилучшим образом оценить эти уязвимости, руководство организации должно быть в курсе факторов, которые могут повлиять на регион, и планировать наихудший сценарий. Определение уязвимости объекта к техногенным катастрофам, таким как пожары, террористические атаки и перебои в подаче электроэнергии, является гораздо более сложной задачей из-за непредсказуемого характера этих событий. Но все эти факты также необходимо учитывать при разработке плана экстренной эвакуации учреждения.

числе среднесуточную численность посетителей объекта МГН и работников по этажам, планировку и места нахождения МГН, количество и расположение горизонтальных и вертикальных путей эвакуации и эвакуационных выходов, наличие и расположение зон безопасности, если они есть, и т.д. Эти факторы наряду с эвакуационными планами будут определять, сколько аварийно-спасательного оборудования для эвакуации МГН потребуется при правильной эвакуации всего объекта. Определение количества необходимого оборудования может определяться производителем такого оборудования, но предлагаемые рекомендации должны согласовываться с командой планирования аварийной эвакуации данной спортивной организации.

Состояние рассматриваемой группы людей (МГН), не позволяющее им передвигаться самостоятельно, предопределяет единственный способ их защиты от воздействия опасных факторов пожара, это спасение их при помощи посторонних людей, в частности, специально обученного персонала. В действительности же организация эвакуации посетителей спортивных объектов предъявляет повышенные требования к подготовке персонала, особенно физической, и к оборудованию – индивидуальным средствам эвакуации и спасения, с помощью которых персонал сможет доставить МГН к эвакуационным или аварийным выходам.

Как только команда поймет, какое количество оборудования необходимо для эвакуации, наступит время определить тип необходимого оборудования для эвакуации МГН в организации и возможности персонала, чтобы правильно сделать выбор наиболее подходящего аварийно-спасательного оборудования для данного учреждения.

1. Устройства для переноски требуют, чтобы пользователь физически поднимал и переносил спортсмена с инвалидностью. Эти устройства могут создавать дополнительные риски для сотрудников во время эвакуации. Устройства для переноски обычно используются только профессионалами, такими как пожарные или спасатели, которые имеют обширную подготовку. Но пока пожарные не приехали, все эти функции

3. Носилки-волокуши требуют значительно меньших усилий для перемещения МГН посетителей / спортсменов с инвалидностью. Эвакуационные носилки-волокуши позволяют безопасно перемещать по горизонтали и вертикали вниз по лестнице даже спортсмена, вес которого в два-три раза больше веса сотрудника, осуществляющего эвакуацию. Если это необходимо, они служат для эвакуации маломобильных спортсменов из зоны пожара в зону безопасности или к выходу по горизонтальным путям и по лестничным маршам. Перемещение осуществляется скольжением волокуш по полу и лестницам с помощью персонала. Подходят для помещений и проходов с ограниченными размерами, труднодоступных мест.

При эвакуации время является критически важным активом, который не следует тратить впустую, ожидая, когда эвакуационное оборудование будет доставлено из хранилища в подвале. Как правило, оборудование должно быть развернуто для каждого подразделения. Даже на одном этаже должно быть несколько мест для хранения аварийно-спасательного оборудования. Его размещение зависит от планировки этажа (выходы, противопожарные двери и т.д.).

Общим недостатком большинства планов эвакуации является недооценка потребностей в рабочей силе при проведении эвакуационных мер. По этой причине очень важно проводить оценку рабочей силы для каждой смены работы организации. Основными факторами при определении рабочей силы, необходимой для эвакуации учреждения, являются количество МГН-посетителей / спортсменов, количество эвакуационного оборудования под рукой, количество этажей в здании и выходы, которые будут использоваться во время эвакуации, так называемый протокол выхода. Это особенно важно, если план эвакуации требует, чтобы на лестничных клетках была создана специальная бригада персонала для перемещения МГН посетителей / спортсменов с инвалидностью вниз по лестнице.

10. СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Бегидова, Т.П. Основы адаптивной физической культуры [Электронный ресурс]: учебное пособие для вузов / Т. П. Бегидова. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2020. – 191 с. – (Высшее образование). – Режим доступа: <http://www.biblio-online.ru/bcode/454085>
2. Брискин, Ю.А. Адаптивный спорт / С.П. Евсеев, А.В. Передерий; Ю.А. Брискин. – Москва : Советский спорт, 2010. – 159 с. : ил. – (Спорт без границ). – ISBN 978-5-9718-0460-4 –Режим доступа: URL: <https://rucont.ru/efd/187913> (дата обращения: 31.08.2022)
3. Горлова Н.И. Мир спортивного волонтерства. – М.: ГБУ города Москвы «Мосволонтёр», 2018. – 108 с.
4. Евсеев, С.П. Адаптивный спорт : настольная книга тренера / С. П. Евсеев. – Москва : Принлето, 2021. – 599 с. : ил. – Библиогр.: с. 595-599. – ISBN 978-5-6046191-8-6
5. Евсеев, С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры [Электронный ресурс]: учебник / С. П. Евсеев. – Москва: Издательство «Спорт», 2016. – 616 с. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/55593.html>
6. Евсеева, О.Э. Технологии физкультурно-спортивной деятельности в адаптивной физической культуре [Электронный ресурс]: учебник / О. Э. Евсеева, С. П. Евсеев; под редакцией С. П. Евсеев. – Москва: Издательство «Спорт», 2016. –384 с. – Режим доступа: <http://www.iprbookshop.ru/55569.html>
7. Ильин, Е.П. Дифференциальная психофизиология физического воспитания и спорта. – Л. : ЛГПИ, 1979. – 84 с.
8. Ильин, Е.П. Психология физического воспитания : Учеб. для ин-тов и фак. физ. культуры / Е. П. Ильин; Рос. гос. пед. ун-т им. А. И. Герцена. – СПб. : Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2000. – 486 с. : ISBN 5-8064-0181-2

12. Нарциссова, С.Ю. и др. Адаптивные спорт: развитие и организация : учебное пособие / С.Ю. Нарциссова, С.И. Бочкарева, Н.Е. Копылова, Т.П. Высоцкая, А.Г. Ростеванов, С.П. Голубничий. Под общ. ред. С.Ю. Нарциссовой. – М. Академия МНЭПУ. – 2020. – 212 с.

13. Психология физического воспитания и спорта [Текст] : учебник для студентов учреждений высш. образования, обучающихся по направлению подготовки «Педагогическое образование», профиль «Физическая культура» / [А. В. Родионов и др.] ; под ред. А. В. Родионова, В. А. Родионова. – Москва : Академия, 2016. – 318 ISBN 978-5-4468-1574-6

14. Ростомашвили, Л. Н. Адаптивная физическая культура в работе с лицами со сложными (комплексными) нарушениями развития [Электронный ресурс]: учебное пособие / Л. Н. Ростомашвили. – Москва: Советский спорт, 2015. – 164 с. – Режим доступа: <https://e.lanbook.com/book/69850>

15. Рубцов, А. В. Адаптивный спорт : учебное пособие / А. В. Рубцов. - М., 2018. – 176 с. – (Учебники и учебные пособия для студентов высших учебных заведений). – Библиогр.: с. 174-177. – ISBN 978-5-00129-020-9

16. Самошин Д.А., Истратов Р.Н. Оценка уровня противопожарной подготовки сотрудников медико-реабилитационного учреждения на примере персонала больниц // Пожаровзрывобезопасность. – 2013. – Т. 22, № 4. – С. 52–56.

17. Синельникова, Т.В. Адаптивная физическая культура для лиц с нарушением интеллектуального развития [Электронный ресурс]: учебное пособие: [16+] / Т.В. Синельникова, Л.В. Харченко; Министерство образования и науки РФ, Омский государственный университет им. Ф. М. Достоевского. – Омск: Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского, 2018. – 120 с.: табл. – Режим доступа: <http://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=563136>

18. Холщевников В.В., Самошин Д.А., Истратов Р.Н. Эвакуация людей с

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Список примерных тем для инструктирования сотрудников
по вопросам, связанным с обеспечением доступности для инвалидов
услуг и объектов

Ситуация	Форма инструктажа	Задача инструктажа	Тема
Первичный инструктаж			
При приеме на работу	Индивидуальный	Информирование о порядке работы, об ответственных лицах, о задачах по оказанию помощи инвалидам; ознакомление с содержанием должностных обязанностей сотрудников по обеспечению доступности для инвалидов объектов (помещений) и услуг в организации	Порядок взаимодействия сотрудников организации при предоставлении услуг инвалиду. Содержание должностных обязанностей сотрудников. Правила и порядок эвакуации граждан на объекте организации, в том числе маломобильных в экстренных случаях и чрезвычайных ситуациях. Основные правила и способы информирования инвалидов, в том числе граждан, имеющих нарушения функций слуха, зрения, умственного развития
Повторный инструктаж			
По истечении 6 месяцев после первичного инструктажа	Коллективный	Закрепление навыков обеспечения доступности, оказания ситуационной помощи инвалидам	Тематика первичного инструктажа. Техника сопровождения инвалидов различных категорий
Внеплановый инструктаж			
		Информирование о	

<p>неисполнении сотрудниками обязанностей по оказанию помощи инвалидам и</p>		<p>эффективной коммуникации с инвалидами; обсуждение нарушений требований доступности организации и оказываемых услуг, оказания помощи инвалидам; выработка мер по недопущению подобных случаев нарушений обязанностей</p>	<p>предоставлении услуг инвалиду. Правила эффективной коммуникации и взаимодействия с различными категориями инвалидов</p>
<p>При приобретении нового оборудования</p>	<p>Индивидуальный</p>	<p>Ознакомление с порядком эксплуатации технических средства обеспечения доступности, включая требования безопасности</p>	<p>Технические средства обеспечения доступности, порядок их эксплуатации, включая требования безопасности</p>
<p>При введении новых услуг, новых форм обслуживания, новых объектов</p>	<p>Коллективный</p>	<p>Информирование о перечне предоставляемых инвалидам услуг в организации; формах и порядке их предоставления</p>	<p>Порядок взаимодействия сотрудников организации социального обслуживания при предоставлении услуг инвалиду</p>
<p>При принятии новых документов</p>	<p>Коллективный</p>	<p>Информирование/о требованиях законодательства, нормативных правовых документов по обеспечению доступности для инвалидов объектов социальной, инженерной и транспортной инфраструктур и услуг</p>	<p>Требования законодательства, нормативных правовых документов по обеспечению доступности для инвалидов объектов социальной, инженерной и транспортной инфраструктур и услуг</p>

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Приказ о назначении ответственных сотрудников
за организацию и проведение работы в *(наименование организации)*
по обеспечению доступности объектов и услуг для инвалидов / ситуационного
сопровождения инвалидов и МГН (примерный)

Наименование организации

ПРИКАЗ №

г. « ____ » _____ 20__ г.

О назначении ответственных сотрудников
за организацию работы по обеспечению доступности
объекта и услуг для инвалидов и МГН

В соответствии с Федеральным законом от 24.11.1995 № 181-ФЗ
«О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» в целях обеспечения
беспрепятственного доступа инвалидов к объектам социальной инфраструктуры и
соблюдения требований доступности для инвалидов организации _____ и
предоставляемых услуг

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Определить местом доступа инвалидов в здание организации и в случае
наступления чрезвычайной ситуации эксплуатировать запасный выход № 2
(расположенный на _____).

2. Обеспечить доступ инвалидов в здание организации в соответствии с его
режимом работы с до

3. Возложить обязанности по организации работы по обеспечению доступности
объекта и услуг для инвалидов, инструктажу персонала и контролю за соблюдением
сотрудниками требований доступности для инвалидов в организации на _____
(Ф.И.О., должность).

4. Назначить ответственными за организацию работы по обеспечению доступности
объекта (закрепленных помещений) и услуг для инвалидов в структурных подразделениях
организации следующих сотрудников:

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Примерный перечень функций сотрудников

по обеспечению доступности для инвалидов объектов (помещений) и услуг в организации

Должность	Примерный перечень функций сотрудников
<p>Руководитель (директор) организации</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Организовывать работу по обеспечению доступности для инвалидов зданий, помещений, закрепленной территории организации, оказываемых услуг. 2. Утверждать организационно-распорядительные документы и иные локальные акты организации по вопросам доступности объектов и услуг с определением ответственных сотрудников, их должных инструкций и решением вопросов систематического обучения (инструктирования). 3. Организовывать комиссионное обследование и паспортизацию объекта и предоставляемых услуг; утверждать паспорт доступности. 4. Организовывать взаимодействие с различными внешними структурами по вопросам доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг. 5. Организовывать решение вопросов строительства, реконструкции, капитального и текущего ремонта, а также оснащения учреждения с учетом требований доступности для инвалидов. 6. Осуществлять контроль за выполнением требований доступности объектов и предоставляемых услуг для инвалидов; оказанием им необходимой помощи; проведением обучения (инструктирования) работников организации по вопросам доступности для инвалидов объекта и предоставляемых услуг в соответствии с планом работы организации
<p>Заместитель директора (ответственное лицо за организацию и</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Организовывать выполнение нормативных правовых, организационно-распорядительных документов вышестоящих организаций, локальных актов организации по вопросам доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг, предписаний контролирующих органов.

бесплатно в доступной форме с учетом стойких расстройств функций организма информации об их правах, обязанностях, видах услуг, сроках, порядке предоставления и условиях доступности.

6. Организовывать работу комиссии по обследованию организации и предоставляемых услуг и составлению паспорта доступности для инвалидов объекта и услуг.

7. Участвовать в формировании плана адаптации объекта (объектов) организации и предоставляемых услуг для инвалидов.

8. Участвовать в разработке технических заданий на закупку транспортных средств (транспортных услуг) для обслуживания получателей социальных услуг в организации с учетом требований доступности для инвалидов.

9. Разрабатывать план-график оснащения организации и закупки нового оборудования, включая вспомогательные устройства, технические средства адаптации в целях повышения уровня доступности объекта (объектов) организации и условий предоставления услуг с учетом потребностей инвалидов.

10. Организовывать работу по подготовке договоров (дополнительных соглашений) с арендодателями, предусматривающих условия выполнения собственником объекта требований по обеспечению условий доступности для инвалидов арендуемого объекта недвижимого имущества.

11. Участвовать в заказе на разработку и в согласовании проектно-сметной документации на строительство, реконструкцию, капитальный ремонт объектов недвижимого имущества учреждения с учетом условий, обеспечивающих соответствие требованиям доступности для инвалидов.

12. Обучаться по программам повышения квалификации по вопросам обеспечения доступности объекта (объектов) организации и условий предоставления услуг с учетом потребностей инвалидов.

13. Осуществлять контроль за соблюдением требований доступности для инвалидов при приемке вновь вводимых в эксплуатацию, а также прошедших капитальный ремонт, реконструкцию, модернизацию объектов недвижимого имущества организации

<p>самообслуживанию (ответственный за оказание ситуационной помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья с нарушением способности к самообслуживанию)</p>	<p>здоровья.</p> <p>5. Уведомление родителей (законных представителей) и уполномоченных лиц о случившейся непредвиденной ситуации и ее последствиях для жизни и здоровья инвалида, лица с ограниченными возможностями здоровья.</p> <p>6. Оказание помощи в использовании технических средств реабилитации (изделий).</p> <p>7. Оказание помощи в одевании и раздевании.</p> <p>8. Оказание помощи в ведении записей, приведение в порядок рабочего места и подготовка необходимых принадлежностей.</p> <p>9. Оказание помощи при пользовании столовой посудой и приборами, в соблюдении личной гигиены во время принятия пищи.</p> <p>10. Оказание первой помощи при угрожающих жизни состояниях.</p> <p>11. Организация присутствия медицинского работника при необходимости медицинских и социально-медицинских манипуляций.</p> <p>12. Оказание помощи в соблюдении санитарно-гигиенических требований</p>
<p>Ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья с нарушением способности к передвижению (ответственный за оказание ситуационной</p>	<p>1. Получение информации от инвалида, лица с ограниченными возможностями здоровья, родителей (законных представителей) и уполномоченных лиц в процессе оказания технической помощи.</p> <p>2. Изучение маршрута оказания технической помощи и плана эвакуации на объекте социальной, инженерной и транспортной инфраструктуры, месте отдыха.</p> <p>3. Обеспечение доступа на объекты социальной, инженерной и транспортной инфраструктуры, к месту отдыха и предоставляемым в нем услугам.</p> <p>4. Проведение инструктажа по вопросам соблюдения правил поведения в процессе оказания технической помощи с учетом категории инвалида, лица с ограниченными возможностями здоровья.</p> <p>5. Уведомление родителей (законных представителей) и уполномоченных лиц о случившейся непредвиденной ситуации и ее последствиях для жизни и здоровья инвалида, лица с</p>

	<p>препятствий на объекте социальной, инженерной и транспортной инфраструктуры с учетом норм охраны труда.</p> <p>9. Оказание технической помощи инвалиду, лицу с ограниченными возможностями здоровья и нарушениями слуха по преодолению препятствий на объекте социальной, инженерной и транспортной инфраструктуры с учетом норм охраны труда с учетом норм охраны труда.</p> <p>10. Оказание первой помощи при угрожающих жизни состояниях.</p> <p>11. Организация присутствия медицинского работника при необходимости медицинских и социально-медицинских манипуляций.</p> <p>12. Оказание помощи в соблюдении санитарно-гигиенических требований</p>
<p>Ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья с нарушением способности к ориентации (ответственный за оказание ситуационной помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья с</p>	<p>1. Получение информации от инвалида, лица с ограниченными возможностями здоровья, родителей (законных представителей) и уполномоченных лиц в процессе оказания технической помощи.</p> <p>2. Изучение маршрута оказания технической помощи и плана эвакуации на объекте социальной, инженерной и транспортной инфраструктуры, месте отдыха.</p> <p>3. Обеспечение доступа на объекты социальной, инженерной и транспортной инфраструктуры, к месту отдыха и предоставляемым в них услугам.</p> <p>4. Проведение инструктажа по вопросам соблюдения правил поведения в процессе оказания технической помощи с учетом категории инвалида, лица с ограниченными возможностями здоровья.</p> <p>5. Уведомление родителей (законных представителей) и уполномоченных лиц о случившейся непредвиденной ситуации и ее последствиях для жизни и здоровья инвалида, лица с ограниченными возможностями здоровья.</p> <p>6. Анализ окружающей информации, получаемой посредством наблюдения и сообщения ее инвалиду и лицу с ограниченными возможностями здоровья.</p> <p>7. Подбор необходимого способа донесения инвалиду и лицу с ограниченными возможностями здоровья информации о внешней</p>

	<p>необходимости медицинских и социально-медицинских манипуляций.</p> <p>12. Оказание помощи в соблюдении санитарно-гигиенических требований</p>
<p>Ассистент (помощник) по оказанию технической помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья с нарушением способности к общению (ответственный за оказание ситуационной помощи инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья с нарушением способности к общению)</p>	<p>1. Получение информации от инвалида, лица с ограниченными возможностями здоровья, родителей (законных представителей) и уполномоченных лиц в процессе оказания технической помощи.</p> <p>2. Изучение маршрута оказания технической помощи и плана эвакуации на объекте социальной, инженерной и транспортной инфраструктуры, месте отдыха.</p> <p>3. Обеспечение доступа на объекты социальной, инженерной и транспортной инфраструктуры, к месту отдыха и предоставляемым в нем услугам.</p> <p>4. Проведение инструктажа по вопросам соблюдения правил поведения в процессе оказания технической помощи с учетом категории инвалида, лица с ограниченными возможностями здоровья.</p> <p>5. Уведомление родителей (законных представителей) и уполномоченных лиц о случившейся непредвиденной ситуации и ее последствиях для жизни и здоровья инвалида, лица с ограниченными возможностями здоровья.</p> <p>6. Анализ окружающей информации, получаемой посредством наблюдения, и сообщение ее инвалиду и лицу с ограниченными возможностями здоровья.</p> <p>7. Подбор необходимого способа донесения информации о внешней обстановке инвалиду и лицу с ограниченными возможностями здоровья в процессе оказания технической помощи.</p> <p>8. Описание основных визуальных, звуковых и тактильных особенностей окружающей среды и коммуниканта в процессе оказания технической помощи.</p> <p>9. Оказание технической помощи инвалиду и лицу с ограниченными возможностями здоровья в обеспечении коммуникации, в том числе с использованием коммуникативных устройств, планшетов, средств альтернативной коммуникации.</p> <p>10. Оказание первой помощи при угрожающих жизни</p>

<p>участие в оказании ситуационной помощи инвалиду в организации)</p>	<p>1.2. предоставление сменного кресла-коляски при входе в здание, иных технических средств;</p> <p>1.3. оказание помощи при перемещении в кресло-коляску, при посещении гардероба, сопровождении до туалетной комнаты, пользовании лифтом, преодолении лестничных пролетов и др.;</p> <p>1.4. указание ориентиров и описание препятствий на пути движения;</p> <p>1.5. знакомство со всеми надписями по маршруту следования;</p> <p>1.6. предоставление информации о получении услуг в доступной форме, в том числе выполненных рельефно-точечным шрифтом Брайля, при помощи переписки на бумажном носителе, с помощью сурдопереводчика, специалиста, обученного основам жестовой речи, психолога.</p> <p>2. Оказание содействия инвалиду, лицу с ограниченными возможностями здоровья при предоставлении услуг в организации, в том числе составление письменных обращений, оформлении необходимой документации, оплате разнообразных услуг и др. с учетом нозологии.</p> <p>3. Предоставление отчета ответственному лицу по организации при оказании технической помощи, получении услуг в организации инвалиду, лицу с ОВЗ</p>
---	--

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Порядок взаимодействия сотрудников при предоставлении услуг инвалиду, а также оказания при этом необходимой помощи (примерный)

Должность	Действия сотрудников организации при предоставлении услуг инвалиду
<p>Рабочий по благоустройству, уборщик территории (дворник), охранник, сторож – лицо, находящееся на прилегающей территории организации в момент посещения инвалида организации</p>	<p>1. Увидев инвалида (человека с бело-красной тростью и темных очках, на кресле-коляске, на костылях/тростью, с отсутствием верхних или нижних конечностей и другими внешними признаками инвалида) или человека, плохо ориентирующего на территории организации, подходит и узнает о цели посещения и необходимости помощи при передвижении по территории организации. Вызывает ответственного за оказание ситуационной помощи, нажав кнопку вызова персонала.</p> <p>Оказывает содействие при движении по территории объекта до входа в здание.</p> <p>2. Сообщает охраннику (вахтеру, администратору зала и т.п.) о посещении организации инвалида.</p>
<p>Охранник (вахтер, администратор зала и т.п.) – лицо, которое первым</p>	<p><u>В случае, если инвалид замечен на территории организации:</u></p> <p>1. Увидев на экране монитора камеры внешнего наблюдения инвалида (человека с бело-красной тростью и темных очках, на кресле-коляске, на костылях/тростью, с отсутствием верхних или нижних конечностей и другими внешними признаками инвалида) или человека, плохо ориентирующего на территории организации, вызывает ответственного за оказание ситуационной помощи, нажав кнопку вызова персонала или по телефону (переговорному устройству).</p> <p>2. Открывает дверь, голосом (при отсутствии наружного аудиоинформатора) обозначает направление движения ко входу в здание, подходит и узнает о цели посещения и необходимости помощи при передвижении по территории организации. Инвалиду на костылях при необходимости предоставляет кресло-коляску при входе в здание.</p>

	<p>верхних или нижних конечностей и другими внешними признаками инвалида) или человека, плохо ориентирующего в помещении, вызывает ответственного за оказание ситуационной помощи, нажав кнопку вызова персонала или по телефону (переговорному устройству). Инвалиду на костылях при необходимости предоставляет кресло-коляску.</p> <p>2. Отводит в сторону от основного потока посетителей; интересуется, не требуется ли ему помощь.</p> <p>3. При необходимости оказывает помощь при выходе из здания.</p>
Ответственный за оказание ситуационной помощи	<p>1. Оказывает помощь инвалиду при входе в здание: встречает на улице (на входе в здание); открывает входные двери; отделяет от потока посетителей.</p> <p>2. Выясняет в какой помощи нуждается гражданин, цель посещения организации.</p> <p>3. Отводит при необходимости в гардероб.</p> <p>4. Оказывает при необходимости инвалиду помощь при одевании/раздевании в гардеробе.</p> <p>5. Проводит инструктаж по вопросам соблюдения правил поведения в процессе оказания помощи с учетом категории инвалида</p> <p>6. Осуществляет сопровождение инвалида до места оказания услуги.</p> <p>7. Сопровождает до входной двери туалетной комнаты (при необходимости).</p> <p>8. По окончании оказания услуги сопровождает инвалида до гардероба.</p> <p>9. Оказывает помощь при выходе из организации.</p> <p>10. Уведомляет родителей (законных представителей) и уполномоченных лиц о случившейся непредвиденной ситуации и ее последствиях для жизни и здоровья инвалида (при необходимости).</p> <p>11. Оказывает первую помощь при угрожающих жизни состояниях (при необходимости).</p>

- оказывает помощь при составлении письменных обращений, оформлении необходимой документации и оплате разнообразных услуг.

2. Инвалиду с нарушениями зрения:

- при сопровождении инвалида до места оказания услуги: указывает ориентиры и описывает препятствия на пути движения; знакомит со всеми надписями в организации;

- предоставляет информацию инвалиду с нарушением зрения в доступной для него форме (выполненных рельефно-точечным шрифтом Брайля или с использованием иных способов дублирования);

- оказывает помощь при составлении письменных обращений, оформлении необходимой документации и оплате разнообразных услуг;

- при необходимости оказывает помощь при посещении туалета до входной двери в туалет, объясняет, где находятся приборы и кнопка вызова помощи;

- обеспечивает доступ при необходимости к месту ожидания собаки-проводника.

3. Инвалиду с нарушениями слуха:

- вызывает для оказания помощи инвалиду сурдопереводчика или специалиста, обученного основам жестовой речи, для общения и сопровождения инвалида по территории и зданию. При отсутствии сурдопереводчика или специалиста, обученного основам жестовой речи, общение осуществляется при помощи переписки на бумажном носителе;

- оказывает помощь при составлении письменных обращений, оформлении необходимой документации и оплате разнообразных услуг.

4. Инвалиду с нарушениями умственного развития:

- при сопровождении инвалида до места оказания услуги указывает ориентиры и препятствия на пути движения;

	<p>3. Оказывает содействие инвалиду в получении необходимой информации в доступной для него форме на своем участке работы.</p> <p><i>Дополнительно:</i></p> <p>1. Инвалиду, передвигающемуся на кресле-коляске, и инвалиду с нарушениями опорно-двигательного аппарата обеспечивает доступ к колясочной для получения сменного кресла-коляски, иных технических средств.</p> <p>2. Инвалиду с нарушениями зрения обеспечивает доступ при необходимости к месту ожидания собаки-проводника</p>
Лифтер	<p>1. При необходимости сообщает по телефону (переговорному устройству) ответственному за оказание ситуационной помощи о посещении организации инвалидом.</p> <p>2. Оказывает помощь инвалиду при входе и выходе из лифтовой кабины, в том числе (при необходимости) с помощью вспомогательных технических средств, сменного кресла-коляски, вспомогательного персонала организации для оказания помощи и сопровождения инвалида.</p> <p>3. Информировывает в доступной форме о правилах пользования лифтом, оказывает помощь инвалиду при вызове и пользовании лифтом, кнопками вызова и выбора этажа.</p>
Сотрудник, оказывающий услуги	<p>1. Оказывает инвалиду помощь, необходимую для получения в доступной для него форме информации о правилах предоставления услуги (услуг), в том числе об оформлении необходимых для получения услуги (услуг) документов, о совершении ими других необходимых для этого действий.</p> <p>2. Информировывает инвалида в доступной форме (с учетом стойких расстройств функций организма) о его правах и обязанностях, видах услуг, сроках, порядке и условиях доступности их предоставления.</p>

	<p>5. Осуществляет при оказании услуги при необходимости вызов (и допуск) сопровождающих лиц и помощников.</p>
<p>Вспомогательный персонал основных подразделений</p>	<p>1. При необходимости сообщает по телефону (переговорному устройству) ответственному за оказание ситуационной помощи о посещении организации инвалидом.</p>
<p>Водитель автомобиля</p>	<p>1. Оказывает помощь инвалиду при посадке в транспортное средство и высадке из него перед входом в объект с использованием необходимых вспомогательных устройств, в том числе с использованием кресла-коляски.</p> <p>2. Закрепляет кресло-коляску страховочными ремнями для предотвращения от передвижения и опрокидывания при движении.</p> <p>3. Закрепляет инвалида для удержания на месте при движении транспортного средства.</p> <p>4. Осуществляет при необходимости вызов основного и вспомогательного персонала организации социального обслуживания для оказания помощи инвалиду при посадке в транспортное средство и высадке из него перед входом в объект и сопровождении его по прилегающей территории и по объекту.</p>

Приложение 5

Направления работы волонтера (добровольца)
на период проведения спортивного мероприятия

Направления работы	Виды работы, выполняемые по данному направлению
Прибытия и отъезды	<ul style="list-style-type: none"> - встречи и проводы участников и гостей спортивного мероприятия в аэропорту / на ж/д вокзале; - управление потоками прибывающих и отъезжающих гостей мероприятия; - решение оперативных вопросов, возникающих у прибывающих / отъезжающих гостей мероприятия; - работа на информационных стойках в аэропортах / на ж/д вокзалах (общение с гостями – предоставление информации, исходя из их запроса); - помощь в организации обслуживания гостей и спортсменов в аэропортах/ на ж/д вокзалах
Церемонии	<p>Административная работа в отделе размещения:</p> <p>Офисные и административные волонтеры (информационная и административная поддержка участников/ контроль соблюдения участниками графиков репетиций, питания, трансферов).</p> <p>Координаторы, сопровождающие группы участников (помощь при встречах, размещении, организации трансферов и питания участников/сопровождение групп участников).</p> <p>Ассистенты на репетициях и кастингах: координация участников/регистрация на кастинги/помощь в подготовке кастингов и репетиций.</p> <p>Работа с артистическими костюмами: ассистенты костюмера (помощь в сборе и учете костюмов после репетиций и шоу, глажка/мелкий ремонт/подготовка костюмов). Помощь в установке декораций; работа с декорациями/установка</p>

	<p>названием страны-участника.</p> <p>Работа со зрителями: волонтеры по работе со зрителями (координация участия зрителей в шоу, мотивация и тренинг).</p> <p>Работа со стилистами: ассистенты визажистов (накладывание грима), ассистенты парикмахеров (причесывания).</p> <p>Работа с артистами: координация и сопровождение артистов в закулисном пространстве</p>
Спортивное состязание / соревнование	<ul style="list-style-type: none"> - работа непосредственно в зоне проведения соревнований и в зонах, предназначенных для спортсменов; - подготовка зоны проведения соревнований к спортивным соревнованиям; - обслуживание зоны проведения соревнований во время проведения соревнований; - обеспечение безопасности в зоне проведения соревнований; - работа в офисе соревнований – административная поддержка, подготовка результатов и протоколов; - работа со спортсменами – обеспечение команд необходимой информацией; - поддержание зоны атлетов в надлежащем состоянии; - контроль за предоставлением сервисов спортсменам; - оказание помощи спортсменам и представителям команд; - сопровождение спортсменов и членов команд; - помощь судьям – обеспечение спортсменов необходимым инвентарем, проверка и маркировка инвентаря, фиксирование результатов, ведение статистики
Допинг-контроль	<ul style="list-style-type: none"> - контроль оборудования, транспорта и уборки станции допинг-контроля; - контроль доступа на станцию допинг-контроля; - регистрация всех прибывающих/убывающих лиц на станции допинг-контроля;

	<ul style="list-style-type: none"> - техническая поддержка информационных сервисов мероприятия и пользователей; - хронометраж, ведение количественных показателей соревнований и обеспечение их достоверности; - распространение печатных материалов о результатах соревнований; - эксплуатация портативных радиостанций
Работа прессы	<p>Волонтеры пресс-центров:</p> <ul style="list-style-type: none"> - помощь в организации работы пресс-центров; - сбор, подготовка и согласование цитат, публикация информации; - помощь в подготовке новостей и обзоров; - распространение печатных версий результатов на пресс-трибунах. <p>Волонтеры пресс-службы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - работа на информационных стойках в пресс-центрах; - координация графика пресс-конференций; - предоставление информации СМИ; - сбор заявок на интервью; - работа с текстами; - создание справочных документов
Транспорт	<ul style="list-style-type: none"> - организация парковки транспортных средств; - вызов «шаттлов»; - распределение потоков людей по направлениям следования транспорта; - помощь в мониторинге и управлении транспортной системой мероприятия; - помощь в своевременной актуализации информации, касающейся организации транспортных потоков, контроль правильности ее отображения на транспортном табло;

	<ul style="list-style-type: none"> - работа в аккредитационных центрах и офисах; - аккредитация персонала и волонтеров; - административные функции
Обслуживание мероприятий	<ul style="list-style-type: none"> - управление потоками зрителей; - проверка билетов; - помощь в проверке аккредитаций; - работа на трибунах; - работа на информационных стойках на объектах; - работа в бюро находок; - распространение информационных материалов на объектах
Лингвистические услуги	<ul style="list-style-type: none"> - устный последовательный перевод; - письменный перевод; - помощь в организации работы переводчиков; - сопровождение иностранных делегатов (Атташе)
Услуги по организации питания	<ul style="list-style-type: none"> - контроль работы предприятий питания (на основании утвержденного чек-листа); - помощь в обеспечении спортсменов питанием; - консультация гостей по вопросам общественного питания
Размещение	<ul style="list-style-type: none"> - помощь в решении типовых вопросов постояльцев гостиниц; - работа на ресепшн; - оказание услуг спортсменам; - оказание административных услуг (офис-менеджмент)



**МИНИСТЕРСТВО СПОРТА
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минспорт России)**

ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА

Казакова ул., д. 18, Москва, 105064
Тел.: (495) 720 53 80, (495) 925 72 51
Факс: (495) 995 05 51
ОКПО 00083888, ОГРН 1127746520824
ИНН / КПП 7703771271/770901001

Руководителям высших исполнительных
органов государственной власти субъектов
Российской Федерации

от 17.01.2023 № ОБ-03-07/510

На № _____ от _____

Министерством спорта Российской Федерации в соответствии с пунктами 32, 117 Плана мероприятий по реализации Стратегии развития физической культуры и спорта Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 г. № 3615-р утверждены методические рекомендации:

1. Приказ от 09.01.2023 № 1 «Об утверждении Методических рекомендаций «Восстановление здоровья и работоспособности граждан методами адаптивной физической культуры и спорта»»;

2. Приказ от 09.01.2023 № 2 «Об утверждении Методических рекомендаций «Разработка базовых методик по работе с лицами с ограниченными возможностями здоровья и инвалидами для тренеров, спортивного персонала, информационных материалов по вопросам безопасности занятий спортом для всех заинтересованных целевых аудиторий, включая спортсменов, тренеров, спортивный персонал, родителей спортсменов, руководителей спортивных организаций»»;

3. Приказ от 09.01.2023 № 3 «Об утверждении Методических рекомендаций «Реабилитация и абилитация инвалидов средствами адаптивной физической культуры и спорта, в том числе детей-инвалидов»».

Просим организовать работу по направлению данных документов во все заинтересованные организации в сфере физической культуры и спорта, образования, труда и социальной защиты, медицины для использования в работе.

Приложение: на 244 л. в 1 экз.



О.Х. Байсултанов



**МИНИСТЕРСТВО СПОРТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНСПОРТ РОССИИ)**

ПРИКАЗ № 1
« 09 » 01 . 2023 20 __ г. г. Москва

Об утверждении Методических рекомендаций «Восстановление здоровья и работоспособности граждан методами адаптивной физической культуры и спорта»

Во исполнение пункта 32 плана мероприятий по реализации Стратегии развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2020 г. № 3615-р, п р и к а з ы в а ю:

1. Утвердить прилагаемые Методические рекомендации «Восстановление здоровья и работоспособности граждан методами адаптивной физической культуры и спорта» (далее – Методические рекомендации).
2. Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации использовать в работе Методические рекомендации.
3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Министра спорта Российской Федерации О.Х. Байсултанова.

Министр



О.В. Матыцин