

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
ФАКУЛЬТЕТ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ
Кафедра теории и методики физической культуры

**ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ КОМПЛЕКСА «ГОТОВ К ТРУДУ И
ОБОРОНЕ» ДЛЯ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Выпускная квалификационная работа
обучающегося по направлению подготовки
49.04.02 Физическая культура для лиц с отклонением
в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)
очной формы обучения, группы 02011707
Дымочко Виктора Васильевича

Научный руководитель
Д.п.н., доцент Николаева Е.С.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ВСЕСОЮЗНЫЙ ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНЫЙ КОМПЛЕКС «ГОТОВ К ТРУДУ И ОБОРОНЕ» (ГТО)	9
1.1. История возникновения физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне»	9
1.2. Нарастивание темпов популярности комплекса ГТО в СССР	13
1.3. Описание и характерные особенности норм и требований Всесоюзного комплекса «Готов к труду и обороне»	20
1.4. Цели, задачи и структура нового Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)	28
ГЛАВА 2. Особенности и периоды развития адаптивной физической культуры и спорта	38
2.1. История адаптивной физической культуры и спорта	38
2.2. Развитие адаптивного спорта в России	32
2.3. Развитие адаптивного спорта в Белгородской области	37
Глава 3. Особенности становления, развития и современного состояния комплекса ГТО для лиц с ограниченными возможностями здоровья.	46
3.1 Становление и развитие комплекса ГТО для лиц с ограниченными возможностями здоровья	46
3.2 Проблемы и перспективы развития ГТО для лиц с ограниченными возможностями здоровья	58
ВЫВОДЫ	60
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	63
ПРИЛОЖЕНИЯ	67

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность выбранной темы выпускной квалификационной работы обусловлена возрождением в Российской Федерации национальной идеи, направленной на улучшение здоровья и патриотизма нации.

В современной России особое значение приобретают вопросы укрепления физического и духовного здоровья людей, формирования и распространения здорового образа жизни среди всех слоев населения. Социально-экономические преобразования, научно-технический прогресс привели к признанию исключительной роли индивидуального и общественного здоровья в развитии общества в целом. В настоящее время в нашей стране, несмотря на позитивные тенденции последних лет, продолжают оставаться очень сложными социально-демографическая ситуация и состояние здоровья населения.

Мировая практика показывает, что физическая активность и массовый спорт обладают универсальной способностью в комплексе решать проблемы повышения уровня здоровья населения, увеличения продолжительности жизни и трудоспособного возраста, а также являются действенным средством профилактики асоциальных проявлений. Однако, по данным официальной статистики, количество систематически занимающихся спортивно-оздоровительной деятельностью в России значительно ниже аналогичных показателей развитых западных стран. Важнейшими задачами в этой связи является восстановление лучших традиций физкультурно-спортивного движения прошлых лет и поиск новых эффективных механизмов развития массового спорта, вовлечения в физкультурно-оздоровительную деятельность представителей различных социально-демографических групп и слоев населения.

Согласно «Стратегии развития физической культуры и спорта в Российской Федерации до 2020 года» и Государственной программе Российской Федерации «Развитие физической культуры и спорта» [18] на

период до 2020 года, доля населения, систематически занимающегося физической культурой и спортом, должна достигнуть в 2020 году 40%, а среди обучающихся – 80%. Для решения этой задачи требуется создание современной и эффективной государственной системы физического воспитания населения.

В целях дальнейшего совершенствования государственной политики в области физической культуры и спорта, создания эффективной системы физического воспитания 24 марта 2014 года был издан указ президента России В.Путина «О возрождении Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) в Российской Федерации, как программной и нормативной основы физического воспитания населения. [37]

Активизация массового физкультурно-спортивного движения в настоящее время признана одним из приоритетных направлений социальной и спортивной политики, что отражено в «Стратегии развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года». Меры, направленные на реализацию данной Стратегии, привели к расширению сети спортивных объектов и культурных учреждений, к изменению отношения к физкультурно-оздоровительной деятельности и спорту у части населения. Однако, как показывает мировая практика, качественные изменения могут произойти в случае трансформации спортивной политики государства с переориентацией на интересы большей части граждан.

Ни одна из стран не сумела добиться существенных успехов в увеличении численности участников физкультурно-оздоровительного движения, пока не была разработана эффективная политика, позволяющая сделать спорт достоянием масс.

Позитивный опыт свидетельствует, насколько важна проблема разработки и реализации эффективной спортивной политики, расширения состава и обеспечения единства действий всех ее субъектов, привлечение наряду с государственными, общественных, коммерческих структур, средств

массовой информации для осуществления совместных целевых программ и практических действий по возрождению и развитию российского массового движения для всех категорий населения России.

Постановление от 6 марта 2018 года №231. В Положение о Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне» внесены изменения в части определения особенностей обеспечения участия инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в выполнении нормативов комплекса ГТО в действующих центрах тестирования, включая обеспечение таких центров спортивным оборудованием и инвентарём. Это позволит привлечь к выполнению нормативов комплекса ГТО инвалидов с нарушением слуха, зрения, интеллекта, опорно-двигательного аппарата. Планируется организовать выполнение нормативов комплекса ГТО 470 тысячами инвалидов, регулярно занимающихся физической культурой и адаптивным спортом.

Подписанным постановлением в Положение внесены изменения в части определения особенностей обеспечения участия инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в выполнении нормативов испытаний (тестов) комплекса ГТО в центрах тестирования, включая обеспечение таких центров спортивным оборудованием и инвентарём.

Выполнение нормативов комплекса ГТО инвалидами планируется проводить на базе действующих центров тестирования. В каждом субъекте Федерации планируется оснастить для инвалидов не менее одного центра тестирования. Средства на приобретение дополнительного спортивного оборудования и инвентаря предусмотрены в государственной программе «Доступная среда». Всего планируется организовать выполнение нормативов комплекса ГТО 470 тысячами инвалидов, регулярно занимающихся физической культурой и адаптивным спортом.

Поэтапное внедрение комплекса ГТО в отношении инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья предполагается начать с 2019 года.

Дооснащение центров тестирования соответствующим оборудованием и инвентарём позволит привлечь к выполнению нормативов комплекса ГТО инвалидов с нарушением слуха, зрения, интеллекта, опорно-двигательного аппарата.

Степень научной разработанности проблемы.

На основании изучения трудов различных авторов, исследовавших теоретические и практические проблемы социального института в целом и массового спорта в частности, вопросов взаимовлияния спорта и социума, можно сделать вывод, что достигнут определенный и немалый прогресс в исследовании данной проблематики.

Анализ актуальности темы исследования позволяет прийти к заключению, что имеется **противоречие** между существующей объективной потребностью в более полной реализации общекультурных и специфических функций массового спорта в современном российском обществе, повышении значимости его гуманистического потенциала и отсутствием объективных и субъективных условий массового, вовлечения всех категорий граждан, а также реализация этой потребности на практике.

Цель исследования – определить, изучить и проанализировать историю развития комплекса ГТО для людей с ограниченными возможностями здоровья в России и Белгородской области.

Объект исследования – процесс реализации комплекса ГТО для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Предмет исследования – Особенности реализации внедрения комплекса ГТО для людей с ограниченными возможностями здоровья.

Задачи исследования:

1. Проанализировать литературные источники по вопросам возникновения ФСК «ГТО».
2. Выявить цели, задачи и структуру нового Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне».

3. Охарактеризовать особенности становления, развития и современного состояния комплекса ГТО для лиц с ограниченными возможностями здоровья.
4. Выявить проблемы и перспективы развития ГТО для лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Методы исследования-анализ и обобщение данных литературных и документальных материалов по проблеме исследования, опрос в виде беседы, отбор, систематизация, сравнительно-исторический анализ теоретических и эмпирических данных.

Теоретические и методологические основания исследования.

Теоретическую базу исследования составили труды социологов, педагогов, психологов, юристов, политологов, культурологов, специалистов по теории и практике физической культуры и спорта.

Анализ исследований проблем физической культуры и массового спорта как социального института показал, что он сконцентрирован в основном вокруг следующих групп вопросов:

- существенные характеристики физической культуры как составляющей общей культуры и ее воспитательную роль изучали В.К.Бальсевич, В.М.Выдрин, Ю.Ф.Курамшин, Л.И.Лубышева, Л.П.Матвеев, С.Д.Неверкович, Ю.М.Николаев, Н.И.Пономарев, Н.А.Пономарев, В.И.Столяров и др.;

- особенности развития физкультурно-спортивного движения в России исследовались такими учеными, как В.У.Агеевец, Н.Н.Бугров, В.М.Выдрин, Г.С.Демер, Е.Ю.Зеликсон, Н.А. Карпушко, Р.А.Парфёнов, В.В.Столбов, К.Б.Цуркан и др.;

- социальные проблемы личности и ее социализации через сферу спортивной деятельности исследовали Н.И. Измоденова, Н.З. Коротков, О.С. Красноперова, О.Л. Лейбович, В.Д. Разинская, М.А. Слюсарянский, В.Н. Стегний и др.

- проблемы реализации различных функций современного института физической культуры и спорта рассматривали В.К. Бальсевич, В.В. Белорусова, Ю.М. Блудов, В.А. Бобровский, С.В. Брянкин, И.М. Быховская, Н.Н. Визитей, П.А. Виноградов, В.М. Выдрин, Г.В. Дремова, А.Г. Егоров, В.Н. Жолдак, Н.В. Коротаева, В.Г. Кудрявцев, Ж.В. Кудрявцева, А.М. Лентюк, Л.И. Лубышева, Л.П. Матвеев, Ю.М. Новиков, Р.А. Пилюян, В.А. Плахтиенко, Н.И. Пономарев, Н.А. Пономарев, В.И. Столяров и многие другие;

- над проблемами формирования здорового образа жизни различных категорий населения работали В.В. Белорусова, В. Д. Гончаров, В. И. Жолдак, П. А. Виноградов, М.Я. Виленский, И.А. Васильева и др.;

- тема социального регулирования и управления развитием массового спорта нашла отражение в трудах С.В. Артемова, А.М. Банникова, В.И. Жолдака, В.В. Кузина, М.Е. Кутепова, А.Д. Мискевича, В.В. Новикова, Р.А. Пилюяна, А.С. Соколова, О.П. Сапронова, К.С. Хаснутдинова и др.;

- вопросам теории и методологии использования средств массовой информации в развитии физкультурно-спортивного движения посвящены труды В.В. Баранова, П.А. Виноградова, Е.А. Войтик, С.И. Гуськова, Е.А. Слюсаренко и др.;

- проблемы формирования спортивной политики на различных уровнях государственного и муниципального управления рассматривали А.Ф. Антипов, А.М. Банников, С.Е. Воронин, М.И. Золотарев, А.П. Исаев, В.М. Краснов, В.Г. Камалетдинов, Р.К. Кудашов, А.Г. Маркелов, П.К. Пельменев, И.И. Переверзин, Н.В. Уловистова и др.

Новизна исследования в рамках данного исследования рассматриваются вопросы внедрения комплекса ГТО для людей с ограниченными возможностями здоровья.

Теоретическая значимость исследования.

Представленные в работе материалы дают возможность составить целостное представление о комплексе ГТО и особенностях его внедрения для лиц с ОВЗ в современный период его существования.

Практическая значимость исследования состоит в том, что опыт внедрения Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья может использоваться в общеобразовательных школах, учреждениях дополнительного образования детей, учреждениях среднего и высшего профессионального образования, трудовых коллективах, а также в практической деятельности специалистов в области управления физической культуры и спорта, преподавателей, тренеров при разработке планов, программ развития массовой физкультурно-оздоровительной деятельности.

ГЛАВА 1. ВСЕСОЮЗНЫЙ ФИЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНЫЙ КОМПЛЕКС «ГОТОВ К ТРУДУ И ОБОРОНЕ» (ГТО)

1.1. История возникновения Всесоюзного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) в СССР

1.3. Описание и характерные особенности норм и требований нового Всесоюзного комплекса «Готов к труду и обороне»

17 января 1972 года было принято постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О введении нового Всесоюзного физкультурного комплекса "Готов к труду и обороне СССР" (ГТО)», который начал действовать 1 марта того же года. «Новый комплекс ГТО,— говорилось в постановлении,— являющийся программной и нормативной основой советской системы физического воспитания, призван сыграть важную роль в подготовке всесторонне развитых и физически совершенных людей, активных строителей коммунистического общества, стойких защитников Родины». [1]

Он имел 5 возрастных ступеней (для каждой были установлены свои нормы и требования):

1-я - "Смелые и ловкие" - 10-11 и 12-13 лет,

2-я - "Спортивная смена" - 14-15 лет,

3-я - "Сила и мужество" - 16-18 лет,

4-я - "Физическое совершенство" - мужчины 19-28 и 29-39 лет, женщины 19-28 и 29-34 лет,

5-я - "Бодрость и здоровье" - мужчины 40-60 лет, женщины 35-55 лет.

В Вооружённых Силах СССР с 1972 года действует военно-спортивный комплекс (ВСК), соответствующий 4-й ступени ГТО.

Десятки миллионов людей сдали нормативы нового комплекса.

Комплекс значительно раздвинул возрастные рамки, охватив как самых младших, так и самых старших. Как сказал академик медицинских наук (АМН) А. Покровский, новый комплекс ГТО в сочетании с принципами рационального питания, гигиены труда и отдыха является мощным фактором, способствующим сохранению более молодого биологического возраста для каждого человека. [1]

На втором этапе после становления основных структурных элементов комплекса ГТО в последующие годы определялась система контрольных упражнений, пригодных для оценки физической подготовленности различных возрастных групп населения; изменился уровень нормативных требований; уточнялись возрастные границы внутри отдельных ступеней и т.д. Видимо, этим и объясняются частичные изменения в видах испытаний комплекса ГТО, их способы выполнения, длина беговых дистанций и т.п.[20]

1.4. Цели, задачи и структура нового Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)

В марте 2013 года на совещании по развитию детско-юношеского спорта президент России Владимир Путин заявил о том, что, несмотря на усилия по продвижению ценностей здорового образа жизни, сейчас многие дети имеют хронические заболевания, и ситуация с массовым и с детским спортом серьёзно не изменилась.

Для решения этой проблемы и укрепления здоровья детей В. Путин и предложил воссоздать систему ГТО в новом формате с современными нормативами, которые будут соответствовать уровню физического развития ребёнка. Президент также предложил вносить оценку уровня физической подготовки школьника в аттестат и учитывать её при поступлении в вузы.

Инициативу Путина снова ввести ГТО тогда поддержали депутаты Госдумы, сенаторы Совета Федерации, ректоры вузов, а также ДОСААФ России (Добровольное общество содействия армии, авиации и флоту).

«Запуск программы ГТО остро ставит вопрос о площадках для занятия спортом. Нам нужна сеть некоммерческих физкультурно-спортивных клубов по местам жительства, работы или службы. То есть в шаговой доступности», — сказал президент. При этом он добавил, что должны быть построены спортивные сооружения и на открытом воздухе. Кроме того, глава государства предложил дополнить перечень ежегодно реализуемых работодателем мер по улучшению условий и охраны труда. «Скажем, включить в соцпакет возможность компенсировать сотрудникам оплату занятий спортом в клубах и спортивных секциях», — сказал Путин.

Дополнительной мерой привлечения граждан к спорту, по мнению Путина, может стать механизм мотивирования страховых медицинских организаций. Массовый спорт должен развиваться и быть более доступным для людей разного возраста, состояния здоровья, на что и направлена инициатива по возрождению ГТО.

В целях дальнейшего совершенствования государственной политики в области физической культуры и спорта, создания эффективной системы физического воспитания, направленной на развитие человеческого потенциала и укрепление здоровья населения, президент России В. Путин постановил: «ввести в действие с 1 сентября 2014 г. в Российской Федерации Всероссийский физкультурно-спортивный комплекс "Готов к труду и обороне" (ГТО) - программную и нормативную основу физического воспитания населения».

На первом этапе возрождения комплекса ГТО в РФ планировалось в 12 пилотных регионах апробировать новые нормативы для ступеней комплекса, охватывающих в первую очередь школьные возрастные группы. Пилотными регионами определены 6 областей, 5 республик РФ и 1 край. [42]

Список 12-ти пилотных регионов ГТО:

1. Белгородская обл.
2. Владимирская обл.
3. Московская обл.

4. Смоленская обл.
5. Свердловская обл.
6. Ярославская обл.
7. Республика Карелия
8. Республика Марий Эл
9. Республика Удмуртия
10. Республика Мордовия
11. Республика Татарстан
12. Красноярский край

В связи с вхождением Крыма в состав РФ к ним присоединилась республика Крым и первый пилотный город-регион Севастополь.

Каждый Пилотный регион проявляет творческий подход к реализации программы возрождения комплекса ГТО. Например, в Смоленской области привлечены к реализации программы крупнейшие научно-спортивные учреждения Смоленска — академия СГАФКСТ и училище СГУОРТ, имеющие необходимую инфраструктуру и преподавательские кадры, способные организовать сдачу нормативов ГТО, т.к. они имеют богатый опыт подготовки олимпийского резерва и высококлассных спортсменов всех видов спорта, которые включены в нормативы ГТО.

В пилотных регионах строятся специализированные многофункциональные площадки для выполнения нормативов ГТО не только школьными, но всеми 11-ю возрастными ступенями комплекса ГТО. В регионы поступили трансферты из федерального бюджета, направленные для переоборудования школьных спортивных залов в целях их приспособленности к проведению тестовых соревнований. [42]

В августе месяце 2014 г. учителя физкультуры всех 14-и пилотных регионов пройдут курсы повышения квалификации, на которых изучат особенности нормативов ГТО. С 1 сентября во всех школах пилотных регионов начинаются тренировки школьников, направленные на сдачу

нормативов ГТО, а с января месяца 2015 года их массовая сдача на тестовых соревнованиях.

На федеральном уровне предусмотрены стимулирующие мероприятия: начисление дополнительных баллов абитуриентам и выдача повышенных стипендий студентам, получившим золотой знак ГТО в своей возрастной группе, а также вручение памятного знака Президента РФ тем, кто успешно сдает нормативы при переходе в последующие возрастные группы.

Пилотные регионы планируют в ближайшие годы значительно повысить массовость физкультурного движения. Например, Белгородская область, занимающая в настоящее время шестое место среди всех регионов РФ по этому показателю, планирует за 5 лет довести количество населения, занимающегося спортом в области до 40%, повысив нынешний показатель на 13,3%.

Нормы и требования, выполнение которых необходимо для присвоения соответствующих спортивных разрядов и спортивных званий по видам многоборий Комплекса ГТО, утверждаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере физической культуры и спорта.

Порядок организации и проведения тестирования населения в рамках Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» утвержден Министерством спорта РФ.

К выполнению нормативов Комплекса ГТО допускаются лица, относящиеся к различным группам здоровья, систематически занимающиеся физической культурой и спортом, в том числе самостоятельно, на основании результатов диспансеризации или медицинского осмотра.

Перечень видов испытаний (тестов), входящих в Комплекс ГТО, и порядок оценки выполнения нормативов лицами, отнесенными по состоянию здоровья к подготовительной или специальной медицинским группам, утверждаются федеральным органом исполнительной власти,

осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Исходя из разнообразия природно-климатических, материально-технических и иных условий, субъекты Российской Федерации вправе дополнительно включить в Комплекс ГТО на региональном уровне два вида испытаний (тестов), в том числе по национальным, а также наиболее популярным в молодежной среде видам спорта, по своему усмотрению.

Комплекс предусматривает три уровня трудности (золотой, серебряный и бронзовый знаки отличия Комплекса ГТО).

Лица, выполнившие нормативы Комплекса ГТО, имеют право на получение соответствующего знака отличия Комплекса ГТО, образец и описание которого утверждаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере физической культуры и спорта.

Лица, имеющие спортивные звания и спортивные разряды не ниже второго юношеского и выполнившие нормативы Комплекса ГТО, соответствующие серебряному знаку отличия, награждаются золотым знаком отличия Комплекса ГТО.

Порядок награждения граждан знаками отличия Комплекса ГТО и присвоения им спортивных разрядов, утверждается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере физической культуры и спорта.

Поступающие на обучение по образовательным программам высшего образования вправе представлять сведения о своих индивидуальных достижениях по физической культуре и спорту, результаты которых учитываются этими образовательными организациями при приеме в соответствии с Порядком приема граждан на обучение по программам бакалавриата, программам специалитета и программам магистратуры.

Координацию деятельности по организации введения Комплекса ГТО осуществляет федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере физической культуры и спорта, органы исполнительной власти в сфере физической культуры и спорта субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления.

Ресурсное обеспечение апробации, внедрения и реализации Комплекса ГТО осуществляется заинтересованными федеральными органами исполнительной власти в пределах бюджетных ассигнований, предусмотренных им в федеральном бюджете на соответствующий финансовый год и плановый период.

Финансовое обеспечение Комплекса ГТО также может осуществляться за счет внебюджетных источников.

Научный руководитель Института развития образования НИУ ВШЭ Исак Фрумин считает, что нормы ГТО необходимо интегрировать напрямую в уроки физической культуры. В данном случае необходимо включить нормативы ГТО в школьную программу физического развития.

На основании вышеизложенного можно сделать вывод, что быть значкистом ГТО престижно и модно. Быть сильным, красивым и быстрым мечтают многие юные граждане России, и в этом им поможет комплекс «Готов к труду и обороне».

За идеей ГТО лежит результативность физического воспитания, а следовательно и повышение показателей массового спорта России.

ГЛАВА 2. Выявить особенности и периоды развития адаптивной физической культуры и спорта.

2.1. История развития адаптивной физической культуры и спорта

Адаптивная физкультура – это социальный феномен, целью которого является налаживание и укрепление социальных связей человека, ранее имевшего ограниченный доступ или вообще не включенного в социальный процесс, приобщение его к полноценной жизни, наполненной новым смыслом и эмоциями. Таким образом, адаптивная физкультура – это, скорее, не метод лечения, а способ переключения внимания инвалидов с болезни на общение, активный отдых и развлечение.

Адаптивный спорт (спорт инвалидов) является разновидностью адаптивной физической культуры. Его цель – реализация способностей человека и сравнение их со способностями других людей, имеющих аналогичные проблемы в развитии. Адаптивный спорт ориентирован на соревнование, на достижение максимальных результатов. То есть ключевой является установка на рекорд – это и есть главное отличие адаптивного спорта от всех остальных видов адаптивной физкультуры. Необходимым условием при занятиях адаптивным спортом является правильная классификация спортсменов по способностям, стремление к максимальному уравниванию шансов на победу. Такое распределение осуществляется по двум направлениям – медицинскому, где основным критерием является степень имеющегося поражения функций, и по спортивно-функциональному, где учитывается специфика двигательной активности в каждом конкретном виде спорта.

В настоящее время наибольшее распространение получили три направления спорта инвалидов: параолимпийское, сурдоолимпийское и специальное олимпийское.

Развитие адаптивного спорта имеет более чем столетнюю историю. Еще в XVIII-XIX вв. было установлено, что двигательная активность является одним из основных факторов реабилитации инвалидов.

Попытки приобщения инвалидов к спорту были предприняты еще в XIX столетии, когда в 1888 году в Берлине формировался первый спортивный клуб для глухих. Впервые Всемирные игры глухих прошли в Париже 10-17 августа 1924 г. В них участвовали спортсмены — представители официальных национальных федераций Бельгии, Великобритании, Голландии, Польши, Франции и Чехословакии. На Игры прибыли спортсмены из Италии, Румынии и Венгрии, в которых таких федераций не было. Программа Игр включала соревнования по легкой атлетике, велоспорту, футболу, стрельбе и плаванию.

Международный спортивный комитет глухих (МСКГ) был образован 16 августа 1924 г. В него вошли федерации, объединяющие спортсменов с нарушением слуха. С этого же времени МСКГ каждые четыре года проводит летние Всемирные игры глухих. На первом конгрессе МСКГ, который состоялся в Брюсселе 31 октября 1926 г., был принят Устав этой организации. До начала Второй мировой войны в нее вступают Германия, Швейцария, Дания, Норвегия, Финляндия, Швеция, Австрия, США, Япония и Болгария. В 1949 г. к ним присоединились Испания и Югославия. Организуются и проводятся Международные зимние игры глухих.

В 1960 году под эгидой Всемирной федерации военнослужащих создается Международная рабочая группа, которая изучала проблемы спорта для инвалидов. В том же году в Риме были проведены первые Международные соревнования инвалидов, фактически первые Параолимпийские игры. В них приняли участие 400 спортсменов-инвалидов из 23 стран.

В 1982 году появился орган, который способствовал расширению Параолимпийских игр, — Международный координационный комитет

Всемирной организации спорта инвалидов. Через 10 лет, в 1992 году, его правопреемником стал Международный параолимпийский комитет (МПК).

Для того чтобы в полном масштабе отразить историю развития спорта инвалидов, следует обратиться к истории Параолимпийских игр.

Всемирные Игры инвалидов, фактически I Параолимпийские игры, состоялись в Риме (Италия) в 1960 г. почти сразу по окончании XVII Олимпиады.

II Параолимпийских играх (Токио, Япония, 1964 г.) приняли участие 390 спортсменов из 22 стран. Команды Великобритании (70 чел.) и США (66 чел.) На второе и третье места вышли команды Великобритании и Италии. Существенным событием Игр стало переименование их в «параолимпийские». На соревнованиях впервые использовалась параолимпийская атрибутика (флаг, гимн и символ), а после их окончания многие спортсмены-инвалиды Японии были трудоустроены.

III Параолимпийских играх (Тель-Авив, Израиль, 1968 г.) участвовали 750 атлетов из 29 стран. В сравнении с соревнованиями в Токио программа Игр существенно расширилась.

IV Параолимпийских играх (Хайдельберг, Германия, 1972 г.) участвовали 1000 спортсменов из 44 стран. Самые многочисленные делегации представлены Германией, Великобританией и Францией.

V Параолимпийских играх (Торонто, Канада, 1976 г.) участвовали 1600 спортсменов (из них 253 женщины) из 42 стран.

VI Параолимпийских игр (Анхем, Нидерланды, 1980 г.) В соревнованиях участвовали 2500 спортсменов из 42 стран.

Параолимпийские игры 1984 г. проходили в Америке и Европе: 1780 спортсменов из 41 страны участвовали в соревнованиях в Нью-Йорке и 2300 представителей из 45 стран – в Сток-Мандевиле.

На VIII Параолимпийские игры (Сеул, Южная Корея, 1988 г.) прибыло рекордное количество спортсменов – 3053 представителя из 61 страны.

Церемония открытия IX Параолимпийских игр (Барселона, Испания, 1992 г.) проходила 3 сентября на олимпийском стадионе. На ней присутствовали 65 тыс. зрителей; 90 делегаций участвовали в торжественном параде. В Олимпийской деревне разместилось около 3 тыс. спортсменов и тысячи тренеров, официальных лиц и менеджеров.

На X Игры (Атланта, США, 1996 г.) прибыли 3195 спортсменов (2415 мужчин и 780 женщин) и 1717 представителей делегаций из 103 стран. С 16 по 25 августа соревнования проводились по 20 видам спорта, из которых 3 – в качестве демонстрационных.

В Параолимпийских играх 2000 г. участвовали 3843 спортсмена из 127 стран, 2000 официальных лиц, 1300 представителей массовой информации, 1000 технических работников, 2500 гостей из Международного и национальных комитетов и 10 тыс. волонтеров. Наиболее представительными по числу спортсменов-участников были команды Австралии (303), США (288), Германии (262), Испании (224), Великобритании (219), Канады (172), Франции (158), Японии (157), Польши (114), Голландии (105), России (90).

Первые зимние Параолимпийские игры состоялись в 1976 г. в Орнсколдсвике (Швеция). Соревнования для спортсменов с ампутированными конечностями и нарушением зрения были организованы на треке и в поле. Впервые демонстрировались соревнования в гонках на санях.

Успешное проведение первых зимних Игр позволило организовать вторые Параолимпийские соревнования в 1980 г. в Гейло (Норвегия). Скоростной спуск на санях проводился как показательные выступления. В параолимпийских стартах приняли участие спортсмены всех групп инвалидности.

III зимние Параолимпийские игры были проведены в Инсбруке (Австрия) в 1984 г. Впервые 30 мужчин на трех лыжах приняли участие в гигантском слаломе.

В 1988 г. IV зимние Параолимпийские игры снова проводились в Инсбруке (Австрия). В соревнованиях участвовали 397 спортсменов из 22 стран. Впервые на Игры прибыли спортсмены из СССР. В программу Игр были введены соревнования на сидячих лыжах.

В 1992 году зимние Параолимпийские игры были проведены в Тинс, Альбертвилль, Франция. Соревнования проводились только по горным лыжам, лыжным гонкам и биатлону. Спортсмены СССР выступали под объединенным флагом. Впервые в Параолимпиаде приняли участие спортсмены с нарушением ОДА. Сборная команда страны заняла третье место на играх в общекомандном зачете. Наиболее успешно выступали лыжники, завоевавшие 10 золотых, 8 серебряных и 3 бронзовых медалей.

VI зимние Параолимпийские игры проводились в 1994 г. в Лиллехаммере (Норвегия). Приблизительно 1000 атлетов жили в деревне, где были специальные технические средства для инвалидов. На Играх впервые были продемонстрированы соревнования по сидячему хоккею. Параолимпийская версия хоккея оказалась популярной. Соревнования по лыжным гонкам и биатлону проходили на местном лыжном стадионе. Россияне успешно выступили на играх. Алексей Мошкин завоевал золото и бронзу в горнолыжных дисциплинах. На счету наших лыжников 10 золотых, 12 серебряных и 8 бронзовых медалей в гонках (3 общекомандный зачет), одно золото и два серебра – в биатлоне, бронза в мужской эстафете.

VII зимние Параолимпийские игры впервые проводились на азиатском континенте в Нагано (Япония). В Играх приняли участие 1146 чел. (571 спортсмен и 575 официальных лиц) из 32 стран. На протяжении 10 дней разыгрывались медали в 5 видах спорта: горнолыжном, конькобежном, лыжных гонках, биатлоне и хоккее. Атлеты из 22 стран поднимались на пьедестал на этих играх. Впервые в Параолимпиаде участвовали лыжники ID. Наша команда была пятой, завоевав 12 золотых, 10 серебряных и 9 бронзовых медалей.

В VIII зимних Параолимпийских играх (Солт-Лейк-Сити, США, штат Юта), проходящих 7-16 марта 2002 г., принимали участие 36 команд (416 спортсменов). В неофициальном командном зачете сборная России заняла 5-е место, завоевав в общей сложности 21 медаль: 7 золотых, 9 серебряных и 5 бронзовых. Только в активе наших лыжников, уступившим лишь норвежцам, оказалось 7 золотых медалей, 8 серебряных и 3 бронзовых медали.

IX Параолимпийские игры (Турин, Италия, 10 - 19.03.06). В Играх приняло участие 486 спортсменов из 39 стран. Они разыграли 58 комплектов медалей в пяти дисциплинах: горных лыжах, биатлоне, лыжных гонках, хоккее и керлинге. Сборная России уверенно выиграла медальный зачет Параолимпиады. На счету отечественных спортсменов оказалось 13 золотых, 13 серебряных и 7 бронзовых наград.

Адаптивный спорт получил всемирное значение. Достижения спортсменов с ограниченными возможностями поражают воображение. Иногда они приближаются к олимпийским рекордам. Фактически не осталось ни одного вида спорта из известных и популярных, в которых не принимали бы участие спортсмены-инвалиды. Неуклонно расширяется количество параолимпийских дисциплин.

2.2 Развитие адаптивного спорта в России.

90-е годы внесли серьезные изменения в отношение общества к инвалидам и в России. В последние годы и в нашей стране адаптивный спорт выходит на новый уровень развития, и связано это с тем, что растет внимание государства к людям с ограниченными возможностями. Заметно выросло число спортивно-массовых мероприятий, у инвалидов появляется больше возможностей участвовать в различных соревнованиях, а набор спортивных дисциплин с каждым годом отличается все большим разнообразием.

К примеру, уже почти десять лет большой популярностью среди спортсменов-ампутантов пользуется хоккей. В 1999 году была создана

первая так называемая «вертикальная» хоккейная команда инвалидов - "Санкт-Петербургские Лоси". Вертикальный хоккей – это уникальный вид спорта, где игроки без рук или ног играют на протезах. Сначала надевается протез, а на него коньки. Свое название этот вид спорта получил от положения игрока в пространстве. Большая часть игроков команды - ветераны локальных военных конфликтов, потерявшие нижние конечности при подрывах на противопехотных минах.

В программу Параолимпийских игр не так давно (в 2000 году) включен такой нестандартный вид спорта, как танцы на колясках. Спортсмены-колясочники соревнуются по двум программам: классические европейские танцы (Медленный вальс, Танго, Венский вальс, Медленный фокстрот и Квикстеп) и латиноамериканские танцы (Самба, Ча-ча-ча, Румба, Пасо-Добль и Джайв).

Велосипедный спорт тоже недавно включен в программу Параолимпийских игр, но он уже популярен среди как слепых, так и ампутантов, и парализованных, и спортсменов с нарушениями умственной деятельности. Незрячие спортсмены выступают в паре с видящим товарищем по команде, для каждой группы инвалидов используются специально подготовленные велосипеды, а соревнования могут быть как групповыми, так и индивидуальными.

А вот легкая атлетика присутствует в параолимпийской программе уже почти 50 лет. И в легкоатлетических состязаниях участие принимают и колясочники, и ампутанты, и слепые по программе из пяти дисциплин: трасса, бросок, прыжки, пятиборье и марафон.

Самая же популярная и распространенная в мире игра среди слепых, включенная в программу Параолимпийских игр, – это голбол. Голбол напоминает игру в ручной мяч: перед спортсменами стоит задача поразить ворота соперника, бросая руками специальный мяч со звуком. Соперники же должны отбить этот мяч и в свою очередь атаковать ворота противника. В голбол играют тотально слепые спортсмены, но при этом их глаза закрыты

еще светонепроницаемыми очками, чтобы полностью исключить возможность подглядывания.

Тотально слепые играют и в шахматы: исключения из правил позволяют только трогать руками закрепленные на доске фигуры перед тем, как игрок собирается сделать ход, а специальный ассистент обязан объявлять игрокам ходы. В остальном игра ничем не отличается от обычной.

Среди людей с поражениями органов слуха проводятся Дефолимпийские игры – от английского «Deaflympic» (deaf – глухой). Это своеобразная Олимпиада, которую игроки по привычке называют Всемирными играми глухих (переименование игр в Дефолимпийские – или Сурдоолимпийские в переводе на русский язык - состоялось в 2001 году). Соревнования глухих отличаются от традиционных только стартовыми сигналами: красный означает «стоп», желтый - «подготовиться», зеленый - «старт». Но и здесь есть своя специфика: понятно, что подсказать в момент соревнований тренер не может, поэтому, как говорят специалисты, на Дефолимпийских играх главным становятся интуиция и взгляд – именно в глазах тренера можно отыскать желаемую подсказку. Тренеры утверждают также, что глухие спортсмены очень четко ощущают вибрацию, поэтому кричать во время соревнований не только можно, но и необходимо – и чем громче, тем лучше.

В настоящее время в России насчитывается более 10 миллионов людей с ограниченными возможностями, и очень многие нуждаются в проведении реабилитационных мероприятий именно средствами физкультуры и спорта.

На сегодняшний день в России работает около 1200 физкультурно-спортивных клубов инвалидов. Количество занимающихся адаптивной физической культурой и спортом достигает 95,8 тысячи человек. Создано 8 детско-юношеских спортивно-оздоровительных школ для инвалидов.

Наиболее активно развиваются адаптивная физкультура и спорт в Башкирии, Татарстане, Коми, а также в Красноярском крае, Волгоградской, Воронежской, Московской, Омской, Пермской, Ростовской, Саратовской,

Свердловской, Тамбовской, Челябинской областях, в Москве и Санкт-Петербурге. Российские спортсмены участвуют в чемпионатах Европы, мира, зимних и летних Параолимпийских играх.

Финансирование участия российских спортсменов-инвалидов в официальных международных соревнованиях, включая Параолимпийские и Сурдоолимпийские игры, увеличилось с 1998 года более чем в 10 раз. Объем финансирования всероссийских спортивных мероприятий среди инвалидов за пять лет вырос с 8 до 60 млн рублей.

Более 15 лет существует в России Параолимпийское движение, действует Параолимпийский комитет и Федерация физической культуры и спорта инвалидов России. В 1988 году Россия впервые приняла участие в Параолимпийских играх в Сеуле.

Сегодня к параолимпийским относятся 17 видов спорта: стрельба из лука, легкая атлетика, велосипедный спорт, выездка, фехтование, дзюдо, тяжелая атлетика, стрельба, футбол, плавание, настольный теннис, баскетбол колясочников, регби и теннис колясочников, волейбол, лыжный кросс и хоккей с шайбой.

2.3 Развитие адаптивного спорта в Белгородской области.

3 июля 2013 года в соответствии с распоряжением Правительства Белгородской области от 25 февраля 2013 года № 92-рп было создано Государственное бюджетное образовательное учреждение «Детско-юношеская спортивно-адаптивная школа №5 Белгородской области». Учредителем является Управление физической культуры и спорта Белгородской области.

С 1 января 2015 года учреждение переименовано в Государственное бюджетное учреждение «Центр адаптивного спорта и физической культуры Белгородской области».

Одной из основных задач современного общества по отношению к инвалидам является их максимальная адаптация к самостоятельной жизни, трудовой деятельности, овладению профессией. Активизация работы с инвалидами средствами адаптивной физической культуры и спорта имеет большое социальное значение. В соответствии со Стратегией развития физической культуры и спорта в Российской Федерации на период до 2020 года и Государственной программой "Развитие физической культуры и спорта в Белгородской области на 2014-2020 г. планируется увеличить долю лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов, систематически занимающихся физической культурой и спортом.

Ведется большая работа по увеличению доли инвалидов трудоспособного возраста старше 18 лет, занимающихся адаптивной физической культурой и спортом. Адаптивная физкультурно-оздоровительная работа с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья направлена на увеличение числа занимающихся без предварительного отбора и для всех возрастных групп. Главная задача адаптивной физкультурно-оздоровительной деятельности - стимулировать стремление людей с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов к ежедневным физкультурно-спортивным занятиям, а в дальнейшем мотивировать и вовлекать их в соревновательную и спортивную деятельность.

Начиная с 80-х годов прошлого века, стали создаваться физкультурно-оздоровительные организации для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья. В настоящее время в нашей стране действует более 700 организаций с различными правовыми формами физкультурно-спортивной направленности. Эффективность работы физкультурно-спортивных организаций определяется решением основных задач, стоящих перед ними: воспитание у лиц с отклонениями в состоянии здоровья и инвалидов активной жизненной позиции, потребности в повседневных занятиях физической культурой и спортом, организация коррекционно-

оздоровительной и физкультурно-спортивной работы, проведение спортивных соревнований по видам спорта.

В соответствии со стратегией развития физической культуры и спорта в Российской Федерации, на период до 2020 года и государственной программой Российской Федерации «Развитие физической культуры и спорта», к 2020 году планируется увеличить долю систематически занимающихся физической культурой и спортом лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов в общей численности данной категории населения до 2,5 млн. человек, что составит 20% процентов от общего количества.

Согласно статистическим данным в Белгородской области проживает 251451 человек имеющие инвалидность из них:

От 8 лет до 18 лет -3096 человек, что составляет 1 23%

От 18 лет до 35 лет -9898 человек, что составляет 8 03%

От 35 лет до 50 лет -20186 человек, что составляет 8 03 %

От 50 лет и старше -218271 человек, что составляет 86 8 %

На сегодняшний день в Белгородской области доля лиц занимающихся физической культурой и спортом 12 % от общего числа инвалидов.

С 2004 года в Белгородской области началась активная работа тренеров-преподавателей по развитию адаптивного спорта, практически на общественных началах. В лёгкой атлетике и в пулевой стрельбе спортсмены добились высоких результатов на чемпионатах мира и Европы.

Борисова Ирина впервые стала призером сурдолимпийских игр в Пекине в 2008г. по пулевой стрельбе под руководством заслуженного тренера России Кривцова С.М., который продолжает активно развивать адаптивный спорт в Белгородской области.

В июле 2013 года распоряжением правительства Белгородской области от 25 февраля 2013 года № 92-пп создано государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного образования детей «Детско-юношеская адаптивная школа №5 Белгородской области» как

образовательное учреждение. Учредителем которого, является управление физической культуры и спорта Белгородской области.

В декабре 2014 г. учреждение меняет название на ГБУ «Центр адаптивного спорта и физической культуры Белгородской области».

Учреждение переходит в статус не образовательного учреждения, что позволяет расширить границы в плане комплектования контингента занимающихся.

Проводится работа по зачислению всех желающих заниматься физической культурой и спортом без ограничения возрастного ценза.

Возникает необходимость сдачи лицензии на образовательную деятельность, учреждение переходит на реализацию программ спортивной подготовки согласно Федеральным стандартам по видам спорта.

После прекращения действия лицензии на образовательную деятельность учреждение не подлежит контролю со стороны департамента образования и лицензионного отдела.

Вносятся изменения в штатное расписание учреждения.

Все педагогические должности, а именно тренер-преподаватель – заменяется на тренера, инструктор-методист – на инструктора-методиста по адаптивной физической культуре.

Структура учреждения:

- Директор - лицо отвечающее за развитие учреждения.
- Заместитель директора по спортивной работе (формирование календарного плана комплектование групп занимающихся текущий контроль составление расписания занятий)
- Заместитель директора по методической работе (разработка программ спортивной подготовки и программ спортивно-оздоровительной направленности аттестация тренеров)
- Заместитель директора по хозяйственной части (водитель, технический персонал, заведующий складом - отвечает за сохранность и приобретение оборудования и инвентаря)

- Инструктор по адаптивной физической культуре (подчиняется непосредственно заместителю директора, занимается комплектованием групп, готовит необходимую документацию для участия спортсменов в соревнованиях)
- Спортсмен-инструктор (выполняет индивидуальный план подготовки)
- Бухгалтерия (Главный бухгалтер, контрактный управляющий, бухгалтер, экономист)
- Бюджет учреждения складывается из субсидий выделяемых в рамках федеральных программ и областного бюджета, так же привлекается и спонсорская помощь

Подбор кадров:

В настоящее время в учреждении работают 114 человек из них 46 тренеров, 6 тренеров имеют Звание «Заслуженный тренер России».

Огромное значение уделяется подбору кадров, а именно тренерскому составу, за два года 36 тренеров прошли курсы повышения квалификации.

Адаптивной физической культурой и спортом начинают заниматься дети и взрослые не только в городе Белгороде, но и в муниципальных образованиях области.

В Центре адаптивного спорта ведётся большая работа по увеличению доли инвалидов трудоспособного возраста старше 18 лет, занимающихся адаптивной физической культурой и адаптивным спортом.

Создаются качественные условия для занятий адаптивной физической культурой и спортом с мотивацией и формированием у них потребности в этих занятиях.

Отремонтировано помещение тира, расположенного на территории Белгородского индустриального колледжа, которое было передано Учреждению по договору безвозмездного пользования на 10 лет.

Закуплены и установлены тренажеры на базе 23 школы – интерната для слабослышащих и глухих детей.

Приобретено стрелковое оружие, спортивная экипировка, столы для настольного тенниса, столы для армрестлинга.

Многолетняя спортивная подготовка разделяется на следующие этапы:

- Спортивно-оздоровительный этап с элементами спорта рассчитан на год;
- Начальная подготовка продолжительность до 3 лет;
- Тренировочный этап рассчитан на 5 лет;
- Совершенствование спортивного мастерства – до 3 лет;
- Этап высшего спортивного мастерства без ограничений.

Каждому этапу соответствуют свои задачи:

- На спортивно-оздоровительном этапе с элементами спорта предполагается привлечение максимально возможного числа занимающихся с ограниченными возможностями здоровья к систематическим занятиям физической культурой и спортом.
- На этапе начальной подготовки предусматривается дополнение к задачам первого этапа начало спортивной специализации занимающихся.
- Тренировочный этап предусматривает повышение уровня спортивных результатов и физической подготовленности с учетом индивидуальных особенностей занимающихся и требований к программам спортивной подготовки.
- На этапе совершенствования спортивного мастерства предполагается выполнять задачи спорта высших достижений выполнять разрядные нормы и успешно выступать на соревнованиях международного уровня.
- Этап высшего спортивного мастерства предполагает поддержание уровня высоких спортивных результатов и физической подготовленности спортсменов – членов сборных

команд России с целью подготовки и участия в Паралимпийских и Сурдлимпийских играх чемпионатах мира и Европы.

Условия зачисления в группы.

На этап спортивно-оздоровительной направленности и начальной подготовки принимаются лица с отклонениями в здоровье и инвалиды различных нозологических групп любого возраста.

На тренировочный этап зачисляются лица, прошедшие этап начальной подготовки не менее двух лет и выполнившие требования по общефизической и специальной подготовке и наличии соответствующих заключений медицинских работников.

Этап совершенствования спортивного мастерства формируется из спортсменов выполнивших соответствующие требования вида спорта и спортивный разряд или вошедших в сборные России при условии положительной динамики спортивных результатов.

Этап высшего спортивного мастерства формируется из спортсменов, выступающих на международных соревнованиях и являющихся членами сборной России с целью их подготовки на «паралимпийские и сурдлимпийские игры».

В настоящее время в Центре занимается 736 человек различных нозологических групп:

из них дети от 7 до 18 лет - 429 человек, что составляет 58 2 %

от 18 лет и старше - 307 человек что составляет 41 7 %

Тренировочный процесс осуществляется по четырем видам спорта: «спорт глухих», «спорт слепых», «спорт лиц с нарушением интеллекта» «спорт лиц с поражением опорно-двигательного аппарата».

По десяти спортивным дисциплинам:

- Шашки
- Шахматы
- Легкая атлетика
- Пулевая стрельба

- Армрестлинг
- Стрельба из лука
- Настольный теннис
- Баскетбол
- Футбол
- Плавание

Тренировочные занятия по шашкам и шахматам проводятся со слабовидящими лицами на базе шахматного клуба и всероссийского общества слепых

С сентября 2015 года в Центре были организованы тренировочные занятия по армрестлингу для лиц с поражением опорно-двигательного аппарата и слабовидящих.

Тренировочные занятия по лёгкой атлетике проходят на базе школы №45 г. Белгорода и в легкоатлетическом манеже УСК им. «Светланы Хоркиной» для лиц с поражением опорно-двигательного аппарата, слабовидящих и слабослышащих.

На базе спортивно-оздоровительного комплекса «Луч» проходят тренировочные занятия по плаванию.

Организованы занятия по стрельбе из лука на базе спортивной школы «Молодость» для лиц с поражением опорно-двигательного аппарата

Занятия по баскетболу и настольному теннису проводятся на базе 23 школы – интернат для слабослышащих и глухих детей.

Тренировочные занятия по футболу и в группах спортивно-оздоровительной направленности проводятся на базе 23 школы-интерната для слабослышащих и глухих детей и на базе школы №30, для лиц с ментальными нарушениями.

В тире индустриального колледжа и лицея №9 проводятся тренировочные занятия со слабослышащими и лицами с поражением опорно-двигательного аппарата.

Занятия спортивно-оздоровительной направленности проводятся не только на территории города Белгорода, но и в муниципальных образованиях области:

- Г. Валуйки коррекционное учреждение для слабовидящих и слепых детей
- г. Валуйки специализированная школа – интернат для детей с нарушением интеллекта
- г. Алексеевка специализированное учреждение интернатного типа для лиц с нарушением интеллекта
- г. Новый Оскол специализированное учреждение интернатного типа для лиц с нарушением интеллекта
- Старооскольский городской округ Физкультурно-оздоровительный комплекс «Дельфин»
- Г. Волоконовка на базе спортивного комплекса
- Г. Губкин
- детский сад №12 для детей с нарушением интеллекта
- школа №14 Старооскольского городского округа дети с ограниченными возможностями здоровья

Работа по развитию адаптивной физической культуры ведётся в соответствии с календарным планом спортивно-массовых мероприятий.

Так в 2016 году наши спортсмены приняли участие в 79 официальных соревнованиях.

В целях пропаганды адаптивного спорта и привлечения лиц с ограниченными возможностями здоровья к занятиям физической культурой и спортом ежегодно проводится спартакиада среди лиц с ограниченными возможностями здоровья по следующим видам спорта:

- Армрестлинг
- Дартс
- Легкая атлетика

- Шашки
- Шахматы
- Пулевая стрельба
- Плавание

В спартакиаде принимают участие команды из 22 муниципальных образований (200 человек).

Традиционными стали соревнования: открытые первенства Центра адаптивного спорта.

Глава 3. Особенности становления, развития и современного состояния комплекса ГТО для лиц с ограниченными возможностями здоровья.

3.1 Становление, развитие и современного состояния комплекса ГТО для лиц с ограниченными возможностями здоровья

Приказом Министерства спорта России № 1073 от 16.09.2016г. на базе «Национального государственного Университета физической культуры спорта и здоровья им. П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург» был создан научно-методический центр по реализации Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Цель-разработка и внедрение комплекса нормативов ГТО для инвалидов в организованных центрах тестирования России, которых к 2018 году насчитывается около 2,5 тысячи.

Статистический метод исследования позволил установить, что по данным Министерства спорта за 2017 г. в России насчитывалось 12,5 млн. лиц с ограниченными возможностями здоровья (включая учащуюся молодежь), из которых 7 млн. доступны занятия физической культурой и спортом. Это свидетельствует о том, что выполнение нормативов испытаний (тестов) ГТО для данной категории приемлемо.

В марте 2017 года состоялось заседание Координационной комиссии Министерства спорта по введению и реализации Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне». На данном заседании был заслушан отчет директора департамента науки и образования Минспорта России о проведенной НГУ им. П.Ф. Лесгафта, г. Санкт-Петербург научно-исследовательской работе на тему «Научное обоснование классификации инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата для установления нормативов испытаний (тестов) к уровню физической

подготовленности инвалидов каждого выделенного класса при выполнении ими нормативов Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО)», выполненную в рамках Государственного контракта от 04 августа 2016 года № 457.

По окончании было решено принять следующие решения:

1. Одобрить результаты центра по разработке нормативов испытаний комплекса ГТО для инвалидов;

2. Подготовить соглашения с субъектами с субъектами Российской Федерации на проведение апробации внедрения нормативов испытаний (тестов) комплекса ГТО для инвалидов.

Получение медицинского допуска к занятию физической культурой и спортом является обязательным условием выполнения испытаний Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ВФСК ГТО) лицами с поражением опорно-двигательного аппарата (ПОДА).

Допуск должен осуществляться медицинскими организациями, осуществляющими организацию оказания медицинской помощи лицам, занимающимся спортом, или лицам, желающим выполнить нормативы испытаний (тестов) комплекса ГТО. Медицинские организации, осуществляющие допуск лиц с ПОДА к сдаче нормативов испытаний уровня физической подготовленности инвалидов ВФСК ГТО должны обладать опытом работы в данной области и квалифицированным персоналом.

При допуске лиц с ПОДА к выполнению нормативов испытаний (тестов) комплекса ГТО важно учитывать изменения, происходящие в организме человека вследствие травмы, заболевания или ампутации конечностей, состояние регуляторных систем, адаптационных реакций, морфофункциональные изменения и другие специфические особенности, которые могут стать причиной тяжелых осложнений, срыва компенсации и т.д. В связи с этим, одним из основополагающих принципов привлечения инвалидов к физическим тренировкам является строгое соблюдение

показаний, ограничений и противопоказаний к занятиям физической культурой и спортом, проведение комплексных функциональных исследований различных систем организма, оценка резервных возможностей, физической работоспособности, психологической готовности, личностной мотивации и других показателей. Физические упражнения различной степени интенсивности показаны практически всем категориям лиц с ПОДА всех возрастов. Физкультурно-оздоровительная и спортивная работа, в том числе подготовка к выполнению нормативов испытаний (тестов) комплекса ГТО должна начинаться после завершения этапа медицинской реабилитации в условиях специализированного стационара. Исходными условиями для занятий являются:

- отсутствие медицинских противопоказаний; адекватное и стабильное функциональное;
- состояние достигнутое в результате восстановительного лечения и реабилитационных;
- мероприятий;
- устойчивая мотивация.

На основании данных медицинского осмотра с учетом результатов профилактического (предварительного, периодического, углубленного) осмотра врач ответственный за проведение осмотра определяет:

1. группу состояния здоровья;
2. медицинскую группу для занятий физической культурой и оформляет медицинское заключение о допуске к выполнению нормативов ВФСК ГТО.

К выполнению нормативов ВФСК ГТО допускаются лица, относящиеся к основной медицинской группе для занятий физической культурой. Лица, относящиеся к подготовительной медицинской группе для занятий физической культурой к выполнению нормативов ВФСК ГТО допускаются после дополнительного медицинского осмотра. Лица, относящиеся к специальной медицинской группе «А» и «Б» для занятий

физической культурой к выполнению нормативов ВФСК ГТО не допускаются. Таким образом, можно проследить определенный алгоритм проведения медицинского осмотра для получения допуска к сдаче нормативов ВФСК ГТО:

1. Осмотр врачом специалистом (участковый терапевт, педиатр, врач общей практики, врач по спортивной медицине).

2. Наличие данных о прохождении одного из видов медицинского осмотра в течение последних 6 месяцев (3 месяцев – возраст 55 лет и старше), данные 7 предварительных и периодических осмотров, диспансеризации, профилактических осмотров, а также на основании «Паспорта здоровья»).

Согласно п. 7, прил. 1 приказа МЗ РФ от 01.03.2016 №134-н «О Порядке организации оказания медицинской помощи лицам, занимающимся физической культурой и спортом (в том числе при подготовке и проведении физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий), включая порядок медицинского осмотра лиц, желающих пройти спортивную подготовку, заниматься физической культурой и спортом в организациях и (или) выполнить нормативы испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» при проведении медицинского осмотра лица, желающего выполнить нормативы испытаний (тестов) комплекса ГТО, лицам, которым по результатам диспансеризации или профилактического медицинского осмотра установлена I группа состояния здоровья либо основная медицинская группа для занятий физической культурой (1 группа), врачом терапевтом (врачом общей практики (семейным врачом) врачом педиатром) оформляется медицинское заключение о допуске к выполнению нормативов (тестов) комплекса ГТО. Лица, которым по результатам диспансеризации или профилактического медицинского осмотра установлена II или III группа состояния здоровья или подготовительная медицинская группа для занятий физической культурой (2 группа), для решения вопроса о допуске к выполнению нормативов

испытаний (тестов) комплекса ГТО направляются к врачу по спортивной медицине. Несовершеннолетние со специальной медицинской группой здоровья для занятий физической культурой к сдаче нормативов испытаний (тестов) комплекса ГТО не допускаются. Проблема заключается в том, что согласно действующим нормативно-правовым документам, в частности Приказу от 30 декабря 2003 г. N 621 «О комплексной оценке состояния здоровья детей», дети, имеющие ПОДА могут быть отнесены к II-V группам состояния здоровья и/или иметь 3 или 4 функциональные группы. Взрослым, имеющим ПОДА и инвалидность может быть установлена III группа здоровья и/или 3 или 4 функциональные группы. Соответственно, формально такие лица не могут быть допущены к сдаче нормативов испытаний (тестов) комплекса ГТО.

Для решения данной проблемы требуется разработка детальных механизмов определения групп состояния здоровья и функциональных групп для занятий физической культурой и спортом для лиц с ПОДА и инвалидностью. Следует провести четкую грань между стойкими функциональными нарушениями, вызвавшими инвалидность (ампутация, снижение мышечной силы вследствие травмы спинного мозга и т.д.) и сопутствующими заболеваниями, влияющими на функциональное состояние человека (ишемическая болезнь сердца, хронические заболевания внутренних органов, наличие инфекционных заболеваний и т.д.).

Для допуска лиц с ПОДА к сдаче нормативов испытаний уровня физической подготовленности инвалидов ВФСК ГТО рекомендуется придерживаться следующего порядка действий. На этапе первичного осмотра врачом специалистом, гражданам необходимо предоставить справку из бюро медико-социальной экспертизы с целью подтверждения инвалидности. После этого человек направляется на диспансеризацию для выявления возможных противопоказаний. После прохождения диспансеризации врач по спортивной медицине определяет функциональный класс для сдачи нормативов, группу здоровья и проводит осмотр (АД,

пульс, температура тела, отметка о прохождении флюорографии). При отсутствии противопоказаний выдается допуск к выполнению нормативов испытаний (тестов) комплекса ГТО.

Каждая группа распределяется по классам в соответствии с функциональными возможностями, а не категориями инвалидности. Такая функциональная классификация основывается прежде всего на тех способностях, которые позволяют спортсмену или спортсменке участвовать в определенной спортивной дисциплине, а потом уже — на медицинских данных. Это означает, что граждане, имеющие разные причины инвалидности, могут оказаться в одном функциональном классе, так как они имеют одинаковые или похожие функциональные возможности.

Врачи, осуществляющие допуск лиц с ПОДА к сдаче нормативов испытаний уровня физической подготовленности инвалидов ВФСК ГТО, должны знать ограничения и абсолютные противопоказания к занятиям адаптивной физической культурой. Данные ограничения и противопоказания в большинстве случаев определяются различными заболеваниями внутренних органов и касаются лиц с ПОДА всех категорий, независимо от причины наступления инвалидности.

К этим противопоказаниям относятся:

- лихорадящие состояния, гнойные и воспалительные процессы, хронические заболевания в стадии обострения, острые инфекционные заболевания;

- сердечно-сосудистые заболевания: ишемическая болезнь сердца с выраженными нарушениями коронарного кровообращения, стенокардия покоя и напряжения II-III функциональных классов, постинфарктный и атеросклеротический кардиосклероз с хронической коронарной недостаточностью; аневризма сердца или аорты;

 - миокардиты любой этиологии;

 - декомпенсированные пороки сердца; тяжелые нарушения ритма сердца и проводимости;

сердечно-сосудистая недостаточность; гипертоническая болезнь II и III стадии;

- хронические неспецифические заболевания легких с дыхательной недостаточностью II-III степени, хроническое легочное сердце, декомпенсированное с недостаточностью кровообращения; бронхиальная астма тяжелой формы;

- угроза кровотечения (кавернозный туберкулез, язвенная болезнь желудка и

двенадцатиперстной кишки с склонностью к кровотечению);

- угроза тромбоэмболии;

- заболевания крови (в том числе выраженная анемия);

- последствия перенесенных черепно-мозговых травм со склонностью к повышению внутричерепного давления с угрозой эпилептических припадков с выраженным вестибулярным синдромом, паркинсонизмом и др.;

- сосудистые заболевания (атеросклероз, церебральные васкулиты) с хронической недостаточностью мозгового кровообращения;

- нарушения спинального кровообращения (с локализацией в шейном отделе);

- злокачественные новообразования;

- циррозы печени с недостаточностью функции печени, желчно-каменная болезнь с частыми приступами печеночной колики и недостаточностью функции печени;

- мочекаменная болезнь с частыми приступами, хронический диффузный нефрит с хронической почечной недостаточностью;

- хронический гепатит любой этиологии в стадии обострения;

- хронический панкреатит в стадии декомпенсации, тяжелая форма;

- близорукость высокой степени с изменениями на глазном дне, состояние после отслойки сетчатки, глаукома любой степени;

- сахарный диабет тяжелой формы, осложненный ретинопатией, нефропатией,

ангиопатией и др.;

- эпилепсия со средней частотой и частыми судорожными припадками;

- остеохондроз позвоночника, осложненный грыжами дисков, спондилолистезом,

миелопатией, хронической болью, вертебробазилярной недостаточностью;

психические заболевания (шизофрения, депрессивно-маниакальные состояния, острые психозы и прочие).

Помимо этого имеются определенные ограничения и противопоказания, обусловленные непосредственно самим заболеванием или патологическим процессом, повлекшим инвалидность. Так, среди инвалидов с поражением опорно-двигательной системы особого внимания при решении вопроса о допуске к физическим тренировкам требуют лица, перенесшие травмы позвоночника. К регулярным занятиям могут допускаться инвалиды с поражением спинного мозга на различных уровнях, оперированные или прошедшие курс консервативного лечения. После легких травм или травм средней тяжести занятия могут начинаться через 6 месяцев, с постепенным увеличением нагрузки под обязательным медицинским наблюдением; после тяжелых травм — через 1 год.

После перенесенной нейроинфекции занятия следует начинать в стадии ремиссии не ранее чем через год. После удаления доброкачественных опухолей спинного мозга занятия спортом следует начинать через 6 месяцев, в занятиях ЛФК. можно использовать элементы спорта, с постепенным увеличением их объема.

При заболеваниях позвоночника, в частности при остеохондрозе шейного отдела, следует ограничить и с осторожностью выполнять резкие движения в шейном отделе, упражнения, связанные с осевыми нагрузками (бег, прыжки, соскоки), любые упражнения, сопровождающиеся болевыми ощущениями в позвоночнике. При остеохондрозе пояснично-крестцового

отдела — силовые упражнения, увеличивающие осевую нагрузку, резкие движения и упражнения, усиливающие сотрясения позвоночника,

упражнения, способствующие увеличению подвижности в пояснично-крестцовом отделе, любые упражнения, сопровождающиеся болевыми ощущениями. При сколиозе противопоказаны упражнения с отягощениями, чрезмерная подвижность позвоночника, упражнения, связанные с сотрясением позвоночника (прыжки), виды спорта с асимметричной нагрузкой и пр.

При всех спорных моментах врачи, осуществляющие допуск, должны руководствоваться действующими национальными и международными рекомендациями по допуску спортсменов с отклонениями со стороны сердечно-сосудистой системы к тренировочно-соревновательному процессу; рекомендациями по допуску детей и подростков к занятиям спортом и ведению юных спортсменов с отклонениями со стороны сердечно-сосудистой системы, национальным руководством по спортивной медицине. Допуск лицам с ампутациями, с церебральным параличом, с другими повреждениями опорно-двигательного аппарата (кроме последствий травм и заболеваний спинного мозга) выдается на 1 год. Допуск лицам с последствиями травм и заболеваний спинного мозга выдается на 6 месяцев.

В особых случаях срок допуска определяется врачом по спортивной медицине.

В 2017 году выполнение нормативов испытаний комплекса ГТО стало доступно в экспериментальном режиме на территории «пилотных» регионов страны.

На данный момент в России цель комплекса ГТО изменилась. Сутью является повышение роли физической культуры и спорта в сохранении, а также укреплении здоровья населения, внедрение в массовое сознание ценностей гармоничного развития личности. Главным достоинством возрождения является то, что комплекс общедоступен для всех категорий

населения, в том числе для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

В марте 2018 года вышло постановление Правительства Российской Федерации «О внесении изменений в Положение о Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне», в котором утверждены основные изменения Постановления правительства РФ от 11 июня 2014 года №540.

Основные изменения коснулись в части инвалидов и лиц с ограниченными возможностями. Так в пункт 10 была добавлена следующая редакция: инвалиды и лица с ограниченными возможностями здоровья самостоятельно выбирают испытания (тесты) из числа испытаний (тестов) по одному испытанию для определения уровня развития каждого физического качества, в соответствии со степенями и возрастными группами Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса. Данное изменение уменьшит порог вхождения и позволит увеличить охват населения для сдачи нормативов.

Также были внесены подразделения испытаний для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, которые подразделяются на:

- а) испытания по определению уровня развития скоростных возможностей;
- б) испытания по определению уровня развития выносливости;
- в) испытания по определению уровня развития силы;
- г) испытания по определению уровня развития скоростно-силовых возможностей;
- д) испытания по определению уровня развития гибкости;
- е) испытания по определению уровня развития координационных способностей.

В том числе добавлен пункт согласно которого центры тестирования по выполнению нормативов испытаний осуществляют обеспечение инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья спортивным

оборудованием и инвентарем, необходимым для прохождения тестирования в соответствии с методическими рекомендациями Министерства спорта Российской Федерации. В которые были включены следующие основные методические рекомендации :

1. Организовать оснащение физкультурно-спортивной организации образовательные организации необходимой материально-технической базой, спортивным инвентарем и оборудование в соответствии с нормативными актами, регламентирующими внедрение Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» для инвалидов.

2. При необходимости обеспечить возможность использования материально-технической базы, ресурсов физкультурно-спортивных организаций по договорам совместного пользования, безвозмездного пользования и др.

3. Обеспечить волонтеров образовательных и общественных организаций необходимыми материально-техническими условиями для организации и проведения мероприятий, связанных с внедрением и популяризацией Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» для инвалидов среди различных групп населения. Это позволит осуществить полноценную сдачу контрольных испытаний практически для всех групп инвалидов. (Приложение №1).

Для того чтобы участники могли полностью реализовать свои способности, необходимо выбрать целесообразную последовательность проведения тестирования. Она заключается в необходимости начать тестирование с наименее энергозатратных видов испытаний (тестов) и предоставлении участникам достаточного периода отдыха между выполнением нормативов. Кроме того, организаторы соревнований перед тестированием должны провести общую разминку участников.

Тестирование, позволяющее определить уровень развития физических качеств лиц с ограниченными возможностями здоровья, осуществляется в следующей последовательности испытаний (тестов) для оценки:

- скоростных возможностей;
- силы;
- гибкости;
- скоростно-силовых возможностей;
- координационных способностей;
- выносливости;

Введение ВФСК ГТО для инвалидов направлено на повышение их мотивации к добровольным занятиям адаптивной физической культурой и адаптивным спортом, создание условий для проявления реальных возможностей и целесообразной двигательной активности, а также на обеспечение социальной адаптации и интеграции людей с инвалидностью в современное общество.

Научно-методическое обеспечение подготовки к сдаче нормативов испытаний (тестов) Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» должно включать получение информации по итогам обследования, обработку и интерпретацию, формирование и выдачу рекомендаций, а также научно-методический контроль. Оценка состояния подготовленности инвалидов имеет признаки системной структуры, поэтому необходимо также учитывать содержание системы научно-методического сопровождения. Для объективной оценки контроль должен опираться на различные методики оценки подготовленности. Специфика каждой методики контроля требует ориентира на необходимость учета особых условий и требований, предъявляемых к выбору используемых методов, оценивающих различные стороны подготовленности [3].

Данные требования можно выразить через следующие специфические принципы:

- принцип информативности заключается в получении полноценной информации, способной оценить уровень подготовленности инвалида по одной или более сторонам контроля;

- принцип оперативности заключается в актуальности получаемой информации о подготовленности инвалида. Различные стороны подготовленности - весьма динамичное состояние, информация о котором должна поступать в оперативном режиме для возможности предотвращения и исправления опасных состояний;

- принцип стремления к неинвазивности: необходимо учитывать, что среди инвалидов много тех, которые получили поражения в результате несчастных случаев, после чего прошли большое количество медицинских процедур и воздействий, что часто сказывается на неадекватности восприятия использования инвазивных средств, в том числе применяемых для оценки уровня различных сторон подготовленности;

1. принцип комплексности оценки различных сторон подготовленности: заключается в подборе методик, способных оценить все стороны подготовленности;

2. принцип автоматизации (применения аппаратных методик) заключается в выборе аппаратных средств и методов, способных повысить скорость и качество получаемой информации об уровне различных сторон подготовленности;

3. принцип минимизации времени затрат на обследуемых; принцип минимизации совокупности методик и тестов заключается в минимизации используемых средств и методов оценки различных сторон подготовленности; это связано с тем, что использование большого количества средств и методов весьма трудоемко и требует больших затрат сил и времени.

3.2 Проблемы и перспективы развития ГТО для лиц с ограниченными возможностями здоровья

Главной проблемой, которая возникает во время работы с инвалидами и людьми с ограниченными возможностями при сдаче ГТО – медицинский допуск. Тут можно подчеркнуть две составляющие.

1. Медицинский допуск на тестирование;
2. Обеспечение медика во время тестирования.

Для прохождения нормативов ГТО при себе необходимо иметь медицинскую справку от врача с отметкой о том, что нет противопоказаний для сдачи. Проблема получения справки есть и у здоровых людей. Не каждый медик может выдать данную справку. Если говорить об учащих, то они могут получить справку в школе. Работающие люди могут сделать справку платно или заплатив. Тут же возникает вопрос, кто выдаст справку инвалидам и людям с ограниченными возможностями.

Если же человек пришел получить допуск на месте тестирования, то у медика не хватает обеспечения или возможности правильно классифицировать категорию и нозологию.

Адаптивный спорт и физическая культура не может функционировать в полную силу без вспомогательного персонала. Подбор кандидатов – это получение необходимой и достаточной информации о них и принятие решения о приглашении на собеседование или отказе от него. Проблемы отбора волонтеров рождаются из-за отсутствия единого информационного пространства и сложности поиска волонтеров со специальными навыками. Кроме того, не всегда находятся при подборе персонала на следующие вопросы: Каковы цели его будущей деятельности? На кого она будет направлена? Что именно он будет делать? Какие проблемы и сложности могут возникнуть?

Также не всегда получается получить необходимый уровень коммуникации во время проведения сдачи норм. Не всегда на местах есть сурдпереводчики и специально обученные волонтеры. Не хватает навыков при работе с инвалидами и лицами с ограниченными возможностями.

Однако, проблемы развития адаптивного спорта очевидны:

1. Несмотря на значительные успехи в подготовке специалистов по адаптивному спорту и создания системы повышения квалификации, все еще острой проблемой является нехватка кадров. Большинство тренеров сегодня обучались для работы со здоровыми спортсменами. Для занятий с инвалидами мало общих знаний по физкультуре, необходимы специальные знания, связанные с психологией и медициной.

2. В регионах недостаточный уровень обеспеченности спортивными объектами. А в тех местах, где есть строения, наблюдается низкий уровень их загруженности. В большинстве случаев это связано со слабой материально-технической базой. Сооружения не располагают необходимым вспомогательным оборудованием для занятий инвалидов.

3. Отсутствие сертифицированных врачей, имеющих специальное образование в области диагностики спортсменов на предмет определения их к спортивному классу в определенном виде спорта. Врачи-классификаторы на сегодняшний день достаточно редкая профессия, содержание такого специалиста может себе позволить не каждый Центр спортивной подготовки, не говоря уже о школах адаптивного спорта.

4. Отсутствие пропаганды спорта среди лиц с ограниченными возможностями. Как правило, информация о мероприятиях появляется благодаря активистам из тренерского состава.

Благодаря структурному взаимодействию, можно решить следующие социальные задачи: культуросозидательная, профессионально-образовательная, здоровье сберегающая, социализирующая. В результате, инвалиды и лица с ограниченными возможностями здоровья будут приобщены к освоению целого пласта культуры, что найдет свое отражение в изменении ценностных ориентаций, улучшении физического здоровья, двигательных кондиций. А так же при привлечении инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья к мероприятиям посвященным

выполнению нормативов комплекса ГТО, возможен рост числа занимающихся адаптивной физической культурой и адаптивным спортом.

ВЫВОДЫ

1. Изучив историю возникновения Всесоюзного комплекса «Готов к труду и обороне», рассмотрев описание и характерные особенности норм и требований комплекса ГТО мы можем сделать вывод, что история комплекса ГТО показывает, что процесс физического совершенствования невозможен без постоянного процесса корректировки системы критериев, позволяющих оценить как качество педагогического процесса, так и степень развития двигательных возможностей человека и его физического состояния в целом на каждом этапе возрастного развития с учетом постоянно изменяющихся требований трудовой и военной деятельности.

Поэтому цель возрождения комплекса ГТО - попытка привить каждому человеку, а в особенности юным школьникам привычку к здоровому образу жизни и массовому спорту, чтобы вместо компьютерных игр ребята шли на стадионы.

2. В ходе исследования выявили цели, задачи и структуру нового Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне».

Цель комплекса «ГТО» – увеличение продолжительности жизни населения с помощью систематической физической подготовки.

Задачи:

- а) увеличение числа граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом в РФ;
- б) повышение уровня физической подготовленности населения;
- в) формирование у населения осознанных потребностей в систематических занятиях физической культурой и спортом, физическом совершенствовании и ведении здорового образа жизни;
- г) повышение общего уровня знаний населения о средствах, методах и формах организации самостоятельных занятий;

д) модернизация системы физического воспитания и системы развития массового, детско-юношеского, школьного и студенческого спорта в образовательных организациях.

Структура – состоит из 11 ступеней и разделенная по возрастным группам. Виды испытаний подразделяются на обязательные и испытания по выбору.

3. В процессе рассмотрения вопроса о становлении ВФСК «ГТО» для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья мы выявили, что для эффективного внедрения комплекса ГТО требуется взаимодействие многих структурных подразделений

Внедрение комплекса ГТО в тестовом режиме началось после Постановления от 6 марта 2018 года №231. В Положение о Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе «Готов к труду и обороне» внесены изменения в части определения особенностей обеспечения участия инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в выполнении нормативов комплекса ГТО в действующих центрах тестирования, включая обеспечение таких центров спортивным оборудованием и инвентарём. Это позволит привлечь к выполнению нормативов комплекса ГТО инвалидов с нарушением слуха, зрения, интеллекта, опорно-двигательного аппарата. Планируется организовать выполнение нормативов комплекса ГТО 470 тысячами инвалидов, регулярно занимающихся физической культурой и адаптивным спортом.

На первом этапе в 2018 году в мероприятиях комплекса ГТО выполнение нормативов проходило в тестовом режиме.

С начала 2019 года планируется выполнение нормативов комплекса ГТО на официальной основе.

4. В ходе работы были выявлены следующие проблемы и перспективы внедрения: вовлечение квалифицированного персонала в участия во ВФСК «ГТО»; медицинский допуск к тестированию; материально-техническая база; наглядная агитация (реклама, баннеры,

социальные сети); улучшении физического здоровья, двигательных кондиций, социализация, и рост числа занимающихся адаптивной физической культурой и спортом среди инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Актуальные проблемы и подходы к внедрению Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне»: Материалы Всероссийской научно-практической конференции / Урал. гос. пед. ун-т. – Екатеринбург, 2014. – 138 с.
2. Амонашвили Ш.А. Личностно-гуманная основа педагогического процесса. - Минск, 1990. - 559 с.
3. Амосов Н.М. Раздумья о здоровье. М.: Физкультура и спорт, 1987 -64 с.
4. Андреева Г.М. Социальная психология. М., 1989. 432 с.
5. Балужвили А.А. О подготовке к сдаче норм комплекса ГТО в группах здоровья. Тезисы Всесоюз, науч.-практич. конф. по Всесоюз. физк. комплексу "Готов к труду и обороне СССР". - М.,1974, С.131-132.
6. Бальсевич В.К. Физическая подготовка в системе воспитания культуры здорового образа жизни человека (методологические, экологические и организационные аспекты) // Теория и практика физической культуры. 1990. -№1. - С.20-26.
7. Бальсевич В.К. Основные положения Концепции интенсивного инновационного преобразования национальной системы спортивно-оздоровительную воспитания детей, подростков и молодежи России // Теория и практика физической культуры. 2002. - №3. - С.43-47.
8. Белов В.И. Психология здоровья. — М., 1994.
9. Белова С.Н. Формирование ценностного отношения девочек-подростков: Дис. . канд. пед. наук. -М., 2006. 176 с.
10. Бехтерев В.М. Личность и условия ее развития и здоровья. Избранные труды по психологии личности. Т.2. СПб., 1999. - 426 с.
11. Бодалев А.А. Личность и общение. — М.: Педагогика, 1983. 210 с.
12. Богословский В.П. Сборник инструктивно-методических материалов по физическому воспитанию. — М. , 1984. 197 с.
13. Брехман И.И. Валеология — наука о здоровье. — М., 1990.- 344 с.

14.Вайнбаум Я.С. Гигиена физического воспитания и спорта: Учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений. М.: Академия, 2002.- 240с.

15.Вершловский С. Г. Общее образование взрослых: стимулы и мотивы. М., 1987.- 197 с.

16.Всесоюзный физкультурный комплекс "Готов - к Труд и Обороне СССР" (ГТО). М.:ФизС, 1976. - 40 с.

17.Герасимов К.Е. Основы физической культуры. Методика и организация проведения самостоятельных занятий по физической культуре. М., МГУИЭ, 2006.- 90 с.

18.Государственная программа Российской Федерации "Развитие физической культуры и спорта" на 2013 – 2020 годы.

19.Государственная программа Российской Федерации «Развитие образования» на 2013-2020 гг., утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 22 ноября 2012 г. № 2148.

20.Готов к Труд и Обороне СССР". М.,1974, с.24-27.

21.Зайцев Г.К., Колбанов В.В., Колесникова М.Г. Педагогика здоровья: образовательные программы по валеологии. СПб., 1994. - 78 с.

22.Значки ГТО, Единой всесоюзной спортивной классификации и спортивных судей // Спортивная атрибутика: Альбом /Сост. В. Кудряшов, худож. И.Петрович. — 2-е, исправленное. — М.: Физкультура и спорт, 1978. — С. 17. — 84 с.

23.Кондратов А. М., Здоровье - в движении!— Л.: Лениздат, 1985.— 78 с.

24.Кофман Л.Б. Настольная книга учителя физической культуры. — М., 1998. 198 с.

25.Лазуитова М.Н., Казина Э.М. Здоровье. Личность. Образование. — Кемерово, 1996.-231 с.

26.Лубышева Л.И. Современный ценностный потенциал физической культуры и спорта и пути его освоения обществом и личностью // Теория и практика физической культуры. 1997. С.76-81.

27.Методика воспитательной работы: Учеб.пособие для студ. высш. пед. заведений /Л.А.Байкова, Л.К.Гребенкина, О.В.Еремкина и др. Под ред. В.А.Сластенина. М.: Издательский центр «Академия», 2002. 144 с.

28.Методические рекомендации по тестированию населения в рамках Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО). Одобрены на заседании Координационной комиссии Министерства спорта Российской Федерации по введению и реализации Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» (ГТО) протоколом № 1 от 23.07.2014 пункт II/1 Одобрены на заседаниях Экспертного совета по вопросам Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса 28.05.2014 и 27.08.2014.

29.Образование и здоровое развитие учащихся: Материалы Всероссийского Форума с международным участием. Москва, 2005. 4.111. - М.: Ключ-С, 2005. - 232 с.

30.Педагогика и психология здоровья / Под ред. Смирнова Н.К. Ростов н/Д, 1997.-76 с.

31.Петровский А.В. Личность. Деятельность. Коллектив. — М.: Политиздат, 1982. — 255 с.

32.Пидкасистый П.И. Педагогика: Учебное пособие. -М., 1995. 328 с.

33.Платонова Т.В. Система комплексного воздействия методик здорового образа жизни в интересах физического и психического здоровья человека. Дис. .канд.пед. наук. СПб, 2003. - 184 с.

34.Подласый И.П. Педагогика: Учебник. М.: Просвещение: Гуманит. изд. Центр: ВЛАДОС, 1996. 432 с

35.Пономарева Г.В. Прогнозирование изменений подготовленности учащихся/ «Итоги научной и научно-методической работы школ». Тула, 1995. -С. 36.

36.Селевко Г.К. Современные образовательные технологии. — М., 1998. - 204 с.

37. Уваров В.А., Зуев С.Н., Кудрявцев В.В. О некоторых формах работы по комплексу ГТО.- В кн.: Вопросы теории и практики физической культуры и спорта: Материалы итоговой научной конференции ВНИИФК за 1974 г. М., 1976, с.27-28.

38. Указ Президента РФ от 24 марта 2014 года № 172 "О Всероссийском физкультурно-спортивном комплексе "Готов к труду и обороне" (ГТО)".

39. Федеральный закон от 29 декабря 2012 года № 273 – ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

40. Федеральные требования к образовательным учреждениям в части минимальной оснащенности учебного процесса и оборудования учебных помещений: Приказ Минобрнауки России от 4 октября 2010 г. № 986, зарегистрированы в Минюсте России 3 февраля 2011 г., регистрационный номер 19682.

41. Материалы II «Всероссийской научно-практической конференции Всероссийский физкультурно-спортивный комплекс «Готов к труду и обороне» (ГТО) для инвалидов» (19 октября 2018 года) / Национальный государственный университет физической культуры, спорта и здоровья имени П.Ф. Лесгафта, Санкт-Петербург. - Санкт-Петербург: [б.и.], 2018. - 158 с.

42.

Перечень спортивного инвентаря и оборудования для подготовки к выполнению нормативов Всероссийского физкультурно-спортивного комплекса «Готов к труду и обороне» для инвалидов.

1. Для определения уровня развития скоростных возможностей:

Беговая дорожка длиной 30, 60 или 100 м (Размер площадки 105 х 3 м)

Секундомер;

Дополнительное оборудование: третбан, кресло-коляска.

2. Для определения уровня развития выносливости:

Спортивный стадион или специальная оборудованная площадка на открытой местности.

Лыжи, лыжная трасса

Секундомер;

Дополнительное оборудование: третбан, кресло-коляска, палки для скандинавской ходьбы

3. Для определения уровня развития силы:

Турник (высота перекладины 250 см)

Турник (высота перекладины 180 см)

Скамья гимнастическая.

Гири 16 кг.

Дополнительное оборудование: динамометр, табурет, гимнастический коврик, кресло-коляска

4. Для определения уровня развития гибкости:

Скамья гимнастическая.

Дополнительное оборудование: гимнастический коврик, гимнастическая палка или веревка, кресло-коляска.

5. Для определения уровня развития скоростно-силовых возможностей:

Сектор для прыжков в длину с места или с разбега.

Мяч (150 г)

Спортивный снаряд (500 и 700 г)

Гимнастический коврик

Плавательный бассейн (дорожка 25 м)

Дополнительное оборудование: табурет с поддержкой спины, рулетка, кресло-коляска.

6. Для определения уровня развития координационных способностей:

Теннисный, футбольный мячи, гимнастический обруч

Плавательный бассейн (10,15 или 25 м)

Электронное оружие

Табурет, стол или стойка для стрельбы

Дополнительное оборудование: озвученная мишень (колокольчик, веревка (8 м), обруч), кресло-коляска.

Испытания, которые возможно провести на открытой местности готовятся организаторами

Выполнения бега на лыжах, кросса (бега по пересеченной местности) и организация туристических походов проводятся на заранее подготовленной территории с учетом возможностей региона, привлечением медицинского сопровождения и волонтеров.