

МИНИСТЕРСТВО СПОРТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «РОССИЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ, СПОРТА, МОЛОДЕЖИ И ТУРИЗМА  
(ГЦОЛИФК)»

РЕСУРСНЫЙ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ПО ОБУЧЕНИЮ ИНВАЛИДОВ  
И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В СФЕРЕ  
ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ И СПОРТА

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ПРОВЕДЕНИЕ ВСТУПИТЕЛЬНЫХ ИСПЫТАНИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
НАПРАВЛЕННОСТИ ПО УГСН 49.00.00 ДЛЯ ПОСТУПАЮЩИХ  
С ИНВАЛИДНОСТЬЮ И ЛИЦ С ОВЗ

Москва, 2020

Еремин Д.Н. Проведение вступительных испытаний профессиональной направленности по УГСН 49.00.00 для поступающих с инвалидностью и лиц с ОВЗ / Методические рекомендации. – М.: РГУФКСМиТ, 2020. – 46 с.

Методические рекомендации предназначены образовательным организациям высшего образования в сфере физической культуры и спорта в целях стандартизации нормативных особенностей вступительных испытаний для лиц с ограниченными возможностями и инвалидов на направления подготовки бакалавриата УГСН 49.00.00. Рекомендации предлагаются к применению работникам приемных комиссий высших учебных заведений, экзаменационным комиссиям, осуществляющим проведение внутренних вступительных испытаний, которые реализуют набор абитуриентов на направления 49.03.01 «Физическая культура», 49.03.04 «Спорт»

Образование является неотъемлемым правом каждого человека и гражданина, имеющим важное значение не только для реализации его личностного потенциала, но и для создания справедливого и свободного общества. Именно эти принципы, в конечном итоге, и обуславливают устойчивое развитие социума на принципах равноправия. Таким образом, обеспечение и гарантия данного права является одной из первоочередных задач государства.

Данные методические рекомендации направлены на возможность оптимизации вступительных испытаний для лиц с ограниченными возможностями и инвалидов на направления подготовки бакалавриата УГСН 49.00.00 «Физическая культура и спорт».

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ .....	4
1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ .....	6
2. ИНВАЛИДНОСТЬ. ХАРАКТЕРИСТИКА ТИПИЧНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОВЗ РАЗЛИЧНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП.....	8
2.1. Особенности и психолого-педагогическая характеристика абитуриентов с нарушением зрения .....	10
2.2. Особенности и психолого-педагогическая характеристика абитуриентов с нарушением слуха .....	13
2.3. Особенности и психолого-педагогическая характеристика абитуриентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата .....	17
2.4. Особенности и психолого-педагогическая характеристика абитуриентов с расстройствами аутистического спектра .....	19
2.5. Особенности и психолого-педагогическая характеристика абитуриентов с тяжелыми нарушениями речи .....	21
3. ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ НОРМАТИВОВ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ.....	28
3.1. Теоретические предпосылки для выбора возможной стратегии тестирования уровня физической подготовленности инвалидов при поступлении на направления подготовки УГСН 49.03.01. ....	28
3.2. Разработка и определение адаптированных коэффициентов физической подготовленности для лиц с инвалидностью и ОВЗ.....	31
3.3. Перечень тестов для оценки физических качеств инвалидов в соответствии с избранным видом спорта.....	32
3.4. Оценивание физических качеств инвалидов по зрению, слуху и интеллекту. ....	34
4. ОБОСНОВАНИЕ И РАЗРАБОТКА АДАПТИРОВАННЫХ ПРОГРАММ ВСТУПИТЕЛЬНЫХ ИСПЫТАНИЙ К ОЦЕНКЕ РАЗВИТИЯ ФИЗИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ У ИНВАЛИДОВ .....	36
Структура программ вступительных испытаний в соответствии с нозологией и видом спорта.....	37
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	43
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ .....	44

## **ВВЕДЕНИЕ**

Образование является неотъемлемым правом каждого человека и гражданина, имеющим важное значение не только для реализации его личностного потенциала, но и для создания справедливого и свободного общества. Именно эти принципы, в конечном итоге, и обуславливают устойчивое развитие социума на принципах равноправия. Таким образом, обеспечение и гарантия данного права является одной из первоочередных задач государства.

В настоящее время увеличилась численность инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, которые активно занимаются спортом и интересуются процессами тренировочной деятельности, хотят связать свою жизнь со спортом и подготовкой спортивных кадров. Не вызывает сомнения, что возможности поступления лиц с ОВЗ и инвалидностью на интересующие их программы обучения не должны быть ограничены их интеллектуальными, физическими, психическими особенностями, кроме того, реализация программы обучения высшего образования предполагает ее освоение совместно со своими нормотипичными сверстниками.

На данный момент, одним из важнейших приоритетов социальной политики Российской Федерации, является возможность подготовки квалифицированных специалистов с ОВЗ и инвалидностью с последующим трудоустройством. Проблема занятости и трудоустройства инвалидов в сфере «Физическая культура и спорт» является актуальной и не менее важной. Инвалиды испытывают ряд трудностей в трудоустройстве по причине того, что очень часто работодатели под разными предлогами их не трудоустраивают, ограничивают в правах, делают недоступными некоторые виды работ из-за неприспособленности рабочих мест для инвалидов разных нозологических групп. Все это создает дополнительную напряженность в обществе, делает «ненужными» огромное количество людей.

Данные методические рекомендации направлены на возможность оптимизации вступительных испытаний для лиц с ОВЗ и инвалидов на направления подготовки УГСН 49.00.00 «Физическая культура и спорт».

Методические рекомендации помогут решить следующие задачи для поступления лиц с ОВЗ и инвалидов:

- 1) стандартизируют нормативы при поступлении лиц с ОВЗ и инвалидов на направления подготовки УГСН 49.00.00 «Физическая культура и спорт».

2) дадут возможность подготовки педагогических кадров при последующей работе с людьми имеющих ОВЗ и инвалидностью в обучающей среде.

3) будут способствовать созданию условий по всестороннему и гармоничному развитию и совершенствованию оставшихся (сохранных) физических качеств и способностей, и духовных сил, обеспечивающих доступную учебную и бытовую трудоспособность учащихся, а в дальнейшем профилактику остаточного здоровья, необходимого для какого-либо вида трудовой деятельности; возможностей сопровождения лиц с ОВЗ и инвалидов на каждом этапе поступления в высшее учебное заведение Министерства спорта Российской Федерации.

## 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Методические рекомендации (далее – рекомендации) по составлению оптимизированной программы вступительных испытаний, учитывающей особенности поступления инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья на направления подготовки бакалавриата и магистратуры УГСН 49.00.00 «Физическая культура и спорт» разработаны в целях осуществления возможности поступления в образовательные организации высшего образования (далее – ВО) инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (далее - ОВЗ) с учетом требований по соблюдению их прав.

Данные рекомендации разработаны на основе следующих нормативных документов:

- Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. №181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»;
- Постановление Правительства РФ от 26.12.2017 №1642 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие образования»;
- Постановление Правительства РФ от 29.03.2019 №363 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Доступная среда»;
- Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 21 августа 2020 г. №1076 «Об утверждении Порядка приема на обучение по образовательным программам высшего образования – программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры»;
- Приказ Минобрнауки России от 05.04.2017 №301 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры»;
- Методические рекомендации к организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в профессиональных образовательных организациях, в том числе оснащенности образовательного процесса (Письмо Минобрнауки России от 08.04.2014 г. № АК-44/05вн);
- Методические рекомендации об организации приема инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательные организации высшего образования (Письмо Минобрнауки России от 29.06.2015 г. №АК-1782/05).

Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» содержит государственные гарантии прав граждан Российской Федерации в области образования, среди которых гарантии возможности получения образования независимо от состояния здоровья и прочих условий; гарантия общедоступности и бесплатности высшего профессионального и послевузовского профессионального образования на конкурсной основе в государственных и муниципальных образовательных учреждениях; гарантия создания гражданам с ОВЗ для получения ими образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов.

Согласно перечисленным правовым нормам, а также нормам статьи 19 закона РФ «О социальной защите инвалидов в РФ», государство гарантирует инвалидам необходимые условия для получения образования и профессиональной подготовки.

Необходимым условием реализации указанных мероприятий является создание такой программы вступительных испытаний, которая не будет нарушать права лиц с ОВЗ и инвалидностью и даст возможность расширить перечень направлений подготовки при их выборе в период поступления.

## **2. ИНВАЛИДНОСТЬ. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОВЗ РАЗЛИЧНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ГРУПП**

В Российской Федерации в законодательстве закреплено следующее определение «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». Международными движениями за права инвалидов было сформулировано следующее определение инвалидности: «препятствие или ограничение деятельности человека с физическими, умственными, сенсорными и психическими отклонениями, при которых люди исключаются из активной жизни». На сегодняшний день в России намечается расширение «инклюзии» и наравне с термином «инвалид» применяется «лицо с ограниченными возможностями здоровья».

В соответствии с Постановлением Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 №95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом» признание лица инвалидом осуществляется федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы: Федеральным бюро медико-социальной экспертизы (далее - Федеральное бюро), главными бюро медико-социальной экспертизы (далее - главные бюро), а также бюро медико-социальной экспертизы в городах и районах (далее - бюро), являющимися филиалами главных бюро.

Признание гражданина инвалидом осуществляется при проведении медико-социальной экспертизы исходя из комплексной оценки состояния организма гражданина на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных с использованием классификаций и критериев, утверждаемых Министерством труда и социальной защиты Российской Федерации. Специалисты МСЭ применяют в своей работе классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, утверждены приказом Минтруда России от 27 августа 2019 года N 585н и Правила признания лица инвалидом утверждены постановлением Правительства Российской Федерации от 20.02.2006 № 95.

В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности, обусловленного стойким расстройством функций организма, возникшего в результате заболеваний, последствий травм или дефектов, гражданину, признанному инвалидом, устанавливается



первая, вторая или третья группа инвалидности, а гражданину в возрасте до 18 лет – категория «ребенок-инвалид».

I группа – лицо с нарушением здоровья со стойким значительно выраженным расстройством функций организма (заболевание, травма), имеющее выраженное ограничение одной (нескольких) категорий жизнедеятельности.

Критерии I группы: неспособность к самообслуживанию; неспособность к самостоятельному передвижению; дезориентация; неспособность к общению; неспособность контролировать свое поведение. Полностью зависимы от других лиц.

II группа – лицо с нарушением здоровья (со стойким выраженным расстройством функций организма), которое обусловлено заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводит к ограничению одной из следующих категорий жизнедеятельности или их сочетанию и вызывает необходимость его социальной защиты

Критерии II группы: способность к самообслуживанию и способность к самостоятельному передвижению с использованием вспомогательных средств и/или с помощью других лиц; неспособность к трудовой деятельности и обучению или способность только в специально созданных условиях с помощью других лиц; способность к общению, контролю своего поведения и ориентации во времени и пространстве с помощью других лиц.

III группа – лицо с нарушением здоровья со стойким незначительно или умеренно выраженным расстройством функций организма (заболевание, дефект, травма), имеющее не резко или умеренно выраженное ограничение одной(нескольких) категорий жизнедеятельности.

Критерии III группы: способность к самообслуживанию и способность к самостоятельному передвижению с использованием вспомогательных средств способность к трудовой деятельности при условии снижения квалификации или уменьшения объёма производственной деятельности; способность к обучению в учебных заведениях общего типа при соблюдении специального режима учебного процесса; способность к общению, характеризующаяся снижением скорости, уменьшением объёма усвоения, получения и передачи информации, способность к ориентации во времени и пространстве с использованием вспомогательных средств.

Категория «ребенок-инвалид» определяется при наличии ограничений жизнедеятельности любой категории и любой из трех степеней выраженности (которые оцениваются в соответствии с возрастной нормой), вызывающих необходимость социальной защиты.

При установлении гражданину группы инвалидности одновременно определяется в соответствии с классификациями и критериями степень ограничения его способности к трудовой деятельности (III, II или I степень ограничения), либо группа инвалидности устанавливается без ограничения способности к трудовой деятельности.

Инвалидность может быть установлена бессрочно или, например, 2 года или 1 год.

Категория «ребенок-инвалид» устанавливается на 1 или 2 года либо до достижения гражданином возраста 18 лет.

Лица с инвалидностью могут различаться по следующим критериям:

- по нозологии (различные нарушения зрения, слуха, речи, опорно-двигательного аппарата, центральной нервной системы и др., а также комплексные формы сенсорно-моторных нарушений и последствий различных соматических заболеваний);
- по степени тяжести и структуре нарушений;
- по времени его возникновения (врожденные или приобретенные);
- по причинам и характеру протекания заболевания;
- по медицинскому анамнезу и прогнозу;
- по наличию сопутствующих заболеваний и вторичных нарушений;
- по состоянию сохранных функций;
- по социальному статусу и другим признакам.

С целью осуществления наиболее продуктивного взаимодействия с абитуриентами-инвалидами и абитуриентами с ОВЗ поступающих на направления 49.03.01 «Физическая культура», 49.03.04 «Спорт», необходимо учитывать состояние здоровья, физические, психические, личностные особенности людей данной категории. Некоторые из них мы приводим в тексте настоящих рекомендаций.

## **2.1. Особенности и психолого-педагогическая характеристика абитуриентов с нарушением зрения**

Тифлопсихология занимается изучением закономерностей развития психики человека при частичном или полном нарушении зрения.

Классификация лиц с нарушением зрения.

По принципу функционирования зрительного анализатора:

1. Тотально слепые
2. Частично слепые
3. Слабовидящие

Педагогическая классификация:

1. Раноослепшие
2. Поздноослепшие
3. Слабовидящие

Слепыми считаются лица с полным отсутствием зрительных ощущений имеющие остаточное зрение (острота зрения не более 0,04 на лучшем видящем глазу с применением коррекции), или лица, сохранившие способность к светоощущению.

Тотально слепые лица не имеют никаких зрительных ощущений.

Частично слепые лица имеют остаточное зрение, острота которого составляет от 0,005 до 0,04. Такие лица имеют светоощущение, они способны выделить фигуру или силуэт из фона.

Раноослепшими считаются лица, ослепшие до формирования целостной зрительной картины окружающего мира.

Поздноослепшими считаются лица, ослепшие после формирования целостной зрительной картины окружающего мира.

Слабовидящие. У таких лиц имеются остатки зрения, которые позволяют им при особых условиях в специальном классе обучаться на зрительной основе.

Обучение слепых осуществляется на основе системы Брайля по учебникам, предназначенным для восприятия посредством осязания. Обучение слабовидящих происходит на зрительной основе с применением корректирующих зрение средств.

Со стороны нейропсихической сферы слепые лица обладают теми же качествами, что и зрячие лица, однако отсутствие зрения вызывает у слепого ряд специфических свойств в его нервной деятельности, направленных на адаптацию к окружающей действительности.

### **Психолого-педагогические особенности лиц с нарушением зрения**

Развитие эмоционально-волевой сферы людей с дефектами зрительной функции отличается от развития людей с нормальным зрением по многим параметрам. Лица, рожденные с полным отсутствием зрения, обладают немного более слабо выраженной эмоциональной функцией, так как их общение с миром ограничивается тактильными ощущениями и восприятием звуков.

Отсутствие зрительных образов приводит к повышению чувствительности нервных окончаний и обострению слуховых рецепторов. Незрячие люди более обостренно и точно могут распознавать эмоциональные состояния говорящего человека. Научившись оценивать эмоциональное состояние других людей, незрячие люди адекватно оценивают такие качества

личности своего собеседника, как активность, тревожность, смущение, скрытность, ложь. Самооценка незрячих людей зависит от того критерия, который является точкой отсчета, либо от мнения зрячих людей. Самооценка чаще всего начинается с оценки своей внешности.

Основными условиями компенсации слепоты являются общение со сверстниками, близкими и родными, осознание своего дефекта и адекватного отношения к нему, понимание своих реальных возможностей и их реализация. Отрицательными результатами низкой самооценки и неадекватного восприятия своей слепоты, отрицания возможности компенсации и полноценной жизни могут быть внутренние конфликты, конфликты с окружающим миром, нежелание учиться жить в условиях слепоты и др.

Речь слепых зависит от наличия чувственного опыта. Чем выше чувственный опыт тем богаче словарный и смысловой состав их речи, многообразнее соотношение слова с понятийным содержанием предметного мира.

### **Особенности пространственного ориентирования слепых**

Термин «пространственная ориентация слепых» подразумевает процесс применения на практике пространственных представлений, которые основаны на топографических представлениях слепого человека.

Топографическое представление является собой представление о местности, предметах и объектах на этой местности. Этот процесс основан на сложной совокупности разных образов, отраженных в памяти, зафиксированных в определенном виде, форме, удаленности и относительности чего-то более запоминающегося.

Людам с дефектами зрения проще ориентироваться в пространстве, используя отражательную, условно-рефлекторную деятельность мозга. Все процессы ориентации в пространстве строятся на интегративной деятельности двигательного анализатора.

Топографические представления делятся на две группы:

1. карта-путь
2. карта-обозрение

Карта-путь характеризуется постепенными и конкретными запоминаниями всех объектов на местности относительно друг друга, они сравниваются по размеру, запаху, определяются начальный и конечный ориентиры.

По ним человек, лишенный зрения, будет в дальнейшем ориентироваться в пространстве. Карта-путь постоянно изменяется в результате нахождения нового объекта на пути, и все прежние критерии местности изменяются относительно нового предмета.

Таким образом, пространственные ориентиры в виде карты-пути в течение жизни незрячего человека постоянно изменяются. Именно этот вид пространственной ориентации считается самым распространенным способом передвижения людей с дефектами зрения.

Карта-обозрение представляет собой моментальный мысленный охват определенного замкнутого пространства. Этот вид пространственной ориентации слепых сравнивается с планом местности для зрячих людей. Такая карта составляется при изучении всех объектов на местности, их взаимного расстояния и определения основных ориентиров.

Ориентирование в пространстве незрячих людей является результатом многих зрительных анализаторных систем.

Необходимо сказать о разности временного счета у зрячих и незрячих людей: обычно люди с дефектами зрения обладают более обостренным чувством времени, которое используется в пространственной ориентации как измерительный прибор времени передвижения.

## **2.2. Особенности и психолого-педагогическая характеристика абитуриентов с нарушением слуха**

Сурдопсихология – отрасль специальной психологии, предметом изучения которой являются закономерности психического развития лиц с нарушением слуха, а объектом – слабослышащие и глухие.

Слух имеет большое значение в развитии личности. Любое нарушение слуха влечет за собой вторичные нарушения — нарушение речи, психики и другие, а также нарушения второго, третьего и даже более высоких уровней порядка, что создает препятствия в процессе адаптации и социализации личности в обществе. В возрасте от рождения до трех лет происходит основное формирование моторных навыков, познавательной способности индивида, развитие интеллектуальной сферы и органов восприятия. Современная наука находится на таком уровне развития, что способна выявить нарушения слуха даже у новорожденного ребенка.

Своевременная диагностика и применение ранней коррекционной помощи позволяют максимально компенсировать существующий недостаток и предупредить (или смягчить) вероятные дальнейшие нарушения в психофизическом развитии индивида.

### **Причины нарушения слуха**

Нарушения слуха подразделяются:

1. Врожденные

2. Наследственные

3. Приобретенные.

Врожденные нарушения слуха:

нарушения развития головного мозга и центральной нервной системы, инфекционные заболевания, внутриутробные интоксикации (фармакологические, алкогольные, наркотические).

Наследственные нарушения слуха:

Недоразвитие сенсорных систем.

Приобретенные нарушения слуха:

Травмы, поражения сосудистой системы, интоксикации, инфекционные заболевания, неправильно проведенная вакцинация, последствия тяжёлых родов.

### **Классификация нарушений слуха**

От тяжести поражения слуховой функции:

1. Глухота

2. Тугоухость

Глухота — это полная потеря слуха, при этом возможно сохранение восприятия некоторых звуков неречевого диапазона (например, громкий гудок паровоза).

Тугоухость — это понижение слуха, позволяющее слышать хотя бы некоторые звуки на небольшом расстоянии от уха. При тугоухости возможно самостоятельное овладение речью.

Определение степени поражения слуховых органов определяется аудиометрией.

Развитие современных технологий позволяет осуществлять коррекцию частично или полностью утерянного слуха при помощи слуховых аппаратов. Компьютеризированный подбор слухового аппарата производится с учетом индивидуальных особенностей человека. Сегодня создатели слуховых аппаратов изготавливают аппараты небольших размеров (помещающихся в слуховой проход уха) и ставят перед собой задачи, направленные на повышение надежности и улучшение качества звукопередачи. Также существует метод восстановления утраченного слуха при помощи кохлеарной имплантации, операции, при которой производится вживление электронной слухопротезирующей системы.

Существующие медицинские классификации нарушений слуха направлены на диагностику и последующее лечение нарушения, а педагогическая, прежде всего, направлена на выбор стратегии обучения и воспитания.

Педагогическая классификация нарушений слуха:

1. Слабослышащие
2. Глухие
3. Позднооглохшие

Слабослышащие – лица, имеющие нарушения слуха в такой степени, что сохраняется возможность самостоятельного развития речи за счет остаточного слуха.

Глухие – лица, имеющие нарушения слуха в такой степени, что самостоятельное развитие речи становится невозможным.

Позднооглохшие – категория лиц, которые до потери слуха обладали сформированной речью.

### **Особенности формирования личности лиц с нарушением слуха**

Личность формируется в процессе получения социального опыта, постепенно в процессе коммуникативных действий с окружающими. **Личность у лиц с недостатками слуха** формируется в условиях дефицита информации, поступающей через слуховой анализатор. Это затрудняет процесс общения с нормально слышащими людьми, обедняет социальный опыт.

**Акустическое восприятие** имеет большое значение в формировании эмоциональной сферы. Лица с нарушением функций слухового анализатора зачастую лишается возможности слушать музыку, звучание человеческой речи, что приводит к дефициту эмоций, упрощению межличностных отношений. Специалисты отмечают у глухих значительные трудности понимания различных оттенков эмоций у других людей, у них с трудом формируются морально-этические представления и понятия, замедленное формирование самоконтроля за собственными эмоциями, чувствами.

### **Особенности деятельности лиц с нарушением слуха**

Процесс становления активного взаимодействия с окружающей средой у лиц с недостатками слуха происходит медленно, так как данное состояние ограничивает возможности восприятия информации, тормозя тем самым процессы интеллектуального развития, овладения речью, адаптации к условиям окружающей действительности.

Деятельность лиц с недостатком слуха имеет свои особенности уже в раннем возрасте. Так, в развитии предметной деятельности переход от неспецифических действий к специфическим происходит медленно и неравномерно по сравнению с нормально слышащими.

Особенности учебной деятельности лиц с нарушением слуха исследовались многими специалистами, которые выявили ряд проблем в формировании учебной деятельности данной категории лиц. Были отмечены затруднения в решении задач, требующих процесса анализа и синтеза, сложности применения полученных знаний в решении новых задач, в апеллировании абстрактными понятиями. Были выявлены также сниженный уровень самоконтроля у учащихся, который, однако, повышается путем применения поэтапного формирования умственных действий.

### **Особенности межличностных отношений у лиц с нарушением слуха**

Около тысячи различных звуков воспринимает человек в течение дня. И. М. Сеченов называл слуховой орган особенно мощным рецептором, участвующем в познании внешнего мира. Но незначительные остатки слуха у слабослышащих, не имеют практического значения в процессе познания, а у глухих слух отсутствует совсем.

Несмотря на применение языка жестов (жестовая речь) необходимо развитие у глухих второй сигнальной системы (развитие словесной речи, понятийного мышления), хоть это сложный и трудоемкий процесс. Навык чтения с губ является хорошим подспорьем в деле общения глухого с окружающими людьми. Он ослабляет изоляцию, которую переживает глухой в силу утраты слуха, благоприятно действует на его психику и работоспособность. Овладение навыком чтения с губ требует определенного напряжения, упорной тренировки, развития зрительного внимания. Этот навык дается не всем в одинаковой степени, некоторые овладевают им в совершенстве и легко считывают с губ собеседника, другие овладевают навыком слабее.

### **Особенности письменной речи глухих**

Письменная речь глухих сильно отличается от письменной речи слышащих. В ней проявляются все недостатки устной речи глухого. В основном это нарушения двух типов:

1. Грубый аграмматизм. Выражается в неправильном употреблении и согласовании предлогов, в пропусках главных и второстепенных членов предложения и т.п.

2. Наличие специфических ошибок, связанных с имеющимся грубым фонетико-фонематическим недоразвитием. Фонетико-фонематическое недоразвитие выражается в нарушении слуховой дифференциации звуков. Поступающий отображает на письме нарушения собственного звукопроизношения. Когда зрительный и слуховой образы звуков мало дифференцированы компенсация данного вида дисграфий мало поддается коррекции (например, «ш» и «щ», «ь» и «ъ»).



### **2.3. Особенности и психолого-педагогическая характеристика абитуриентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата**

Категория лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата неоднородна по составу. Существует различие между первичными патологиями и вторичными нарушениями в развитии или травмами. Отклонения в развитии лиц с такой диагностикой отличаются значительной полиморфностью и диссоциацией в степени выраженности.

Отмечаются следующие виды патологии опорно-двигательного аппарата:

I. Заболевания нервной системы:

- детский церебральный паралич (ДЦП);
- полиомиелит.

II. Врожденная патология опорно-двигательного аппарата:

- врожденный вывих бедра;
- кривошея;
- косолапость и другие деформации стоп;
- аномалии развития позвоночника (сколиоз);
- недоразвитие и дефекты конечностей (верхних и/или нижних);
- аномалии развития пальцев кисти;
- артрогрипоз (врожденное уродство).

III. Приобретенные заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата:

- травматические повреждения спинного мозга, головного мозга и конечностей;
- полиартрит;
- заболевания скелета (туберкулез, опухоли костей, остеомиелит);
- системные заболевания скелета (хондродистрофия, рахит).

#### **Характеристика типичных нарушений:**

Церебральные:

- нарушение опороспособности, равновесия, вертикальной позы, ориентировки в пространстве координации микро- и/или макромоторики;
- остеохондроз, мышечная гипотрофия, остеопороз, контрактуры;
- дисгармоничность физического развития;
- нарушения сердечно-сосудистой и дыхательной систем, заболевания внутренних органов;
- нарушения зрения, слуха, интеллекта;
- низкая работоспособность.

Спинальные:

- 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.

Ампутационное:

- 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.

### **Особые образовательные потребности**

В структуру особых образовательных потребностей лиц с НОДА входят:

- обязательное использование специальных методов, приемов и средств обучения (в том числе специализированных компьютерных и ассистивных технологий), обеспечивающих реализацию "обходных путей" обучения;
- индивидуализация обучения требуется в большей степени, чем для нормально развивающегося человека;
- обеспечение создания особой пространственной и временной образовательных сред;
- создание для этой категории лиц безбарьерной архитектурно-пространственной среды;
- обеспечение специальными приспособлениями и индивидуально адаптированным рабочим местом;
- организация коррекционно-поддерживающего сопровождения в образовательном процессе.

## **2.4. Особенности и психолого-педагогическая характеристика абитуриентов с расстройствами аутистического спектра**

Под аутизмом в широком смысле может пониматься обычно явная необщительность, стремление уйти от контактов, жить в своем собственном мире. Можно дать также следующее определение данному расстройству:

Аутизм – это комплексное нарушение развития, включающее проблемы с социальным взаимодействием, освоением языка и целым рядом эмоциональных, когнитивных, двигательных и сенсорных способностей, а также отставание в развитии этих способностей.

Выделяют четыре группы лиц с РАС, тяжесть заболевания которых, определяется ведущим типом поведения:

1. Полная отрешенность. Мутизм, невозможность глазного контакта, наиболее выраженное полевое поведение, отсутствие целенаправленной деятельности. Крайне быстрая психическая утомляемость. При попытке установить контакт ярко выраженная агрессия и самоагрессия, затихающие при оставлении человека «в покое». Непроизвольная моторика грациозна, при совершении целенаправленных двигательных действий выявляются грубые нарушения, как в общей, так и в мелкой моторике. У многих развит музыкальный слух.

2. Активное отвержение. Стереотипность поведения является ведущей характеристикой лиц второй группы. В незнакомой обстановке поведение таких лиц вызывает тяжелые проблемы. Нарушение их стереотипов ведет к поведенческим срывам. Ярко выражена отрицательная избирательность. Обучение чему-либо закрепляется ситуативно, обучающийся не может перенести усвоенный навык в другие условия. Речь скандирована, аграмматична, поступающий может отвечать усвоенными речевыми штампами. Неправильно использует местоимения. Вырывание смысла из контекста, буквальное понимание слов и фраз. Наблюдается особое пристрастие к форме и цвету, как к таковым, без видимой цели. Особенностью умственного развития является большой разрыв в выполнении вербальных и невербальных заданий. Вербальные задания выполняются с большим трудом. Ему трудно разобраться с последовательностью действий. У этой группы лиц наиболее выражены страхи. Гиперчувствительность этих лиц ярко выражена, возможен мимолетный контакт глаз, но только с близкими. При встрече глазами с незнакомцами сильный испуг. Яркое и бурное сопротивление нарушениям привычных условий существования, генерализованная агрессия и самоагрессия. При сниженном

болевым порогом самоагессия может приводить к самоповреждению. Развита аутостимуляция, целью которой является маскировка неприятных ощущений.

3. Захватченность аутистическими интересами. Взгляд проходит мимо вас. Речь быстрая, в спокойной обстановке может быть даже литературной. В случаях волнения разговор «взахлеб», без учета интересов и реакций собеседника. Моторная неуклюжесть. В качестве стереотипов преобладает защита своих программ поведения. Агрессия как правило вербальная, выражена в очень жёсткой форме. Аутостимуляция выражается в взбадривании себя неприятными впечатлениями. В контактах ярко выражена невозможность диалога и неумение чувствовать подтекст. Крайне жесткое отстаивание своего мнения и своей линии поведения, такой человек стремится к полному доминированию в контактах.

4. Невозможность организовать общение. Внешне напоминают лиц с задержкой развития психо-эмоциональной сферы. Наблюдается не отсутствие, а неразвитость форм общения. Возможен непродолжительный глазной контакт. Поступающие легко утомляются, речь может затухать к концу фразы. Стереотипность таких лиц можно расценить как верхний порог педантизма. При нормальных условиях обучения и воспитания не развивают специальных способов аутистической защиты. Ориентированы на взрослого, крайне зависимы от его мнения. Крайне нуждаются в эмоциональной поддержке. Коммуникация с такими поступающими должна концентрироваться на когнитивных и аффективных проблемах одновременно.

### **Психолого-педагогические особенности лиц с РАС**

Аутичным людям свойственна повышенная чувствительность к различным сенсорным раздражителям: температурным, тактильным, звуковым и световым. Обычные краски действительности для аутичного человека чрезмерны, неприятны. Подобное воздействие, поступающее из окружающей среды, воспринимается аутичным человеком как травмирующий фактор. Это формирует повышенную ранимость психики. Сама окружающая среда, нормальная для здорового человека, оказывается для аутичного индивида источником постоянного отрицательного фона ощущений и эмоционального дискомфорта. Человек воспринимается аутичным индивидом как элемент окружающей среды, который, как и она сама, является для него сверхсильным раздражителем. Это объясняет ослабление реакции аутичных людей на человека вообще и, в частности, на близких. С другой стороны, отвержение контактов с близкими лишает аутичного индивида истинно человеческой психологической поддержки.

Известно, что недостаточность первой сигнальной системы, проявляющаяся у аутичного индивида в виде гиперстезии, и ее выраженная избирательность определяют наличие нарушений во второй сигнальной системе. Отсутствие потребности в контакте свидетельствует о том, что коммуникативная сфера аутичного индивида дефицитарна и зависит от степени совершенства как сенсорных, так и аффективных процессов.

Недостаточность коммуникативной сферы аутичного индивида проявляется и в особенностях его речи; как в аутизме, речевых штампах, эхолалиях, так и в несформированности мимики и жестов — факторах, сопровождающих речевое высказывание. Одновременно недостаточность структурных компонентов коммуникативной сферы при аутизме сопровождается несформированностью в онтогенезе мотивации к общению. Аутичный индивид ограждает себя от дискомфортных раздражителей с помощью различных вариантов стереотипии. Подобные формы компенсации позволяют индивиду более или менее безболезненно существовать в окружающем мире. Стереотипии могут возникать практически во всех видах деятельности аутичного индивида. В связи с этим их проявления вариативны. Так, например, в двигательной сфере моторные стереотипии возникают в виде однообразных движений и манипуляций с объектами, которые формируют у индивида приятные ощущения (верчение каких-либо предметов; игра только с какой-то одной игрушкой; бег или ходьба по кругу).

## **2.5. Особенности и психолого-педагогическая характеристика абитуриентов с тяжелыми нарушениями речи**

Речь – важнейшая психическая функция, присущая только человеку. Психические процессы такие, как восприятие, воображение, память, мышление формируются на основе речи. С помощью речи человечество накапливает знания и передаёт свой опыт из поколения в поколение. Только с помощью речи стало возможным передавать друг другу опосредованную информацию о том, с чем конкретный человек мог никогда не сталкиваться в своей жизни. Появление речи – огромный скачок эволюции, отделивший человека от животного мира.

Нарушением принято считать отклонение речевой деятельности от нормы, принятой в окружающей человека языковой среде, обусловленное нарушениями психофизических механизмов речевой деятельности.

Классификация нарушений речевого развития:

1. Недоразвитием речи считается несовершенство развития совокупности механизмов речи (общее недоразвитие) или отдельных ее компонентов.

2. Под задержкой речевого развития понимают замедление темпов развития речи индивида относительно сверстников.

3. Распадом речи называют утрачивание коммуникативных и речевых навыков под воздействием поражения каких-либо участков головного мозга. Проявление какого-либо отклонения в развитии речи называют симптомом нарушения речи.

Комплекс таких проявлений принято называть симптоматикой нарушения речи. Процесс нарушения речевой деятельности называют патогенезом нарушения речи.

В зависимости от степени выраженности и локализации органической и функциональной недостаточности центральной нервной системы при нарушениях речи может наблюдаться:

– локальный речевой дефект (недостаточность речевых зон коры головного мозга), при котором нарушения познавательной сферы вторичны;

– сочетанный психоречевой дефект (недостаточность не только речевых зон, но и височно-теменно-затылочных областей коры головного мозга), в структуру которого входят нарушения, как познавательной сферы, так и речи.

Перечисленные расстройства могут наблюдаться изолированно, либо в различных сочетаниях. К фонационным нарушениям относятся:

Дисфония (афония) - отсутствие или расстройство фонации (голоса). Проявляется либо в отсутствии голоса (афония), либо в нарушении силы, высоты или тембра голоса (дисфония). Может быть обусловлена органическими и функциональными расстройствами голосообразующего механизма центрального и периферического характера.

Заикание - нарушение темпо-ритмической стороны речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Заикание, как правило, начинается в раннем детстве. Оно может появиться у детей с опережающим речевым развитием в результате излишней речевой нагрузки, психической травмы либо у детей с задержанным речевым развитием в результате поражения определенных структур центральной нервной системы. Основным проявлением заикания являются судороги мышц речевого аппарата, которые возникают только в момент речи или при попытке начать речь.

Дислалия – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Проявляется в искаженном произнесении звуков, замене звуков или их смешении. Для этой речевой патологии характерны позднее появление речи,

значительное ограничение как пассивного, так и активного словаря. Речевое развитие при данном нарушении идет по патологическому пути.

Ринолалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленные анатомо-физиологическими дефектами речевого аппарата вследствие нарушения нормального участия носовой полости в голосообразовании. Все звуки становятся излишне назализованными (носовыми), искаженно звучат носовые звуки «м», «н»; речь при этом малоразборчива, монотонна.

Дизартрия – нарушение произносительной стороны речи, обусловленное недостаточной иннервацией речевого аппарата. Выражается в различной степени - от нечеткого произношения отдельных звуков до полной неспособности произношения звуков. Возникает в результате различных органических поражений ЦНС (при ДЦП). У таких лиц отмечаются отставание в моторном развитии, нарушения произвольных движений, дизонтогенез в формировании двигательных навыков.

Нарушения семантического (внутреннего) оформления высказывания представлены двумя видами: алалией и афазией.

Алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития индивида. Различают моторную и сенсорную алалию. При моторной алалии сохраняется понимание обращенной обиходной речи и резко нарушена способность продуцировать речь, при сенсорной - резко нарушено понимание обращенной речи, вследствие чего не происходит овладение ею. Большое значение имеет отграничение алалии (как первичного дефекта) от вторичных нарушений речевого развития при умственной отсталости и нарушениях слуха.

Афазия – полная или частичная утрата ранее сформированной речи, связанная с локальными поражениями головного мозга. В зависимости от зоны поражения выделяют моторную и сенсорную афазию. При моторной афазии поражается двигательный речевой центр (центр Брока) и индивид теряет способность говорить (нарушается экспрессивная речь), при сенсорной - поражается чувствительный (сенсорный) центр речи (центр Вернике) и индивид перестает понимать речь (импрессивная сторона). Восприятие неречевых звуков обычно не нарушено.

Нарушение письменной речи подразделяются на два вида:

1. Продуктивный (нарушение акта письма)
2. Рецептивный (расстройство чтения)

Дислексия - нарушение чтения, связанное с поражением некоторых участков коры головного мозга. Проявляется в затруднении при распознавании и узнавании букв, при слиянии букв в слоги и слогов в слова, что приводит к замедленному, часто угадывающему характеру чтения, неправильному пониманию даже простейшего текста.

Дисграфия - частичное специфическое расстройство процесса письма. Проявляется в нестойких оптико-пространственных образах букв, в искажениях звуко-слогового состава слова и структуры предложения. В основе дисграфии у людей обычно находится недоразвитие устной речи и недостатки произношения. У индивида с дисграфией, как правило, с трудом формируются графические навыки, в результате чего почерк неровный. Затруднения индивида при выборе нужной буквы придают характерный небрежный вид письму.

### **Психолого-педагогическая классификация**

1. Нарушение средств общения
2. Нарушения в применении средств общения.

Первая группа – нарушение средств общения включает: фонетико-фонематическое и общее недоразвитие речи.

Фонетико-фонематическое недоразвитие речи (ФФНР) – нарушение процессов формирования произносительной системы родного языка с различными речевыми расстройствами вследствие дефектов восприятия и произношения фонем (звуков). Среди лиц с нарушениями речи эта группа является наиболее многочисленной. В устной речи у лиц с ФФН могут наблюдаться следующие отклонения в произношении: отсутствие звука (ука-рука), замена одного звука другим определенным звуком (суба-шуба), смешения тех звуков, которые входят в состав определенных фонетических групп. Наблюдается неустойчивое употребление этих звуков в различных словах. Соответственно они испытывают значительные затруднения при обучении письму и чтению.

Общее недоразвитие речи (ОНР) – различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, относящейся к звуковой и смысловой её стороне. Данное речевое нарушение вызвано органическим поражением ЦНС или периферического отдела речевого аппарата (алалия, афазия, дизартрия, ринология) или функциональными нарушениями (задержка речевого развития). В качестве общих признаков отмечают: позднее начало развития речи, скудный словарный запас, дефекты произношения, дефекты фонемообразования. При этом у таких лиц отмечается сохранность слуха и удовлетворительное понимание доступной для определенного возраста обращенной речи. Это нарушение может быть выражено в разной



степени: от отсутствия речи или лепетного её состояния до развернутой, но с элементами фонематического и лексико-грамматического недоразвития. Степень выраженности нарушения речи может быть диагностировано у людей любого возраста. Грубое общее недоразвитие речи (ОНР) является причиной нарушения формирования познавательно-мыслительной деятельности вторичного характера.

Вторая группа – нарушения в применении средств общения к ним включает:

Заикание – сложное нарушение речи, характеризующееся расстройством её ритма и плавности. Как правило, заикание возникает в раннем детстве, то есть в период формирования фразовой речи, чаще – у легко возбудимых лиц. Вызывается заикание периодически возникающими судорогами мышц речевого аппарата, к которым иногда присоединяются и судороги лица и конечностей. Заикание рассматривается как нарушение коммуникативной функции речи при правильно сформированных средствах общения. Возможен и комбинированный дефект, при котором заикание сочетается с общим недоразвитием речи (ОНР).

Логоневроз – невротическое заболевание расстройства речевой функции, которое возникает в результате психической травмы и с течением времени смягчается. Проявляется в виде заикания и мутизма (отказа от активной речи – полное или избирательное молчание). Характеризуется общевротическими проявлениями (снижение самооценки, рост тревожности, подавленное настроение и т.п.), а также невротическим поражением речи, в частности в виде логофобии (страха речи). При этом мучительное предчувствие неполноценности своего высказывания блокирует механизм звукопроизношения. Лечение проводится преимущественно методами психотерапии.

Речевые нарушения специалисты различают по их проявлениям, природе возникновения, степени выраженности у конкретного человека, а также по их влиянию на его психическое состояние и развитие.

Нарушение темпа речи распространяется на развитие как внешней, так и внутренней речи. Такая речь плохо понимаема окружающими и может впоследствии вылиться в заикание. Патологически замедленный темп речи называется «брадилалия». Ускоренный же темп речи получил термин «тахилалия».

Заикание является самой древней проблемой в логопедии. При заикании нарушается темпо-ритмическая организация речи. Этому способствует состояние мышц речевого аппарата. В настоящее время заикание определено как сложное психофизическое расстройство.

Алалия распространена очень слабо. Она представляет собой недоразвитие речи, характеризующееся поражением речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития. Современные исследователи особо выделяют психолингвистический аспект изучения.

Афазия представляет собой полную или частичную утрату речевых способностей в результате серьезных поражений головного мозга. Типичными причинами являются нарушение мозгового кровообращения (ишемия, гемморагия), травмы, опухоли и инфекционные заболевания головного мозга.

Нарушение письменной речи подразделяется на нарушение процесса чтения (алексия, дислексия) и нарушение процесса письма (дисграфия, аграфия, дизорфография, эволюционная дисграфия).

### **Особенности психического развития лиц с речевыми нарушениями**

Даже небольшие расстройства речи могут отрицательно влиять на общее развитие индивида. Плохо говорящие часто подвергаются насмешкам со стороны сверстников, что делает их неуверенными в себе, застенчивыми, нерешительными, и в дальнейшем это способно привести к возникновению больших комплексов, что мешает преодолению дефекта, и развитию неуверенности в себе и собственных силах. Индивид может начать избегать общения, что влияет на процесс социализации личности в целом. Нарушения речи часто возникают вследствие органических или функциональных повреждений головного мозга.

Основными характеристиками можно назвать:

1. Повышенная возбудимость. Индивиду трудно усидеть на одном месте и заниматься длительное время одним и тем же видом деятельности, руки и ноги его находятся в постоянном движении. Индивид встает и ходит во время занятий, не реагируя на педагога, в перерывах между занятиями ведет себя чрезмерно активно, с трудом переключается с физической деятельности на умственную. Иногда наоборот, встречаются поступающие, отличающиеся заторможенностью и вялостью;

2. Эмоциональная неустойчивость. Настроение таких людей может резко и часто изменяться от радостного к плаксивому, от печального к агрессивному и т.д., иногда появляются признаки агрессии, беспокойства, настороженности. Нелестное замечание, плохая оценка, конфликт с другими могут вызывать вспышки гнева, ярости и даже психические расстройства;

3. Низкая работоспособность, в том числе и умственной. Индивид способен работать только в определенном темпе, специфичном именно для него, и довольно непродолжительное время, затем наступает утомление;

4. Повышенная утомляемость. Такие лица быстро устают, утомление может накапливаться и приводить к вспышкам раздражительности и плохому самочувствию; нарушениями памяти, внимания, понимания;

5. Нескоординированностью движений и нарушением равновесия; ослаблением контроля над собственными действиями.

### **3. ОБОСНОВАНИЕ ПРИМЕНЕНИЯ НОРМАТИВОВ ПО ФИЗИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВЛЕННОСТИ**

#### **3.1. Теоретические предпосылки для выбора возможной стратегии тестирования уровня физической подготовленности инвалидов при поступлении на направления подготовки УГСН 49.03.01.**

На основе анализа литературных источников, анкетирования, экспертных заключений специалистов в качестве стратегии тестирования и оценки физического и функционального состояния граждан Российской Федерации с инвалидностью и с ограниченными возможностями здоровья, распределенных на три возрастные группы, была выбрана стратегия, базирующаяся на нормативно-ориентированном и критериально-ориентированном подходах.

В качестве примеров нормативно-ориентированного подхода можно привести перцентильные шкалы, возрастные нормативы, шкалу «Лонгитюд» и другие типы нормативов. Стандартные шкалы для нормативно-ориентированных тестов обычно разрабатываются путем тестирования значительного количества определенных групп субъектов (лиц, отбираемых по половому и возрастному признаку) с последующим анализом и обобщением в виде шкал, которые, в свою очередь, оформляют, как правило, в виде набора таблиц.

Именно такой подход должен использоваться специалистами и экзаменаторами при разработке и последующей корректировке программы вступительных испытаний учитывая уровень физической подготовленности населения при поступлении в высшее учебное заведение.

Однако использование нормативно-ориентированного подхода для установления государственных требований к уровню физической подготовленности инвалидов представляется нерациональным и неэффективным, в связи с очень большой вариативностью показателей тестирования данной категории населения, разнообразием видов заболеваний и дефектов и рядом других факторов, в частности, отсутствием четко регламентированной системы оформления допусков инвалидов к сдаче нормативов по оценке уровня их физической подготовленности.

Кроме того, результаты предварительно проведенного их тестирования продемонстрировали значительное отставание от результатов здоровых граждан, которое обусловлено не только наличием того или иного заболевания, но и недостаточной

двигательной активностью данной категории граждан. Сниженная активность инвалидов, их пассивность вытекает из типичных психологических стереотипов об их ограниченных возможностях, ориентации на внешние факторы поддержания жизнедеятельности (фармакология, биологически активные добавки и др.).

Критериально-ориентированный подход позволяет охарактеризовать уровень развития физических качеств, владения оцениваемыми навыками или способностями. Используемые в данном случае оценочные шкалы представляют собой допустимый уровень результатов выполнения тестов в показателях, которые определяются на основании мнения специалистов (экзаменаторов), практического опыта, логики и других оснований.

Нормативно-ориентированные оценки предполагают сравнение результатов тестирования лиц с нормативными данными, тогда как в критериально-ориентированной оценке этого нет, здесь все зависит от того, насколько качества, умениями навыки занимающихся удовлетворяют предъявляемым требованиям, находятся в границах заданного «коридора» отклонений и не имеют никакого отношения к сравнению занимающихся между собой.

Хорошими примерами критериально-ориентированных тестов являются Fitnessgram (Cooper Institute for Aerobics Research, 1999), а также Брокпортский тест.

Для каждого оцениваемого показателя разработаны нормативы для зоны «нормального физического состояния» в зависимости от пола и возраста (от 16 до 40 лет и больше). Зона нормального физического состояния имеет верхнюю и нижнюю границу («коридор»). Следует стремиться, чтобы все показатели находились в рамках заданной границы.

Критериально-ориентированный подход, нацеливающий человека на достижение определенного уровня физической подготовленности и поддержание его на этом уровне, оптимизирует время, необходимое для достижения определенной ступени, создает предпосылки и возможности для всестороннего развития личности, ее интеллектуальных, эстетических, творческих и других проявлений. Поддержание своих физических кондиций на известном заданном уровне с минимальными затратами времени позволяет максимально полно раскрыть все стороны личности, исключить факторы, обусловленные недостаточным физическим развитием, частыми заболеваниями, тормозящими этот процесс.

Подход, в соответствии с которым человек должен в течении своей жизни постоянно увеличивать время для повышения уровня своей физической подготовленности, нельзя отнести к достаточно теоретически обоснованному.

Поэтому, соглашаясь с В.А. Уваровым, что увеличение трудности нормативов позволяет заинтересовать население в планомерном совершенствовании своей физической подготовленности и получении знаков более высокого достоинства, необходимо отметить, что увеличение трудности нормативов не может не привести к увеличению временных затрат, необходимых для планомерного совершенствования своей физической подготовленности. При этом, конечно, остро стоит вопрос – до какого уровня следует повышать трудность нормативов при поступлении в вуз и как это скажется на развитии других сторон личности? Таким образом, определение трудности нормативов, базирующееся на статистической обработке эмпирических данных.

Поэтому при установлении государственных требований к уровню физической подготовленности инвалидов при выполнении нормативов при поступлении в вуз предложен подход, условно отнесенный к критериально-ориентированным, в котором оценочные шкалы представляют собой нормативы, для здоровых лиц, но с использованием понижающих коэффициентов, количественных показателей своеобразного «гандикапа», величина которого обусловлена действиями имеющегося заболевания (дефекта).

Таким образом, на данном этапе разработки нормативов для оценки физической подготовленности инвалидов была выбрана как наиболее целесообразная и эффективная стратегия, объединяющая нормативно-ориентированный подход, использованный для обоснования нормативов для тестирования здоровых граждан нашей страны, и критериально-ориентированный, в котором используются понижающих корректировочные коэффициенты, величины которых обусловлены действием основного заболевания, но исключают факторы, обусловленные пассивностью лиц с инвалидностью.

В случае с лицами имеющих нарушение структуры и функции опорно-двигательного аппарата в качестве критериально-ориентированных шкал использовались показатели соревновательной деятельности инвалидов, которые имеют аналогичные нарушения ОДА, а также данные Единой всероссийской спортивной классификации. Разумеется, эти шкалы подходят только для тех инвалидов, которые могут быть отнесены к тому же спортивнофункциональному классу, на примере которого они построены. Причем спортивнофункциональный класс определяется отдельно для каждого вида нормативов – бег, прыжки, метания, плавание, бег на лыжах и др.

В перспективе, по мере накопления эмпирических данных возможна коррекция предлагаемых нормативов за счет использования нормативно-ориентированных шкал по аналогии со здоровыми лицами.

### **3.2. Разработка и определение адаптированных коэффициентов физической подготовленности для лиц с инвалидностью и ОВЗ**

Определение корректировочных коэффициентов для адаптации нормативов при поступлении в высшие учебные заведения для инвалидов и абитуриентов с ограниченными возможностями здоровья актуально, прежде всего, по отношению к инвалидам с сохранной структурой функциями опорно-двигательного аппарата (ОДА) – лицам с нарушениями слуха, зрения, интеллекта.

Решение данных проблем сводится к определению величины снижения норм и требований, используемых у здоровых лиц, применительно к инвалидам различных нозологических, возрастных и гендерных групп. Причем величина отличия нормативов для инвалидов должна быть сопоставима с величиной и тяжестью поражения того или иного органа или системы. Однако на эту величину снижения нормативов не должны сказываться недостаточная двигательная активность инвалидов, обусловленная нежеланием или невозможность заниматься физическими упражнениями по тем или иным объективным или субъективным причинам.

Другими словами, для определения корректировочных коэффициентов применительно к нормативам здоровых граждан с целью использовать их для проведения тестирования и оценки физической подготовленности инвалидов той или иной нозологической группы нужно изучить возможности инвалидов именно этой нозологической группы, но активно занимающихся адаптивной физической культурой и адаптивным спортом. В этом случае будет исключено влияние на результат тестирования таких факторов, как дефицит движений, гиподинамия, наличие психологических компонентов.

На настоящем этапе предлагается использовать единый корректировочный коэффициент для всех ступеней и возрастных групп инвалидов одной нозологии. В дальнейшем, по мере накопления статистических данных этот корректировочный коэффициент может быть заменен их серией, применительно к различным возрастным группам, а может быть и к каждой группе

Рассмотрим алгоритмы определения корректировочных коэффициентов для инвалидов вышеперечисленных нозологических групп.

Алгоритм определения корректировочных коэффициентов:

1. Нахождение данных о рекордах и показателях Единой Всероссийской спортивной классификации (ЕВСК) по всем девяти спортивным званиями и спортивным разрядам –

МСМК, МС, КМС, I, II, III спортивные разряды и I, II, III юношеские спортивные разряды – для здоровых спортсменов и спортсменов-инвалидов всех нозологических видов данного класса – лиц с поражением слуха, зрения (В1, В2, В3), лиц с интеллектуальными нарушениями (ЛИН) (как мужчин, так и женщин) для конкретной спортивной дисциплины, входящей в число нормативов (например, прыжок в длину с разбега, бег на дистанцию 100 м, 1500 м и др.).

2. Построение зависимостей уровня спортивного мастерства от спортивной категории (спортивного звания и спортивного разряда) спортсменов-олимпийцев, паралимпийцев (с нарушением зрения и интеллекта) и сурдлимпийцев (с нарушением слуха).

3. Определение количественных показателей разницы между показателями рекорда мира и результатами каждого спортивного звания и спортивного разряда для здоровых спортсменов, спортсменов-инвалидов каждого вида – Гл, В1, В2, В3 и ЛИН.

4. Использование корректирующих коэффициентов для определения нормативов для инвалидов всех нозологических, гендерных и возрастных групп, беря за основу данные показатели для здоровых спортсменов, представленных во ВФСК

### 3.3. Перечень тестов для оценки физических качеств инвалидов в соответствии с избранным видом спорта

На основе анализа вступительных испытаний большинства вузов, подведомственных Минспорту России, был выявлен следующий общий перечень нормативов при сдаче профессионально испытания здоровыми людьми, на основании которого были подобраны дополнительные испытания для оценки физических качеств инвалидов (таблица 1).

Таблица 1 – Обобщенный перечень нормативов при сдаче вступительных испытаний профессиональной направленности УГСН 49.00.00 для лиц с инвалидностью

Наименование физического качества	Испытание (тесты) для оценки физических качеств в действующих программах вступительных испытаний	Дополнительные испытания (тесты) для оценки физических качеств инвалидов
Скоростные возможности	1. Челночный бег 3 x 10 м (с) или 2. Бег на 30 м или 60 м или 100 м (с)	1. Бег на 40 м или 50 м или 70 м или 80 м или 90 м (с) 2. Бег в коляске на 60 м или 100 м (с) 3. Бег с лидером или третбане с максимальной интенсивностью (с)



Выносливость	1. Бег на 1 км или 1,5 км или 2 км или 3 км (мин, с) или 2. Кросс на 2 км, 3 км, 5 км (по пересеченной местности) (без учета времени) или 3. Плавание 50 м (мин, с) или 50 м (без учета времени) или	1. Бег в коляске на дистанции в зависимости от спортивно-функционального класса 2. Бег с лидером или на третбане с умеренной интенсивностью
Сила	1. Подтягивание из виса на высокой перекладине или на низкой перекладине 90 см (количество раз) или 2. Сгибание и разгибание рук в упоре лежа на полу или в упоре на гимнастическую скамейку или о сиденье стула (количество раз)	1. Приседание (количество раз) или 2. Поднимание туловища из положения лежа на спине без учета времени (количество раз) или 3. Динамометрия кистей рук
Гибкость	1. Наклон вперед из положения стоя с прямыми ногами на гимнастической скамье (см)	1. Наклон вперед из положения сидя с прямыми ногами (см) или 2. Выкрут прямых рук назад взявшись за гимнастическую палку или веревку (см) – плечевые суставы
Скоростно-силовые возможности	1. Прыжок в длину с места толчком двух ног или с разбега (см) 2. Метание мяча весом 150 г. или 500 г. или 700 г. (м) 3. Поднимание туловища из положения лежа на спине (количество раз за 1 мин) или 4. Плавание 25 м (мин, с)	1. Приседание (количество раз за 30 с) 2. Прыжок в высоту с места толчком двух ног (см) 3. Метания из коляски (м)
Координационные способности	1. Метание теннисного мяча в цель, дистанция 6 м. (количество попаданий)	1. Метания из коляски (количество попаданий)

Минимизируя количество обязательных испытаний для одноразовой сдачи норм до шести (или четырех), необходимо учитывать обязательность изменения испытаний (тестов), используемых для оценки конкретного физического качества при поступлении на определенные виды спорта. Необходимо соблюдать правило, в соответствии с которым необходимо выбрать минимум один тест для оценки конкретного качества за исключением качеств с одним или тремя тестами (гибкость и сила). Но это правило необходимо строго выполнять при оценке выносливости, скоростно-силовых возможностей и

координационных способностей, поскольку для оценки именно этих качеств используются такие прикладные навыки, как: туристический поход, плавание, метания, стрельба.

Поэтому в течении постоянной работы по двигательному самосовершенствованию все эти перечисленные прикладные навыки должны быть освоены инвалидами и обязательно использованы в процедурах тестирования при поступлении на избранный вид спорта.

Завершая данный раздел необходимо подчеркнуть, что предлагаемый порядок и показатели тестирования вводятся впервые. Поскольку такие нормативы для инвалидов никогда до этого не применялись.

### **3.4. Оценивание физических качеств инвалидов по зрению, слуху и интеллекту**

В приложениях 1-4 представлены нормативы для оценки физических качеств инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья следующих нозологических групп:

- лиц с интеллектуальными нарушениями (приложение 1);
- лиц с нарушением слуха (приложение 2);
- лиц с поражением зрения (с остаточным зрением) (приложение 3);
- лиц с поражением зрения (тотально слепых) (приложение 4);

Данные нормативы разработаны исходя из подходов, рассмотренных в настоящих методических рекомендациях.

Однако в ряде случаев показатели нормативов скорректированы с учетом предложений экзаменаторов.

Координационные способности оцениваются с помощью теста метание теннисного мяча в цель, дистанция 6 м (количество попаданий из пяти попыток), в разработанных нормативах этот тест используется во всех возрастных и нозологических группах.

Поскольку инвалидность практически по всем нозологическим группам самым негативным образом сказывается на развитии и сохранении именно координационных способностей, а также то, что оценке этой способности уделяется большое внимание в практической работе с инвалидами, тесты для их оценки введены во все программы вступительных испытаний.

При этом предлагается увеличить количество попыток с 5 до 20 в зависимости от вида спорта, где данное физическое качество превалирует, но возможно стоит изменить количество и процент попаданий.

Кроме метания теннисного мяча в цель для оценки координационных способностей у инвалидов предлагается использовать плавание (конкретное количество метров) без учета времени, с учетом возрастных особенностей занимающихся, а также стрельбу из электронного оружия. Последнее испытание (тест) подойдет многим инвалидам, кроме слепых и лиц с ампутациями и врожденным недоразвитием верхних конечностей.

Помимо этого, для оценки координационных способностей можно использовать разницу между результатами в челночном беге (3\*10 м) (с) и беге на 30 м (с).

#### **4. ОБОСНОВАНИЕ И РАЗРАБОТКА АДАптиРОВАННЫХ ПРОГРАММ ВСТУПИТЕЛЬНЫХ ИСПЫТАНИЙ К ОЦЕНКЕ РАЗВИТИЯ ФИЗИЧЕСКИХ КАЧЕСТВ У ИНВАЛИДОВ**

В ходе анализа программ вступительных испытаний по УСГН 49.00.00 нами было установлено, что не во всех из них реализуется подход к оценке физической подготовленности лиц, в качестве основной установки направленной на гармоничность развития всех качеств и прикладных навыков, по которым оцениваются возможность поступления на избранное направление и вид спорта. Это означает, что, если в одном из испытаний (нормативов) из четырех, не выполняется минимум, то абитуриент лишается возможности на поступление. В принципе такой подход часто называют установка на необходимость «подтягивания слабых звеньев» до состояния их гармоничного развития.

Учитывая то, что у инвалидов гармония развития физических кондиций, как правило, нарушена в силу наличия у них того или иного заболевания или дефекта, возникает или актуализируется проблема реализации принципа «навстречу природе», в соответствии с которым главное внимание уделяется именно тем качествам, развитие которых обусловлено генетической программой индивида. Причем «подтягивание слабых звеньев» осуществляется автоматически именно в процессе работы над сильными сторонами моторики.

В адаптивной физической культуре и адаптивном спорте принцип «навстречу природе» относится к одному из наиболее приоритетных, поскольку для эффективной работы по реабилитации и, особенно, интеграции инвалидов в социум, для работы по преодолению у них психологических комплексов – очень важно видеть результаты прогресса, пусть даже незначительного. Именно поэтому им предлагаются упражнения, которые более всего подходят для них генетически и которые, как следствие, вызывают у них положительные эмоции, укрепляют чувства уверенности в своих силах, самоуважения, повышают чувства собственного достоинства и дают возможность поступить в вуз на интересующее их направление подготовки.

В частности, некоторыми авторами предлагалось следующее:

- для сдачи норм избранный вид спорта детям 16-18 лет и старше необходимо выполнить из четырех обязательных норм не менее трех – на уровне требований здоровых поступающих;
- из общего числа альтернативных (без дифференциации) норм по выбору выполнить три (в возрасте 16-18 лет).

Следовательно, предложения об отступлении от необходимости гармоничного развития всех физических качеств на одинаково высоком уровне у инвалидов имеет место.

Для полноценной реализации принципа «навстречу природе» необходимо перейти на другую систему учёта достижений в каждом конкретном испытании.

В этом случае целесообразно перейти на бальную систему подсчёта результатов по аналогии с той системой, которая используется, например, в легкоатлетических многоборьях. Тогда появляется возможность набрать «запас прочности» при выполнении нормативов, где инвалид является наиболее сильным, и компенсировать недобор баллов в испытаниях, где его результат не очень хорош. Разумеется, для внедрения подобной системы оценки результатов испытаний физической подготовленности инвалидов необходимо провести дополнительные исследования, в том числе и по оценке самой идеи принципа «навстречу природе», ее сравнения с принципом необходимости гармоничного развития физических качеств.

### **Структура программ вступительных испытаний в соответствии с нозологией и видом спорта**

Группы видов спорта по олимпийской классификации:

1. Циклические дисциплины. К ним относятся бег, гребля, плавание, конькобежный, лыжный спорт, велоспорт и т.д.
2. Скоростно-силовые дисциплины. Это метание, спринт, отдельные виды легкой атлетики.
3. Сложнокоординационные виды спорта. К ним можно отнести художественную, спортивную гимнастику, фигурное катание и т.д.
4. Единоборства. В этой группе все виды борьбы и бокс.
5. Спортивные игры. Волейбол, хоккей, футбол и другие виды командных игр.
6. Многоборье. Легкоатлетическое десятиборье, лыжное двоеборье, пятиборье и т.д.

В приведенной выше классификации представлены группы видов спорта в соответствии с которыми можно выделить основные физические качества, способствующие достижению наивысших спортивных результатов (таблица 2).

Таблица 2 – Основные физические качества, способствующие достижению спортивных результатов

Виды спорта по характеру активности	Основные физические качества
Циклические дисциплины	Выносливость Быстрота Сила

Скоростно-силовые дисциплины	Быстрота Сила Выносливость
Сложнокоординационные дисциплины	Гибкость Координационные способности Выносливость
Единоборства	Координационные способности Сила
Спортивные игры	Координационные способности Выносливость Сила Быстрота
Многоборье	Выносливость Сила Быстрота

Целесообразно при подборе нормативов абитуриенту при сдаче вступительных испытаний отталкиваться от основных физических качеств, которые необходимо развивать и рассмотреть в избранном виде спорта для достижения наивысшего спортивного мастерства. В качестве примера приведем информацию по видам спорта и упражнениям, которые могут сдавать инвалиды и лица с ОВЗ при поступлении на данное направление подготовки (таблица 3).

Таблица 3 – Перечень упражнений по видам спорта направленных на оценку соответствующих физических качеств, поступающих с инвалидностью и лиц с ОВЗ

Физическое качество	Испытание по выбору
Быстрота	- Бег на 60 м (с) - Бег на 30 м (с) - Бег на 100 м (с) - Плавание на 50 м (с)
Выносливость	- Бег на 1 км - Бег на 2 км - Плавание на 200 м (с)
Сила	- Подтягивание из виса на высокой перекладине (кол-во раз) - Сгибание и разгибание рук в упоре лежа на полу (кол-во раз) - Сгибание и разгибание рук в упоре лежа с опорой руками о сиденье стула (кол-во раз) - Рывок гири 16 кг (кол-во раз)

Гибкость	- Наклон вперед из положения сидя с прямыми ногами (см) - Наклон вперед из положения стоя с прямыми ногами (см)
Скоростно-силовые возможности	- Прыжок в длину с места толчком двумя ногами (см) - Поднимание туловища из положения лежа на спине (кол-во раз) - Метание мяча весом 150 г. - Прыжок в длину с разбега (см)
Координационные способности	- Метание теннисного мяча в озвученную цель, дистанция 6 м (кол-во раз) - Удержание равновесия на одной ноге (с)

Порядок испытаний у мужчин и женщин на направления 49.03.01 «Физическая культура» и 49.03.04 «Спорт» проводится по следующим категориям с учетом нозологии ограничений возможностей организма:

- лица, с поражением сенсорных систем (зрения и/или слуха);
- лица, с поражением структуры и функции опорно-двигательного аппарата.

Поступающему необходимо подтвердить статус инвалида или лица имеющего ограничения в состоянии здоровья соответствующим документом (Федеральный закон от 24.11.1995 №181-ФЗ (ред. от 29.07.2018) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»).

Во время сдачи вступительного испытания профессиональной направленности (например, общей физической подготовки, далее – ОФП) допускается присутствие ассистента из числа работников организации или привлеченных лиц, оказывающих поступающим инвалидам необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей (занять рабочее место, передвигаться, прочитать и ознакомить с заданием, общаться с работниками организации, проводящими вступительное испытание).

Вступительные испытания по ОФП для поступающих инвалидов проводятся отдельно от иных поступающих или совместно, если это не создает трудности для абитуриентов при сдаче вступительного испытания.

Характерные особенности упражнений по ОФП при сдаче вступительных испытаний в соответствии нозологией инвалидности, который абитуриент определенной категории выбирает самостоятельно (не менее 4-х вступительных упражнений) представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Обязательные упражнения при сдаче общей физической подготовки лицами с инвалидностью и ОВЗ разных нозологических групп

Нозология	Обязательные упражнения
Лица с поражением ОДА (ДЦП; спинномозговые травмы; ампутации на разных уровнях; врожденные аномалии развития)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Гонка на колясках 60-200-400 м</li> <li>- Наклон вперед из положения сидя</li> <li>- Метание набивного мяча вперед или снизу вверх</li> <li>- Подъем туловища на наклонной плоскости</li> <li>- Прыжок в длину с места</li> <li>- Подтягивание на высокой или низкой перекладине</li> <li>- Сгибание-разгибание рук в упоре лежа</li> </ul>
Лица с поражением сенсорных систем	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Челночный бег 3x5</li> <li>- Челночный бег 3x10</li> <li>- Бег на 60</li> <li>- Бег 500-1000 м</li> <li>- Прыжок в длину с разбега</li> <li>- Подтягивание на высокой перекладине</li> <li>- Сгибание-разгибание рук в упоре лежа</li> </ul>

Характерные особенности упражнений по специальной физической подготовки при сдаче вступительных испытаний в соответствии нозологией инвалидности, который абитуриент определенной категории выбирает самостоятельно (не менее 1-го упражнений) представлены в таблице 5 на примере видов спорта по олимпийской классификации.

Таблица 5 – Специальные упражнения при сдаче специальной физической подготовки лицами с инвалидностью и ОВЗ разных нозологических групп

1. Циклические дисциплины

Легкая атлетика

Нозология	Вид специальной физической подготовки
Лица с поражением ОДА (ДЦП; спинномозговые травмы; ампутации на разных уровнях; врожденные аномалии развития)	- Гонка на колясках 200-400 м
Лица с поражением сенсорных систем	- Бег 400-800-1500 м



## 2. Скоростно-силовые дисциплины

### Легкая атлетика

Нозология	Вид СФП
Лица с поражением ОДА (ДЦП; спинномозговые травмы; ампутации на разных уровнях; врожденные аномалии развития)	- Гонка на колясках 60-100 м
Лица с поражением сенсорных систем	- Бег 100-200 м - Прыжок в высоту - Прыжок в длину с разбега - Метание снаряда

## 3. Сложнокоординационные виды спорта

### Спортивная гимнастика

Нозология	Вид СФП
Лица с поражением ОДА (ДЦП; спинномозговые травмы; ампутации на разных уровнях; врожденные аномалии развития)	- Подтягивание на высокой или низкой перекладине - Сгибание-разгибание рук в упоре лежа
Лица с поражением сенсорных систем	- «Планка» - Кувырок вперед - «Уголок» - Удержание равновесия на «Бревне»

## 4. Единоборства

### Бокс

Нозология	Вид СФП
Лица с поражением сенсорных систем	- Показ ударов на боксерском мешке - «Бой с тенью» - Оценка силы удара и координации

## 5. Спортивные игры

### Баскетбол

Нозология	Вид СФП
Лица с поражением ОДА (ДЦП; спинномозговые травмы; ампутации на разных уровнях; врожденные аномалии развития)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Дистанционные броски</li> <li>- Штрафные броски</li> <li>- Передачи мяча</li> </ul>
Лица с поражением сенсорных систем	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Дистанционные броски</li> <li>- Штрафные броски</li> <li>- Перемещение с ведением мяча</li> <li>- Передачи мяча</li> </ul>

Испытание оценивается по сумме набранных баллов за каждое из упражнений и затем высчитывается среднее количество по тем нормативам, которые определены в избранном виде спорта. Максимальный балл 100, минимальный положительный балл по каждому из упражнений, например 20.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В Методических рекомендациях рассматриваются основные подходы по установлению требований к вступительным испытаниям профессиональной направленности учитывающих уровень физической подготовленности инвалидов разных нозологических групп при выполнении нормативов по избранному виду спорта используя олимпийскую классификацию.

Предложены наиболее эффективная на сегодняшний день стратегия тестирования физической подготовленности инвалидов, состоящая в объединении и взаимоувязке нормативно-ориентированного и критериально-ориентированного подходов, позволяющего абитуриенту поступить на направление подготовки УГСН 49.03.00 «Физическая культура и спорта».

Учитывая состояние вопроса с оформлением в Российской Федерации категории «ребенок-инвалид», предлагается включить в данную категорию – для случаев применительно к сдаче нормативов вступительных испытаний – и обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). Исходя из этого, в Методических рекомендациях при использовании термина «инвалид», следует иметь в виду, что он включает в себя и такие категории, как: «ребенок-инвалид» и обучающийся с ОВЗ (до 18 лет).

Предложена специально разработанная классификация инвалидов, детей-инвалидов и обучающихся с ОВЗ для участия в процедуре сдачи вступительных испытаний для данной категории граждан на основании результатов, одинаковой успешности деятельности для лиц, обладающих различными наборами индивидуальных качеств, которые используются с максимальной эффективностью именно в индивидуальном способе самосовершенствования.

Методические рекомендации дают основания для широкомасштабного внедрения предлагаемых адаптированных программ к уровню физической подготовленности инвалидов и возможности поступления таких абитуриентов в высшие учебные заведения.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Александрова, Л. А. Ресурсы саморегуляции студентов с ограниченными возможностями здоровья как фактор эффективности инклюзивного образования / Л. А. Александрова, А. А. Лебедева, Д. А. Леонтьев // Личностный ресурс субъекта труда в изменяющейся России : материалы II Международной научно-практической конференции. – Ч. 2. Симпозиум «Субъект и личность в психологии саморегуляции». – Кисловодск : СевКавГТУ, 2009. – С. 11–16.
2. Андреева, Л. В. Образование лиц с ограниченными возможностями в контексте программы ЮНЕСКО «Образование для всех»: опыт России: аналитический обзор ; / Л. В. Андреева, Д. И. Бойков, Е. Ф. Войлокова [и др.] / под ред. акад. Г. А. Бордовского. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2007. – 299 с.
3. Бобкова, О.В. Обучение студентов-инвалидов и студентов с ограниченными возможностями здоровья : методические рекомендации для преподавателей МГПИ / сост. О. В. Бобкова ; Мордов. Гос. Пед. Ин-т. – Саранск, 2017. – 91 с.
4. Васильева, Н. Н. Абитуриент с инвалидностью: где и как получить высшее профессиональное образование / Н. Н. Васильева. – М. : МосГУ, 2006. – 94 с.
5. Денискина, В. З. К вопросу о формировании уровня готовности выпускников школ для слепых и слабовидящих к вузовскому образованию / В. З. Денискина // Проблемы социально-психологической и профессиональной адаптации студентов и аспирантов с нарушенным зрением в современном вузе : материалы Всероссийской научно-практической конференции студентов, аспирантов и тифлопедагогов. – СПб., 2000. – С. 115–118.
6. Кантор, В. З. Вуз в системе непрерывного образования инвалидов: социально-психологические аспекты реабилитационно-образовательного пространства / В. З. Кантор, В. В. Мурашко // Образование через всю жизнь: проблемы становления и развития непрерывного образования : материалы докладов и сообщений участников международной конференции. – СПб. : ЛОГУ, 2002. – С. 183–191.
7. Кантор, В. З. Субъективные психолого-педагогические условия социально-интеграционной эффективности вузовского образования инвалидов по зрению / В. З. Кантор // Проблемы высшего профессионального образования лиц с нарушением зрения : материалы науч.-практич. конф. – Н. Новгород : Изд-во НГУ, 2000. – С. 6–12.
8. Левченко, И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. – М. : Академия, 2001.

– 326 с. 19. Леонтьев, Д. А. Три грани смысла / Д. А. Леонтьев // Традиции и перспективы деятельностного подхода в психологии: школа А.В. Леонтьева / под ред. О.К. Тихомирова, А.Е. Войскунского, А.Н. Ждан. – М. : Смысл, 1999. – С. 56–71.

9. Мартынова, Е. А. Социальные и педагогические основы построения и функционирования системы доступности высшего образования для лиц с ограниченными физическими возможностями / Е. А. Мартынова. – Челябинск : Челяб. гос. ун-т, 2002. – 281 с.

10. Мартынова, Е. А. Требования к специальным условиям обеспечения инклюзивного образования инвалидов в организациях профессионального образования / Е. А. Мартынова, Д. Ф. Романенкова // Историческая и социально-образовательная мысль. – 2013. – № 4 (20). – С. 98–102.

11. Неделька, Л. Создание благоприятных условий для получения высшего образования лицами с дефектами зрения / Л. Неделька // Проблемы высшего профессионального образования лиц с нарушениями зрения : материалы науч.-практич. конф. – Н. Новгород, 2000. – С. 51–53.

12. Никулина, Г. В. Современные подходы к профессиональной подготовке инвалидов по зрению. Социальное партнерство в образовании взрослых, профессиональной подготовке и переподготовке населения : материалы Российской НПК / Г. В. Никулина. – СПб. : ИОВ РАО, 2002. – С. 72–73.

13. Никулина, Г. В. Инвалид по зрению в условиях современного вузовского образования: опыт, проблемы, перспективы / Г. В. Никулина // Проблемы социально-психологической и профессиональной адаптации студентов и аспирантов с нарушенным зрением в современном вузе : материалы всеросс. науч.-практич. конф. – СПб., 2000. – С. 12–20.

14. Никулина, Г. В. Формирование коммуникативной культуры инвалидов по зрению в условиях вузовского образования: психологопедагогический аспект / Г. В. Никулина // Проблемы высшего профессионального образования лиц с нарушением зрения : материалы науч.-практич. конф. – Н. Новгород : Изд-во НГУ, 2000. – С. 23–39.

15. Новиков, А. М. Российское образование в новой эпохе. Парадоксы наследия, векторы развития / А. М. Новиков. – М. : ЭГВЕС, 2000. – 388 с.

16. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов от 20.12.1993 г. // Конвенции и соглашения : сайт Организации Объединенных наций. URL: [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/disabled.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disabled.shtml)

17. Станевский, А. Г. К вопросу о технологической базе университетской системы непрерывного интегрированного профессионального образования инвалидов по слуху / А. Г. Станевский // Интегрированное профессиональное образование инвалидов по слуху в МГТУ им. Н. Э. Баумана. – М. : ГУИМЦ МГТУ, 2000. – С. 28–34.

18. Станевский, А. Г. Модель инновационного образования инвалидов, интегрированного с социальной политикой / А. Г. Станевский // 89 Интегрированное профессиональное образование инвалидов по слуху в МГТУ им. Н. Э. Баумана. – М. : ГУИМЦМГТУ, 2000. – С. 19–27.

19. Тупоногов, Б. К. Интеграция образовательного процесса инвалидов по зрению: проблемы и перспективы / Б. К. Тупоногов // Профессиональное образование лиц с нарушением зрения: проблемы, опыт, перспективы : материалы междунаро. науч.-практич. конф. : В 2 ч. – М. : Флинта : Наука, 2003. – Ч. 2. – С. 128–129.

20. Федеральный закон от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» // Гарант : информационный правовой портал. URL: <http://base.garant.ru/135916/>

21. Хуторской, А. В. Ключевые компетенции и образовательные стандарты / А. В. Хуторской // Интернет-журнал «Эйдос». – 2002. – 23 апреля. URL: <http://eidos.ru/journal/2002/0423.htm>

22. Чесноков, Н. Н. Подготовка специалистов для работы с инвалидами как фактор гуманистически ориентированной социальной политики / Н. Н. Чесноков // Спорт, духовные ценности, культура. – М. : Спорт, 1997. – С. 190–199.

23. Ярская-Смирнова, Е. Р. Политика в сфере высшего образования инвалидов / Е. Р. Ярская-Смирнова, П. В. Романов, Д. В. Зайцев [и др.] // Журнал исследований социальной политики. – 2004. – Т. 2 – № 1. URL: [http://www.paralife.narod.ru/1sociology/jsps2004v2n1/05\\_iarskaia.htm](http://www.paralife.narod.ru/1sociology/jsps2004v2n1/05_iarskaia.htm)

24. Ярская-Смирнова, Е. Р. Доступность высшего образования для инвалидов / Е. Р. Ярская-Смирнова, П. В. Романов // Университетское управление. – 2005. – № 1(34). – С. 89–99