

УДК 37

***ФИЗКУЛЬТУРА КАК СПОСОБ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ С
ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ******Карташев Н.И.****доцент,**Уфимский университет науки и технологий**Уфа, Россия****Нурутдинов Ш.Ш.****старший преподаватель,**Уфимский университет науки и технологий**Уфа, Россия***Аннотация:**

В статье обосновывается необходимость разработки и внедрения адаптированных физкультурных программ как инструмента амбулаторной реабилитации лиц с инвалидностью в условиях демографического старения и роста хронических заболеваний. На основе анализа теоретических подходов и эмпирических данных выявлены системные барьеры: дефицит индивидуализированных методик, несоответствие программ типам ограничений и ограниченная доступность занятий. Предложена практико-ориентированная модель, включающая принципы индивидуализации, модульную структуру (подготовительный, основной, восстановительный этапы). Показано, что реализация модели способствует коррекции моторных нарушений, улучшению психологического благополучия и повышению социальной вовлечённости. Исследование сфокусировано на двух ключевых аспектах: оценке эффективности реабилитационных программ, которая проводилась с использованием объективных (функциональные тесты, динамометрия) и субъективных (опросники качества жизни) критериев, и анализе условий

масштабирования, включающих подготовку квалифицированных кадров, унификацию протоколов и обеспечение эффективного междисциплинарного сотрудничества. На основании полученных данных делается заключение о критической важности системной интеграции адаптивной физической культуры в существующие маршруты комплексной реабилитации как необходимого условия для значимого улучшения уровня самостоятельности и общего качества жизни пациентов.

Ключевые слова: адаптированная физическая культура, амбулаторная реабилитация, моторные нарушения, индивидуализация программ, модульная модель, качество жизни.

PHYSICAL EDUCATION AS A METHOD FOR REHABILITATION OF PEOPLE WITH DISABILITIES

Kartashev N.I.

Associate Professor,

Ufa University of Science and Technology

Ufa, Russia

Nurutdinov Sh.Sh.

Senior Lecturer,

Ufa University of Science and Technology

Ufa, Russia

Abstract:

This article substantiates the need to develop and implement adapted physical education programs as a tool for outpatient rehabilitation of individuals with disabilities in the context of demographic aging and the rise in chronic diseases. Based on an analysis of theoretical approaches and empirical data, systemic barriers are identified: a lack of individualized methods, inappropriateness of programs for the

types of disabilities, and limited availability of classes. A practice-oriented model is proposed, incorporating the principles of individualization and a modular structure (preparatory, basic, and rehabilitation stages). Implementation of the model has been shown to contribute to the correction of motor impairments, improved psychological well-being, and increased social engagement. The study focused on two key aspects: evaluating the effectiveness of rehabilitation programs using objective (functional tests, dynamometry) and subjective (quality of life questionnaires) criteria, and analyzing scaling conditions, including training qualified personnel, standardizing protocols, and ensuring effective interdisciplinary collaboration. Based on the data obtained, a conclusion is drawn regarding the critical importance of systemically integrating adaptive physical education into existing comprehensive rehabilitation programs as a prerequisite for significantly improving patients' independence and overall quality of life.

Keywords: adapted physical education, outpatient rehabilitation, motor impairments, program individualization, modular model, quality of life.

Актуальность исследования обусловлена тремя взаимосвязанными факторами. Во-первых, глобальными демографическими изменениями: увеличением доли пожилого населения и распространённостью хронических заболеваний, что закономерно повышает потребность в доступных и эффективных реабилитационных вмешательствах, поддерживающих самостоятельность и адаптационные способности людей с инвалидностью. Во-вторых, наличием доказанного, но недостаточно реализованного потенциала физических упражнений: несмотря на подтверждённые физиологические (нейропластичность, улучшение работы кардиореспираторной системы) и психологические (снижение тревоги и депрессии, рост самооэффективности) эффекты, практическая интеграция адаптивных программ сталкивается с системными пробелами – отсутствием персонализированных методик, несоответствием стандартных протоколов специфике различных типов

ограничений и дефицитом доступных амбулаторных форм занятий. В-третьих, необходимостью преодоления барьерного комплекса (инфраструктурные, финансовые, кадровые, мотивационные ограничения) для перехода от декларативной поддержки адаптивной физической культуры к внедрению проверенных, масштабируемых и безопасных моделей реабилитации. Таким образом, разработка обоснованной модели адаптированной физкультурной программы становится не только научной, но и социально значимой задачей, направленной на повышение качества жизни, снижение нагрузки на систему здравоохранения и укрепление междисциплинарной интеграции.

В условиях демографического старения, когда доля пожилых людей растёт, а хронические заболевания становятся всё более распространёнными, физическая культура приобретает новую роль – осознанного инструмента реабилитации. Она помогает не только восстанавливать двигательные навыки, но и поддерживать самостоятельность, адаптационные способности и вовлечённость в социальную жизнь людей с инвалидностью [11, с. 5]. Невзирая на признанный потенциал физических упражнений, практическая реализация сталкивается с системными пробелами: дефицитом индивидуализированных методик, несоответствием программ специфике различных типов ограничений и ограниченным доступом к адаптивным формам занятий в амбулаторной среде [7, с. 267]. Целью настоящего исследования является разработка и обоснование модели адаптированной физкультурной программы для амбулаторной реабилитации, направленной на коррекцию моторных нарушений и улучшение психологического благополучия. Достижение этой цели предполагает анализ теоретических основ, выявление барьеров внедрения и проектирование практико-ориентированной структуры упражнений с учётом индивидуальных потребностей. Ожидаемый вклад исследования заключается в формализации критериев и методических принципов адаптации физических упражнений, что позволит повысить результативность реабилитационных вмешательств,

расширить доступность амбулаторных программ и укрепить междисциплинарную интеграцию [6, с. 77–81].

Реабилитация лиц с ограниченными возможностями – это целенаправленный многопрофильный процесс восстановления и компенсации утраченных функций с целью повышения способности к самостоятельной жизнедеятельности. Согласно определению, «реабилитация – это комплекс медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на восстановление здоровья и трудоспособности больных и инвалидов, а также на предупреждение инвалидности» [11, с. 5]. Ключевые принципы процесса включают индивидуализацию программ, системность и непрерывность мероприятий, междисциплинарное взаимодействие, функциональную ориентированность и соблюдение безопасности с учётом сопутствующих заболеваний.

Исторически физическая культура эволюционировала от элементарной гимнастики и санитарно-просветительских программ середины XX века до признания её лечебно-реабилитационным компонентом. В этот период произошла формализация методик адаптированной физической активности и включение упражнений в государственные и клинические стандарты [5, с. 4]. Современные подходы опираются на принципы доказательной медицины и предполагают разработку модульных программ с учётом типа и степени ограничения, в которых системно используются дозирование, прогрессия нагрузки и контроль эффективности [1, с. 383]. Интеграция физических упражнений в междисциплинарные планы способствует координации медицинских, терапевтических и социально-педагогических мероприятий и поддерживает реадаптацию в социуме [10, с. 99–101].

Физические упражнения воздействуют на организм комплексно, задействуя целый ряд физиологических механизмов: активируют процессы нейропластичности, оптимизируют работу сердечно-сосудистой и дыхательной систем, способствуют росту мышечной силы и нормализуют обменные процессы

[9, с. 45]. Параллельно реализуются психологические механизмы: рост самооффективности и автономии, снижение симптомов тревоги и депрессии, улучшение когнитивных функций и укрепление социальных связей, что повышает мотивацию к участию в реабилитации [8, с. 119]. Сочетание физиологических и психологических эффектов обеспечивает комплексный реабилитационный потенциал физических упражнений.

Анализ обобщённых данных показывает, что внедрение адаптированных программ физической культуры приводит к достоверному улучшению функциональных возможностей организма, совершенствованию моторных навыков и повышению качества жизни пациентов. При этом характер достигаемых изменений напрямую зависит от вида имеющегося нарушения. В группах с поражениями костно-мышечной системы доминирует положительная динамика силовых качеств и координаторных способностей. У лиц с неврологической патологией на первый план выходят улучшения двигательных функций и облегчение выполнения рутинных бытовых действий [3, с. 124–126]. Прирост функциональных показателей более значим у лиц с лёгкими и умеренными ограничениями, чем у лиц с тяжёлыми формами инвалидности. Вместе с тем существующие протоколы характеризуются недостаточной стандартизацией параметров нагрузки, что затрудняет сопоставление результатов. Методологические дефекты выражаются малыми выборками, отсутствием рандомизации и контрольных групп. Имеется дефицит данных о долгосрочной эффективности и противопоказаниях при сопутствующих заболеваниях [2, с. 150].

Барьерный комплекс включает ограниченный доступ к адаптированным объектам и специализированному оборудованию, финансовые ограничения пациентов и учреждений, нехватку подготовленных специалистов, а также транспортные и нормативные препятствия. Как отмечается, «основным фактором, влияющим на торможение развития АФК, можно считать отсутствие специализированных физкультурно-оздоровительных и спортивных

сооружений, недостаток специализированного оборудования и инвентаря» [7, с. 267].

На участие в реабилитации существенно влияют психологические детерминанты: низкая самооффективность и депрессивные проявления препятствуют началу регулярных занятий, тогда как восприятие социальной стигмы ослабляет доступ к групповым формам реабилитации. Для повышения адгезии необходимы мотивационные стратегии: постановка достижимых целей, поэтапное наращивание нагрузки, методы мотивационного интервьюирования. Системное вовлечение семьи и специалистов в поддержку и мониторинг также повышает устойчивость участия [4, с. 69–71].

Принцип индивидуализации программы базируется на систематической оценке функционального статуса и выработке измеримых целей. Планирование предусматривает адаптацию объёма и интенсивности, постепенную прогрессию и обеспечение безопасности. В рамках адаптивной физической культуры утверждается, что содержание тренировок определяется тремя ключевыми факторами. Во-первых, это имеющиеся анатомические и функциональные нарушения, которые ограничивают возможный объём нагрузок. Во-вторых, специфика психоэмоциональной сферы, характерная для каждой отдельной нозологической группы. В-третьих, необходимость приспособления техники двигательных действий к тем сохранившимся возможностям, которыми обладает костно-мышечная система [4, с. 69]. Принципы учёта типов ограничений требуют дифференцированного подхода: для неврологических расстройств акцент на восстановлении моторного контроля и профилактике спастичности; при опорно-двигательных – коррекция опоры и постепенное наращивание нагрузок; при сенсорных нарушениях – модификация инструктажа; при когнитивных – упрощение задач и учёт утомляемости [9, с. 78].

Модульная модель включает три этапа: подготовительный (коррекция тонуса и дыхания), основной (достижение функциональных целей) и восстановительный (регенерация и снижение усталости). Критерии отбора

упражнений базируются на их функциональной значимости, безопасности и переносимости. Классификация проводится по задачам: аэробная выносливость, силовая подготовка, гибкость и контроль баланса. Алгоритмы модификации предусматривают уменьшение амплитуды, использование ассистированных вариантов, снижение сопротивления. Как отмечается исследователями, «персонализация может включать в себя адаптацию упражнений, выбор соответствующего оборудования и изменение интенсивности или длительности тренировок. Такой подход способствует не только физическому развитию, но и повышает мотивацию» [1, с. 383].

Режимы занятий регламентируют длительность, частоту и интенсивность с учётом функционального статуса; типичные параметры ревизируются на основе динамики состояния. Принципы периодизации предполагают чередование фаз нагрузки для оптимизации адаптации и предотвращения переутомления. При обострениях предусмотрено снижение объёма и интенсивности, возврат к восстановительным модулям и обязательный медицинский контроль.

Оценка эффективности модели базируется на стандартизированных протоколах тестирования и валидированных инструментах до- и пост-интервенционного мониторинга. В число рекомендуемых процедур входят расчёт времени и 6 минутная прогулка, ручная динамометрия, опросники качества жизни.

Масштабирование адаптированных программ предполагает стандартизацию протоколов и включение в маршруты комплексной реабилитации. Подготовка специалистов должна быть системной и включать модульные программы, практическую подготовку и сертификацию. Разработка механизмов мониторинга качества с показательными индикаторами обеспечит контроль исходов и непрерывное совершенствование практик. Вместе с тем на пути внедрения сохраняются инфраструктурные ограничения: «существует проблема медленного развития данного направления. Нехватка

профессиональных тренеров и отсутствие целенаправленной пропаганды, формирующей интерес к занятиям физической активностью» [7, с. 267].

Актуальность интеграции адаптированных физкультурных программ остаётся высокой в силу демографических сдвигов и роста хронических заболеваний, что усиливает потребность в доступных средствах восстановления. Такие программы направлены на повышение физической независимости, предотвращение вторичных осложнений и снижение нагрузки на систему здравоохранения. Главный барьер – системный дефицит персонализированных методик и инфраструктурных решений, что подтверждается анализом социальных, экономических и мотивационно-психологических препятствий. Внедрение модели требует системных усилий по подготовке кадров, адаптации инфраструктуры и интеграции в политику реабилитации. Дальнейшие исследования целесообразно направить на валидацию методов, оптимизацию протоколов для различных типов ограничений и оценку долгосрочных результатов на качество жизни и социальную интеграцию.

Библиографический список

1. Гафуров Н.О., Мацепура Г.Н. Инновационные подходы в адаптивной физической культуре для лиц с ограниченными возможностями здоровья: стратегии, методы и практическое применение / Н.О. Гафуров, Г.Н. Мацепура // Педагогический журнал. – 2023. – № 12. – С. 380–389.
2. Епифанов В.А., Петрова М.С., Епифанов А.В. Санаторно-курортное лечение и медицинская реабилитация пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19: руководство для врачей / В.А. Епифанов, М.С. Петрова, А.В. Епифанов. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 440 с.
3. Иванов В.Д. Адаптивная физическая культура как важное средство реабилитации ветеранов боевых действий / В.Д. Иванов // Физическая культура. Спорт. Туризм. Двигательная рекреация. – 2025. – № 3. – С. 123–128.

4. Киселева Е.А., Банаян А.А. Роль экспертной информационно-аналитической системы как инструмента развития психологии адаптивного спорта / Е.А. Киселева, А.А. Банаян // Актуальные вопросы спортивной психологии и педагогики. – 2023. – № 2. – С. 67–76.
5. Коновалова Н.Г. Адаптивная физическая культура: методические указания по изучению дисциплины по направлению подготовки 44.03.05 Педагогическое образование (с двумя профилями подготовки): профиль «Физическая культура и дополнительное образование (спортивная подготовка)» / Н.Г. Коновалова. – Новокузнецк: НФИ КемГУ, 2020. – 12 с.
6. Косенкова Т.В., Дмитренко Л.Б., Кравчук Е.В. Физкультурно-оздоровительные мероприятия как фактор формирования здорового образа жизни инвалидов / Т.В. Косенкова, Л.Б. Дмитриенко, Е.В. Кравчук // Прикладные информационные аспекты медицины. – 2016. – № 2. – С. 77–81.
7. Кострыкин В.Я., Николаева Е.Н. Методика применения средств адаптивной физической культуры у детей с ДЦП / В.Я. Кострыкин, Е.Н. Николаева // Актуальные вопросы реабилитации, адаптивной и оздоровительной физической культуры, адаптивного спорта. – Луганск, 2020. – С. 267–269.
8. Миколенко В.В., Карапетьян С.Р. Перспективы развития научных исследований в области адаптивной физической культуры в контексте военной службы / В.В. Миколенко, С.Р. Карапетьян // Педагогическое образование. – 2025. – № 6. – С. 117–123.
9. Налобина А.Н., Стоцкая Е.С. Физическая реабилитация в детской неврологии / А.Н. Налобина, Е.С. Стоцкая. – Омск: Изд-во СибГУФК, 2015. – 212 с.
10. Петрукович Н.П., Врублевский Е.П. Психолого-педагогические аспекты процесса адаптации к школе детей старшего дошкольного возраста средствами физического воспитания / Н.П. Петрукович, Е.П. Врублевский //

Современные проблемы и перспективы развития адаптивной физической культуры. – Гродно, 2012. – С. 99–101.

11. Попов С.Н., Козырева О.В., Малащенко М.М. и др. Физическая реабилитация / С.Н. Попов, О.В. Козырева, М.М. Малащенко и др. – М.: Издательский центр «Академия», 2016. – 288 с.