

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

ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

ФАКУЛЬТЕТ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

Кафедра теории и методики физической культуры

**МЕТОДИКА ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ В СПЕЦИАЛЬНОЙ
МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЕ**

Выпускная квалификационная работа

обучающегося по направлению подготовки

49.04.02 Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья
(адаптивная физическая культура)

Магистерская программа «Физическая реабилитация»

заочной формы обучения, группы 02011659

Попович Анастасии Андреевны

Научный руководитель:
доцент кафедры ТИМФК
к.б.н. Климова В.К.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
Глава 1 Анализ научно-методической литературы по проблеме исследования.....	8
1.1 Организация физического воспитания в специальных медицинских группах (СМГ) в школе.....	8
1.2 Принципы комплектования медицинских групп.....	12
1.3 Основные задачи физического воспитания учащихся, отнесенных к специальной медицинской группе.....	17
1.4 Влияние подвижных игр при основных отклонениях в состоянии здоровья младших школьников	18
1.5 Особенности структуры урока физической культуры в СМГ	20
1.6 Врачебно-педагогические наблюдения.....	26
1.7 Сроки возобновления занятий физическими упражнениями после перенесённых заболеваний.....	29
Глава 2 Организация и методы исследования.....	36
2.1 Организация исследования.	36
2.2 Методы исследования.	37
Глава 3 Результаты исследования и их обсуждения.....	41
3.1 Анализ медицинских карт участниц эксперимента.....	41
3.2 Динамика уровня физической и функциональной подготовленности детей отнесенных по состоянию здоровья к СМГ.....	42
ВЫВОДЫ	49
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	51
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	52
ПРИЛОЖЕНИЯ	54

ВВЕДЕНИЕ

Игра с давних пор была неотъемлемой частью жизни ребёнка, использовалась с целью воспитания и физического развития подрастающего поколения

В современных условиях развития нашего общества наблюдается резкое снижение состояния здоровья населения и продолжительности жизни. Здоровье детей вызывает обоснованную тревогу. По данным учёных Федерации Здравоохранения в настоящее время среди учащихся в структуре заболеваний преобладают нарушения костно-мышечной системы, кровообращения, пищеварения, органов дыхания, нарушения зрительного анализатора, эндокринной системы [5].

Подвижные игры и упражнения являются универсальным и незаменимым средством укрепления здоровья школьников и их физического воспитания. В играх в ненавязчивой, развлекательной форме используются естественные движения, свойственные человеку: ходьба, бег, прыжки, метания и т.д. Игры и упражнения являются лучшим «лекарством» для детей от двигательного голода — гиподинамии, так как дети основную часть времени проводят в статическом сидячем положении. Об этом в своих работах говорили врачи, психологи, физиологи и многие специалисты по физическому воспитанию.

А. И. Белоусов (2006 г.) в своих работах говорит, что состояние здоровья подрастающего поколения сегодня вызывает обоснованную тревогу у многих специалистов, в том числе педагогов.

По данным Минздрава РФ, за последние 10 лет число школьников с хроническими заболеваниями возросло в 1,5 раза. Сейчас только 10% школьников можно назвать здоровыми, 50% имеют ту или иную патологию, а 40% относятся к группе риска. Около 25-30% детей, приходящих в 1-е классы, имеют те или иные отклонения в состоянии здоровья, а среди

выпускников школ уже более 80% нельзя назвать абсолютно здоровыми [13,24].

По мнению специалиста ФГАУ «Национальный научно-практический центр здоровья детей» Минздрава РФ, доктора медицинских наук, профессора Ирины Раппопорт (2015 г.), современные дети испытывают колоссальные нагрузки в школе. Ситуацию ухудшает наличие различных родов экзаменов, которые вызывают у школьников огромный стресс. Специалисты фиксируют рост числа психосоматических заболеваний у детей, поэтому проблема поиска рациональных подходов физического воспитания и оздоровления школьников специальных медицинских групп, в условиях учебной деятельности в школе является чрезвычайно актуальной.

Отмечается, что по сравнению с началом 1990-х годов состояние здоровья учащихся ухудшилось в 2,4-2,7 раза, а хронические болезни стали встречаться у них чаще на 40-70%. (stoletie.ru>lenta/minzdrav_v_rossii).

Таким образом, проблема исследования, которая заключается в необходимости разработать методику оздоровительных занятий по физическому воспитанию школьников специальных медицинских групп (СМГ) недостаточно изучена, является весьма актуальной и требует специального научного исследования.

Противоречие заключается в том, что с одной стороны, государство постоянно проявляет заинтересованность в сохранении и повышении здоровья школьников, с другой стороны, ежегодно снижается уровень здоровья, физической и функциональной подготовленности, растет численность детей, отнесенных к специальной медицинской группе.

В связи с этим наметилась **проблема** исследования, заключающаяся в определении роли подвижных игр и элементов спортивных игр в физической подготовленности школьников, имеющих отклонения в состоянии здоровья.

Цель работы - разработать методику занятий по физической культуре школьников специальных медицинских групп 13-16 лет, имеющих нарушения дыхательной системы.

Объект исследования - процесс физического воспитания школьников специальных медицинских групп.

Предмет исследования – методика занятий по физической культуре школьников специальных медицинских групп, имеющих отклонения в состоянии дыхательной системы.

Гипотеза исследования - предполагалось, что разработанная методика обучения, включающая подвижные игры и элементы спортивных игр, положительно повлияет на развитие физических качеств школьников СМГ.

Для достижения цели и проверки гипотезы были поставлены следующие **задачи**:

1. Изучить теоретическую и методическую литературу по проблеме исследования.

2. Разработать методику занятий по физическому воспитанию школьников СМГ с включением подвижных игр и элементов спортивных игр.

3. Оценить эффективность экспериментальной методики оздоровительных занятий по физическому воспитанию школьников СМГ.

4. Разработать практические рекомендации.

В работе использовались следующие **методы исследования**:

- анализ научно-методической литературы;
- анализ медицинских карт участников исследования;
- педагогический эксперимент;
- педагогическое тестирование;
- методы математической статистики

Теоретическую основу исследования составляют труды ведущих учёных таких как: Евсеев С.П.; Шапкова Л.В.; Ашмарин Б.А.; Выдрин В.М.

За последнее десятилетие в нашей стране накоплен большой научный и методический материал по физической культуре инвалидов различных нозологических групп в виде учебных и методических пособий, авторских образовательных программ (Григоренко В. Г., Сермеев П. В.; Рубцова Н. О.; Мосунов Д. Ф.; Астафьев Н. В.; Самыличев А. С.; Курдыбайло С. Ф.; Черник Е. С.; Мастюкова Е. М.; Горская И. Ю.; Синельникова Т. В.).

Новизна данной работы заключается в следующем:

- разработана методика занятий со школьниками специальных медицинских групп;
- определена последовательность упражнений для школьников СМГ;

Практическая значимость заключается в том, что данная методика позволила повысить эффективность оздоровительных занятий физической культурой, и может быть рекомендована к использованию в школьных учреждениях.

Теоретическая значимость проведённых исследований выражается в получении новых данных о содержании, методике оздоровительной физической культуры у школьников, относящихся к группе СМГ.

ГЛАВА 1 АНАЛИЗ НАУЧНО-МЕТОДИЧЕСКОЙ ЛИТЕРАТУРЫ ПО ПРОБЛЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1.1. Организация физического воспитания в специальных медицинских группах (СМГ) в школе

В отечественной и зарубежной возрастной психологии существует множество классификаций относительно основных периодов детства. В основу периодизаций положены различные критерии и, следовательно, границы возрастных периодов значительно варьируются. Однако, в отечественной науке принято выделять следующие возрастные периоды: младенчество — 0-1 год, ранний возраст — 1-3 лет, дошкольное детство — 3-7 лет, младший школьный возраст — 7-10-11 лет, подростковый возраст — 11-15 лет, раннее юношество — 15-17 лет.

По данным статистики можно утверждать, что оздоровительная работа в школе не привлекает должного внимания ни руководителей школ, ни самих учителей. Физическое воспитание учеников, имеющих отклонения в состоянии здоровья, недостаточное физическое развитие и слабую физическую подготовленность, требуют совместных усилий педагогов и врачей. Физиологически доказано, что двигательная активность необходима в любом возрасте, наиболее выражена она у детей и подростков. «Движение» способствует не только физическому развитию человека, но и является средством становления личности и ее особенностей. Для детей с ослабленным здоровьем, в большинстве случаев, активная двигательная деятельность недоступна, поэтому возникает дефицит в удовлетворении данной потребности. При этом гиподинамия вызывает еще большие функциональные и морфологические изменения в организме [17, 55, 61].

Начинова Е.В. (1989), Маллаев Д.М. (1993), Брезжунов В.Н. (1995), Никольская Т.Н. (1997) рассматривают физическое развитие в двух значениях:

- как процесс изменения морфологических и функциональных свойств организма человека в течении его жизни;

- как результат этого процесса, характеризующийся изменением такими параметрами как рост, вес ЖЕЛ и другие антропометрические показатели, а также степенью развития физических качеств (сила, выносливость и др.).

Физическую подготовку они рассматривают как физическое воспитание, направленное на подготовку человека к определенному роду деятельности, результаты которой проявляются в формировании прикладных двигательных умений и навыков, способствующих повышению эффективности той деятельности, на которую направлена данная физическая подготовка [20,45].

В.Н. Платонов (1986) определяет физическую подготовку как процесс, направленный на развитие физических качеств - скоростных способностей, силы, выносливости, гибкости, координационных способностей.

Итак, в общем виде двигательные способности - это индивидуальные особенности, определяющие уровень двигательных возможностей человека [10].

О способностях человека можно судить по его достижениям в процессе обучения или выполнения какой-либо двигательной деятельности. Вместе с тем, способности не сводятся к двигательным умениям и навыкам, но о наличии способностей судят по тому, как быстро и легко приобретает человек эти умения и навыки [39].

Мозговой В. М., 1977; Дмитриев А. А., 1989; Ильин В. А., 1992; считают, что обучение в школе увеличивает нагрузку на организм ребенка. Дети меньше двигаются, больше сидят, вследствие чего возникает дефицит

мышечной активности, и увеличиваются статические напряжения. Растущий организм особенно нуждается в мышечной деятельности, поэтому недостаточная активность, некомпенсируемая необходимыми по объему и интенсивности физическими нагрузками, приводит к развитию целого ряда заболеваний.

А. И. Белоусов (2006) считает, что ухудшение здоровья детей сегодня достигло критической отметки. Это стало следствием не только влияния негативных факторов социально – экономического развития страны, но и факторов психологических, эмоциональных, семейных, педагогических и медицинских. В условиях реализации Концепции модернизации российского образования нельзя не заострять внимания на проблемах здоровья, так как взаимосвязь здоровья ребёнка с успешностью, его обучения и воспитания доказана многочисленными исследованиями педагогов, медиков, психологов.

Наиболее распространены среди школьников следующие нарушения и заболевания: пищеварительной системы (гастриты, гастродуодениты), ОДА (нарушения осанки и сколиоз), сердечно-сосудистой системы (вегето-сосудистая дистония, артериальная гипертензия), обмена веществ (ожирение), органов зрения (миопия), нервной системы (неврозы).

Причины такого негативного влияния школьного обучения на состояние здоровья детей и подростков могут носить как объективный, так и субъективный характер. Действительно, в школах не хватает удобной мебели, трудно создать оптимальный воздушно-тепловой и световой режимы, зачастую невозможно составить расписание уроков, отвечающие требованиям возрастной физиологии и школьной гигиены. Однако следует отметить, что довольно часто причины ухудшения здоровья детей и подростков в процессе их пребывания в школе связаны с неправильными действиями учителей или их бездействием при решении задач охраны здоровья школьников. В то время как состояние здоровья человека на 50% зависит от образа жизни (то есть занятий физической культурой и спортом,

ведения здорового образа жизни), остальные 50% приходятся: на экологию – 20%, наследственность – 20% и 10% на медицину, то есть на независимые от человека причины.

По данным статистики можно утверждать, что оздоровительная работа в школе не привлекает должного внимания ни руководителей школ, ни самих учителей. Физическое воспитание учеников, имеющих отклонения в состоянии здоровья, недостаточное физическое развитие и слабую физическую подготовленность, требуют совместных усилий педагогов и врачей. Пархалина Е. В., 1995; Суханова Т. В., 1995; Шибанов Д. В., 1996; Смекалов Я. А., 2000; доказали, что двигательная активность необходима в любом возрасте. Двигательная активность способствует не только физическому развитию человека, но и является средством становления личности и ее особенностей. Для детей с ослабленным здоровьем, в большинстве случаев, активная двигательная деятельность недоступна, поэтому возникает дефицит в удовлетворении данной потребности. При этом гиподинамия вызывает еще большие функциональные и морфологические изменения в организме. Сочетаемость симптомов заболеваний особенно наглядно проявляется у детей, у которых отмечались одновременно нарушение осанки, сколиоз, плоскостопие, заболевания органов дыхания. Выявить первичность заболевания (первое звено среди других звеньев патологии) у больного ребенка в ряде случаев затруднено: эти сочетанные заболевания связаны между собой и отягощают друг друга [16,35,38].

Поэтому, во избежание дальнейших негативных изменений Сухарев А. Г., 1991; Нестеров В.А., 2001; утверждают, что двигательная активность для больных детей и подростков крайне необходима. Но со своими особенностями организации занятий, особенностями их проведения, особенностями дозирования нагрузок. Правильное физическое воспитание детей укрепляет и закаливает организм, повышает резистентность к воздействию отрицательных факторов окружающей среды, является

наиболее эффективным средством неспецифической профилактики и важнейшим стимулятором гармоничного роста и развития [57].

1.2. Принципы комплектования медицинских групп

Комплексная оценка состояния здоровья складывается из оценки уровней и гармоничности физического и нервно-психического развития ребенка; степени резистентности и реактивности организма (степень сопротивляемости организма неблагоприятным факторам); функционального состояния основных систем организма; наличия или отсутствия хронических заболеваний (в т. ч. врожденной патологии). На этом основании учащиеся со сходным состоянием могут быть отнесены к группам здоровья:

1. группа здоровья I – дети здоровые, с нормальным развитием и нормальным уровнем функций, и дети, имеющие внешние компенсированные врожденные дефекты развития;

2. группа здоровья II – дети здоровые, но с факторами риска по возникновению патологии, функциональными и некоторыми морфологическими отклонениями, хроническими заболеваниями в стадии стойкой клинико-лабораторной ремиссии не менее 3–5 лет, врожденными пороками развития, не осложненными заболеваниями одноименного органа или нарушением его функции, а также со сниженной сопротивляемостью к острым хроническим заболеваниям;

3. группа здоровья III – дети с хроническими заболеваниями и врожденными пороками развития разной степени активности и компенсации, с сохраненными функциональными возможностями;

4. группа здоровья IV – дети, имеющие значительные отклонения в состоянии здоровья постоянного (хронические заболевания в стадии субкомпенсации) или временного характера, но без выраженного нарушения самочувствия, со сниженными функциональными возможностями;

5. группа здоровья V – дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями[42].

На основании результатов медицинского осмотра учащихся врач делает заключение о состоянии здоровья и уровне физического развития каждого ученика, обращая внимание на особенности состояния опорно двигательной системы и других органов, участвующих в выполнении отдельных упражнений. Оценку уровня физической подготовленности дают на основе спортивного анамнеза, анализа успеваемости и наблюдений, проведенных во время выполнения тестовых физических упражнений.

Все школьники на основании медицинского заключения распределяются на три группы: основную, подготовительную и специальную. Основным критерием для включения в ту или иную медицинскую группу являются уровень здоровья и функциональное состояние организма. Для распределения в специальную медицинскую группу необходимо установление диагноза с обязательным учетом степени нарушения функций организма [1,15,26].

К основной медицинской группе при занятиях физической культурой целиком относится группа здоровья I, а также частично группа здоровья II (в тех случаях, когда имеющееся заболевание не накладывает существенных ограничений на двигательный режим). Это школьники без отклонений в состоянии здоровья и физическом развитии, имеющие хорошее функциональное состояние и соответствующую возрасту физическую подготовленность, а также учащиеся с незначительными (чаще функциональными) отклонениями, но не отстающие от сверстников в физическом развитии и физической подготовленности. Например: умеренно выраженная избыточная масса тела, некоторые функциональные нарушения органов и систем, дискинезия некоторых органов, кожно-аллергические

реакции, уплощение стоп, слабо выраженная нейрциркуляторная дистония, легкие астенические проявления [48].

Отнесенным к этой группе разрешаются занятия в полном объеме по учебной программе, подготовка и сдача тестов индивидуальной физической подготовленности. Им рекомендуются занятия видом спорта в спортивных кружках и секциях, группах ДЮСШ с подготовкой и участием в спортивных соревнованиях, турнирах, спартакиадах, спортивных праздниках и т. п.

К подготовительной медицинской группе относятся дети II группы здоровья, имеющие отставание в физическом развитии; недостаточную физическую подготовленность; незначительные отклонения в состоянии здоровья. Специальная цель физического воспитания детей с недостаточным физическим и двигательным развитием(подготовительная группа) состоит в том, чтобы повысить их физическую подготовленность до нормального уровня. Ослабленное состояние здоровья можно наблюдать как остаточные явления после перенесенных острых заболеваний, при переходе их в хроническую стадию, при хронических заболеваниях в стадии компенсации. Дети занимаются физическими упражнениями по общей программе, но при этом требуется соблюдение ряда ограничений и специальных методических правил, в частности, им противопоказаны большие объемы физических нагрузок с высокой интенсивностью.

К специальной медицинской группе (СМГ) относят тех детей, чье состояние здоровья требует занятий физическими упражнениями по отдельной программе, учитывающей особенности их здоровья (III-IV группы здоровья). Занятия для детей, отнесенных к специальной медицинской группе, являются обязательными и включаются в структуру общей учебной нагрузки учащегося.

В рамках специальной медицинской группы выделяют подгруппу А с отклонениями в состоянии здоровья постоянного или временного характера (после травм и перенесенных заболеваний), требующими ограничения

объема и интенсивности физических нагрузок, но допускающими выполнение специализированной учебной программы по физическому воспитанию в учебных заведениях в щадящем режиме. Если здоровье и показатели физического развития этих детей будут улучшаться, впоследствии их можно перевести в подготовительную группу. Учащиеся, отнесенные к подгруппе А, которые занимаются физической культурой по специальной программе в учебном заведении под руководством преподавателя физической культуры [12].

Подгруппа Б - дети, имеющие значительные отклонения в состоянии здоровья постоянного или временного характера, в том числе серьезные хронические заболевания, требующие существенного ограничения объема и интенсивности физических нагрузок (в зависимости от характера и тяжести заболевания) и выполнения физических упражнений лечебного (ЛФК) или оздоровительного характера под контролем квалифицированного педагога и врача. Учащиеся, отнесенные к подгруппе Б, занимаются физической культурой в поликлинике, врачебно-физкультурном диспансере под руководством квалифицированного педагога и специально подготовленного медицинского работника по индивидуальным программам.

При прогрессирующем улучшении состояния здоровья дети подгруппы Б могут быть по рекомендации лечащего врача переведены в подгруппу А. Перевод из одной медицинской группы в другую производится после дополнительного врачебного обследования и педагогического тестирования по итогам учебной четверти, полугодия, учебного года.

Для школьников подгруппы А физические нагрузки постепенно возрастают по интенсивности и объёму, согласно адаптационным и функциональным возможностям организма. Двигательные режимы проводят при ЧСС 120-130 уд/мин. в начале четверти и доводят интенсивность физических нагрузок ЧСС до 140-150 уд/мин. в минуту в основной части урока к концу четверти.

Двигательные режимы при ЧСС уд/мин. самые оптимальные для кардиореспираторной системы в условиях аэробного обмена и дают хороший тренирующий эффект [43].

Для школьников подгруппы Б двигательные режимы проводят при ЧСС не более 120-130 уд/мин. в течение всего учебного года. По данным физиологов, такие двигательные режимы способствуют (адекватной) работе сердечно-сосудистой, дыхательной и нервной систем, опорно двигательного аппарата и других органов и систем детского организма. Увеличивается минутный объём крови за счет систолического объёма, улучшается внешнее и тканевое дыхание. При таких двигательных режимах хорошо формируются жизненно необходимые навыки и умения, без предъявления ослабленному организму повышенных требований.

Школьники, отнесенные к специальной медицинской группе как к подгруппе А, так и к подгруппе Б, должны заниматься адаптивным физическим воспитанием, занятия по которому планируются в расписании и проводятся до или после уроков из расчета два раза в неделю по 45 минут или три раза в неделю по 30 минут.

Дети и подростки, отнесенные к специальной медицинской группе, в связи с их разделением на подгруппы А и Б образуют группы, состоящие из школьников разных классов 1-4, 5-8, 9-11 или других сочетаний, и занимаются в них до или после уроков [4,37].

Для проведения занятий в одну группу объединяют учащихся с заболеваниями внутренних органов: сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной и эндокринной систем; в другую с нарушениями зрения и функциональными расстройствами нервной системы; в третью - с нарушениями функции опорно двигательного аппарата(травматология и ортопедия). При малочисленности групп их объединяют.

1.3 Основные задачи физического воспитания учащихся, отнесенных к специальной медицинской группе

- Укрепление здоровья, ликвидация или стойкая компенсация нарушений, вызванных заболеванием.
- Улучшение показателей физического и моторного развития.
- Освоение жизненно важных двигательных умений, навыков и качеств.
- Постепенная адаптация организма к физическим нагрузкам, расширение диапазона функциональных возможностей организма.
- Закаливание организма, повышение его защитных сил и сопротивляемости.
- Воспитание сознательного и активного отношения к ценности здоровья и здоровому образу жизни.
- Воспитание навыка регулярного выполнения оздоровительных упражнений, рекомендованных учащемуся с учетом особенностей имеющегося у него заболевания.
- Обучение способам самоконтроля при выполнении физических нагрузок.
- Освоение правил личной гигиены, рационального режима труда и отдыха, полноценного и рационального питания.

1.4. Влияние подвижных игр при основных отклонениях в состоянии здоровья школьников

Одним из важных вопросов улучшения физической подготовленности школьников является поиск эффективных средств и методов, способствующих ускоренному развитию двигательных функций, привитию устойчивого интереса к занятиям физическими упражнениями.

По мнению специалистов, следует широко использовать подвижные и спортивные игры для проведения урока, основным содержанием которого является освоение и формирование двигательных навыков, а так же содействие развитию силовых, скоростных, координационных и других способностей [32,63].

В педагогической практике игры широко используются не только при решении задач двигательных действий, но и при всей общей физической подготовленности учащихся, и для коррекции отклонений в состоянии здоровья школьников. Одновременно подвижные игры могут служить действенным фактором воспитания положительных, моральных и волевых качеств. Использование подвижных игр может быть рациональным только при наличии учета конкретных условий, в которых проводится игра.

В. В. Макарова (2001 г.) отмечает, что дефицит движений детей школьного возраста становится причиной ослабления всего организма, что сказывается на снижении его общей биологической устойчивости. Среди школьников особенно распространены хронические заболевания дыхательных путей, и это служит причиной болезней внутренних органов, является постоянным очагом интоксикации сенсibilизации организма. Особую роль в профилактике заболеваний органов дыхания играет организация разнообразных подвижных игр и других физических упражнений на открытом воздухе. Установлено, что при систематических занятиях резко сокращается количество заболеваний дыхательных путей (тонзиллитов, бронхитов), заметно улучшается осанка детей, снижается избыточный у многих детей вес.

Положительное воздействие подвижных игр выражается не только в физическом развитии, но и в развитии доброты, собранности, уверенности в себе отмечает В. Г. Марц (2003 г.). Подвижные игры обеспечивают быстрое восстановление работоспособности после умственного труда. Это особенно важно для школьников, имеющих отклонения в состоянии здоровья.

Подвижные игры занимают особое место в комплексной методике коррекции нарушений осанки у детей, обеспечивая многоплановое воздействие на организм ребенка и высокую эмоциональную насыщенность. При дефектах позвоночника подвижные игры широко используются как средство стимулирующего воздействия, а утомление в связи с высокой эмоциональностью не наступает.

Предупредить плоскостопие, по мнению Л.В. Карманова (1997 г.), можно подбором специальных игр, способствующих развитию и укреплению мышц голени, стопы и пальцев. Наибольший эффект оказывают упражнения, если их выполнять босиком и по возможности несколько раз в день: утром, как только ребенок встал с постели и после дневного сна.

В задачи применения подвижных игр при заболеваниях сердечно-сосудистой системы входят постепенная тренировка нейрорегуляторных механизмов; сердечно-сосудистой системы и организма в целом к физической нагрузке; понижение реактивности нервной системы; улучшение функции дыхательной системы; дозированная тренировка вестибулярного аппарата [22].

Гомова О. С. (2002) считает, что для выполнения этих задач проводятся игры общефизиологического воздействия (с учетом состояния детей, их физической подготовленности) с целью общего укрепления организма ребенка, улучшения функции дыхания, нервной системы. Здесь особенно важно соблюдение принципа постепенного увеличения нагрузки с целью тонизирования, а затем и тренировки организма ребенка [18].

Б. А. Ашмарин, (1998 г.) утверждает, что считаются полезными игры с ритмичной ходьбой, с широкой и плавной амплитудой движения, а также игры, тренирующие вестибулярный аппарат. С учетом характера заболевания (функциональные, а возможно, и некоторые органические изменения сердечно-сосудистой системы) игры необходимо сочетать с упражнениями

на расслабление мышц, дыхательными упражнениями, паузами отдыха, дозированным бегом трусцой в течение 1-2 минут [8].

Подвижные игры на свежем воздухе занимают важное место в комплексе мер по профилактике близорукости и ее прогрессированию, поскольку они способствуют как общему укреплению организма и активизации его функций, так и повышению работоспособности глазных мышц, укреплению склеры глаза.

По мнению А. Г. Сухарева (1998) радостные эмоции, возникающие в процессе игры, возбуждают функциональную деятельность организма и создают благоприятные условия для отдыха нервной системы [54].

В целом, правильно организованные подвижные игры оказывают благоприятное влияние на развитие и укрепление костно-связочного аппарата, мышечной системы, на формирование правильной осанки. Благодаря этому большое значение приобретают подвижные игры, вовлекающие в разнообразную, преимущественно динамическую работу, различные крупные и мелкие мышечные группы, игры, увеличивающие подвижность в суставах [14].

Подвижные игры активизируют деятельность сердца и легких, повышают их работоспособность, содействуют улучшению кровообращения и обмена веществ в организме.

Игры с активными, энергичными, многократно повторяющимися двигательными действиями, но не связанные с длительным односторонним силовым напряжением(особенно статическим), способствуют совершенствованию важнейших систем и функций организма.

Таким образом, подвижные игры просто необходимы детям школьного возраста с отклонениями в состоянии здоровья — они развивают координацию, благотворно влияя на вестибулярный аппарат, стимулируют кровообращение, укрепляя сердечно-сосудистую систему, способствуют

насыщению клеток организма кислородом, повышая активность головного мозга, учат ребенка концентрации и вниманию.

1.5 Особенности структуры урока физической культуры в специальной медицинской группе

Урок физической культуры в СМГ строится по стандартной схеме (подготовительная, основная и заключительная части), однако, в отличие от обычных уроков, имеет свои принципиальные особенности.

Вводная часть (3-4 мин.) - подсчет частоты пульса, дыхательные упражнения (под контролем медработника). Подготовительная часть (10-15 мин.) - общеразвивающие и дыхательные упражнения в среднем и медленном темпе. Каждое упражнение 4-5 раз, а в дальнейшем - 6-8 раз. Нагрузка повышается постепенно; применяются такие упражнения, которые обеспечивают подготовку всех органов и систем к выполнению основной части урока. В этой части урока не следует использовать много новых упражнений, а также интенсивные нагрузки [6,25,59].

В подготовительной части урока должны присутствовать такие элементы, как построение, объяснение задач занятий, ходьба в различном темпе и направлениях, комплекс дыхательных упражнений, упражнения с набивными мячами, бег в медленном темпе, а также упражнения на гимнастической скамейке.

Основная часть (15-18 мин.) - отводится для обучения и тренировки. В ней изучаются новые физические упражнения, развиваются двигательные качества. Наибольшая физическая нагрузка должна приходиться на вторую половину основной части урока. Для этого учебный материал распределяется так, чтобы начальный период основной части был заполнен более легкими физическими упражнениями. Как правило, в этой части занятия проводят обучение одному новому упражнению. На каждом уроке необходимо также

повторение нескольких упражнений, освоенных раньше. Очень важно избегать утомляемости в ходе повторения однообразных движений. Для этого, как и в подготовительной части занятия, необходимо «рассеивать» нагрузку на разные мышечные группы [33].

Предусмотренное программой по физической культуре освоение гимнастики, легкой атлетики, баскетбола, лыжной подготовки, волейбола обеспечивается главным образом за счет основной части урока. Но для освоения отдельных разделов спортивной подготовки целесообразно использовать и подготовительную его часть.

Проводя занятия по каждому из разделов спортивной подготовки, необходимо заботиться о развитии двигательных качеств, тренировке выносливости, укреплении мышечной системы организма [21].

Заключительная часть (5-7 мин.). Основная задача этой части урока – восстановление функционального состояния организма учащихся после физических нагрузок. Используется медленная ходьба, упражнения на расслабление, дыхательные упражнения, упражнения для воспитания навыка правильной осанки.

Урок завершается изложением его результатов и заданием на дом. Упражнения, составляющие домашние задания, направлены на развитие основных двигательных качеств и иногда на повторение простейших элементов техники движения. Задания на дом не должны содержать теоретический материал, а также сложные упражнения, требующие специальных условий и страховки [3,27].

Чтобы контролировать правильность распределения нагрузки в процессе занятия, учащиеся должны уметь самостоятельно измерять частоту пульса, которую по сигналу преподавателя они определяют в течение 10 секунд. Такой подсчет производится 4 раза: до занятия, в середине – после наиболее утомительного упражнения основной части (в первые 10 сек.), после занятия и через 5 мин. восстановительного периода.

Практические разделы программы по физической культуре для учащихся основной и специальной медицинской группы существенно различны. Дети которые находятся в специальной медицинской группе освобождены от выполнения каких-либо практических нормативов. Но к числу обязательных для них требований по отдельным видам спорта относятся:

– гимнастика – выполнение строевых упражнений, упражнений на осанку, основных движений руками, туловищем, танцевальных шагов, акробатических элементов, равновесия, опорных прыжков; поднимание и переноска небольших тяжестей, упражнения на гимнастических снарядах и со снарядами;

– легкая атлетика – техника бега на короткие и средние дистанции, способы метания гранаты, прыжки в длину;

– лыжная подготовка – техника владения отдельными способами передвижения на лыжах, подъемов и спусков с гор, поворотов на месте и при передвижении (по заданию преподавателя);

– плавание – правильное выполнение движений руками, ногами, умение держаться на воде и проплыть по заданию преподавателя отрезок дистанции изученным способом, умение сочетать движения рук и ног с дыханием при изучении техники плавания одним из способов [2].

Основными документами планирования учебной работы являются:

- годовой план прохождения программного материала в учебном году;
- четвертной план;
- конспекты и планы отдельных уроков;
- журнал учёта занятий со школьниками.

Дополнительными документами для организации учебно - воспитательного процесса по физической культуре для детей специальной медицинской группы являются:

- планы проведения врачебно-педагогических мероприятий;

- паспорт здоровья школьника;
- комплексы физических упражнений, рекомендуемых учащимся для самостоятельных занятий;
- комплексы физических упражнений, рекомендуемых для проведения физкультурминуток;
- правила проведения коррекционных подвижных игр;
- тематический план проведения бесед со школьниками;
- тематический план проведения бесед с родителями;
- программы спецкурсов для детей и родителей по адаптивной ФК.

При выставлении текущей отметки обучающемуся в СМГ необходимо соблюдать особый такт, быть максимально внимательным, использовать отметку таким образом, чтобы она способствовала его развитию и стимулировала на дальнейшие занятия физической культурой. Текущая оценка успеваемости учащихся специальной медицинской группы выставляется по пятибалльной системе [45,58].

В соответствии с письмом Минобразования России органам управления образованием от 01.01.2001 г. № /13 «Об оценивании и аттестации учащихся, отнесенных по состоянию здоровья к специальной медицинской группе для занятий физической культурой» рекомендуется:

1. итоговую оценку по ФК выставлять с учетом теоретических и практических знаний (двигательных умений и навыков, умений осуществлять физкультурно-оздоровительную и спортивно-оздоровительную деятельность);

2. основной акцент в оценивании должен быть сделан на стойкой мотивации учащихся к занятиям физическими упражнениями и динамике их физических возможностей;

3. положительная оценка должна быть выставлена также обучающемуся, который не продемонстрировал существенных сдвигов в формировании навыков, умений и развитии физических качеств, но

регулярно посещал занятия, старательно выполнял задания учителя, овладел доступными ему навыками самостоятельных занятий оздоровительной и корригирующей гимнастики, необходимыми знаниями в области физической культуры;

4. в аттестаты об основном образовании и среднем (полном) общем образовании обязательно выставляется отметка по физической культуре.

В соответствии с Положением об итоговой аттестации выпускников основной и средней (полной) общеобразовательной школы выпускники общеобразовательных учреждений могут участвовать в итоговой аттестации по ФК, проводимой как экзамен по выбору. Экзамен целесообразно проводить по билетам [23].

Для проведения экзамена учитель заранее готовит билеты, в которые включаются теоретический вопрос и практическое задание под условным номером. Практическое задание должно быть доступно и разрешено к выполнению только учащимся с конкретной формой заболевания. При составлении экзаменационных билетов учитель физической культуры должен учитывать реальное функциональное состояние учащихся. Экзамен проводится в присутствии медицинского работника школы.

Для повышения эффективности физического воспитания школьников специальной медицинской группы необходимо использовать помимо уроков физической культуры дополнительные формы и средства физического воспитания: Физкультурные паузы, подвижные игры на переменах; крайне полезны прогулки на свежем воздухе, ближний туризм, элементы различных видов спорта(катание на лыжах, плавание и т. п.)[56].

1.6 Врачебно-педагогические наблюдения

Врач или учитель по физической культуре получают необходимые данные во время врачебно-педагогического наблюдения. Прежде чем делать

выводы о соответствии применяемых средств намеченным задачам, а также возможностям занимающегося, оценивается педагогическая сторона занятий физической культуры. Разумеется, что неправильная методика проведения занятия, использование средств, хотя и применяемых для занятий с учащимися с такой же патологией, но не соответствующих возрасту или подготовленности детей, не могут дать ожидаемого лечебного эффекта. Оценке подлежат конспект занятий, построение последнего, плотность, физиологическая кривая [30, 62].

Перед посещением урока физической культуры и проведением наблюдений врач убеждается в наличии конспекта предстоящего занятия, проверяет правильность его составления. Во время самого урока следует убедиться в соответствии проводимых упражнений плану-конспекту, при отклонениях от него установить, насколько они оправданны. Построение занятия оценивается врачом с медико-биологических позиций, а учителем - и с педагогических. Важно, учитывает ли учитель физической культуры особенности организма пациента при выполнении физических упражнений, соблюдается ли деление занятия на вводную, основную и заключительную части, как изменяется физическая нагрузка в каждой из них.

Кроме непосредственных наблюдений, для оценки этих моментов используется хронометраж и данные так называемой физиологической кривой. При хронометраже удобно пользоваться заранее подготовленной картой протокола хронометража [34,60].

Наблюдая уроки физической культуры, важно определить, насколько методические приемы организации учащихся на занятии, способы обучения двигательным действиям, команды и сам подбор упражнений соответствуют возрастным особенностям, как инструктор индивидуализирует подход к разным детям.

Документальной основой для суждения о правильности построения занятия служат, помимо хронометража, расчет плотности и физиологическая

кривая. Под плотностью понимают относительную целесообразность использования времени, отводимого на занятия по физической культуре.

Общей плотностью называется отношение времени, использованного педагогически оправдано, ко всей продолжительности урока.

К неоправданным затратам урочного времени относятся его потери, вызванные организационными или другими неполадками, как-то «утечка» времени из-за опоздания на урок и преждевременного завершения его, «простои» между подходами к снаряду из-за недостатка оборудования, перерывы в занятии, вызванные нарушением дисциплины, поломкой инвентаря, отлучками учителя и т. п.

Особенно важна моторная плотность занятия, под которой подразумевают чистое время выполнения физических упражнений учащимся по отношению ко всему времени занятия, выраженное в процентах. Плотность во многом зависит от организации занятия, поэтому учитель до его начала должен подготовить инвентарь, подумать способы организации школьников, расстановку оборудования и снарядов. Оптимальной плотностью для занятий можно считать плотность не ниже 60%. Она увеличивается при индивидуальных занятиях и уменьшается при групповых занятиях [10,44,51].

Физиологическая кривая - так принято называть графическое изображение изменений ЧСС во время разного рода физкультурных занятий. Она дает некоторое представление об интенсивности выполняемой ребёнком работы. Теоретической основой такого представления являются многочисленные данные об энергетическом обеспечении мышечной деятельности и сдвигах вегетативных функций. При мышечной работе, соответствующей возможностям ученика, вегетативные сдвиги и их показатели изменяются однонаправленно: увеличиваются ЧСС, скорость кровотока, минутный объем крови, потребление кислорода, минутный объем дыхания, частота дыхания и т. д. Одинаковая направленность и параллелизм

вегетативных сдвигов нарушаются при патологических состояниях организма учащегося, а также при развитии утомления. ЧСС - более лабильный показатель по сравнению с другими функциональными характеристиками, поэтому в периоде вработывания другие функциональные показатели могут отставать от ЧСС. Таким образом, суждение о соответствии пульса (физиологической кривой) другим физиологическим сдвигам в организме наиболее достоверно на фоне средней интенсивности физической работы при сохранившейся адаптации сердечно-сосудистой системы к нагрузке [49].

ЧСС при нагрузках средней интенсивности колеблется от 120-130 до 150-160 в 1 мин. При пульсе до 120 в 1 мин физическая нагрузка считается ниже средней интенсивности, а при увеличении ЧСС более 160 в 1 мин. - выше средней интенсивности. При учащении пульса до 170-180 в 1 мин нагрузка достигает субмаксимальной и максимальной интенсивности.

Подсчет пульса для построения физиологической кривой проводится на лучевой артерии либо на шейных артериях отрезками по 10с. ЧСС определяется сразу после выполнения ребёнком какого-либо упражнения, что дает возможность практически иметь представление о реакции организма во время нагрузки. Данные заносятся в рабочую таблицу, где отмечаются время измерения пульса и ЧСС [36,41,53].

Сравнение данных о ЧСС и наблюдений за внешними признаками утомления, а также результатов других исследований позволяет сделать вывод и об интенсивности физической нагрузки, и о ее соответствии возможностям организма занимающегося и лечебным задачам.

1.7. Сроки возобновления занятий физическими упражнениями после перенесённых заболеваний

Полное прекращение занятий физическими упражнениями может носить только временный характер. Сроки возобновления занятий ФК и спортом после перенесенных заболеваний и травм определяются врачом индивидуально для каждого учащегося с учетом всех клинических данных (тяжести и характера заболевания или травмы, степени функциональных нарушений, которые были вызваны заболеванием или травмой). Принимаются во внимание также пол, возраст, компенсаторные способности организма и другие индивидуальные особенности [28,50].

Сроки возобновления занятий физическими упражнениями после острых и инфекционных заболеваний представлены ниже. При этом была использована ориентировочная схема, составленная профессором и доцентом с коррективами и добавлениями, внесенными профессорами [47].

Ангина (катаральная, фолликулярная, лакунарная). Признаки выздоровления: отсутствие воспалительных явлений в зеве (краснота, припухлость и пр.) и болей при глотании; нормальная температура не менее 2 дней; удовлетворительное общее состояние. Занятия ФК можно начинать через 6-7 дней, тренировки - через 12-14 дней, участие в соревнованиях – через 20-22 дня. Необходима осторожность во время занятий зимними видами спорта (лыжи, коньки) и плаванием в связи с опасностью резкого охлаждения тела.

Ангина флегмонозная. Признаки выздоровления: удовлетворительное самочувствие, отсутствие болезненных явлений в зеве и шейных лимфатических узлах; нормальная температура не менее 7 дней; почти полное восстановление обычного веса тела. Занятие ФК – через 14-15 дней, тренировки – через 20-21 день, участие в соревнованиях – через 30-35 дней. При допуске к соревнованиям обращать особое внимание на состояние

сердечно-сосудистой системы. Обязательное проведение функциональных проб.

Аппендицит: а) острый. Признаки выздоровления: удовлетворительное самочувствие; нормальная температура не менее 10 дней; отсутствие боли и напряжения брюшной стенки в области червеобразного отростка при ощупывании. Занятия ФК – через 7-10 дней, тренировки – через 14-18 дней, участие в соревнованиях – через 25-30 дней. Рекомендуется операция, так как нет гарантии против нового приступа; б) после операции. Признаки выздоровления: хороший (безболезненный, подвижный) послеоперационный рубец; безболезненное напряжение мышц брюшного пресса. Занятия ФК – через 10-15 дней, участие в соревнованиях – через 30-40 дней. Следует ограничить прыжки, поднимание тяжестей и упражнения на гимнастических снарядах.

Бронхит острый, инфекционный. Признаки выздоровления: удовлетворительное общее состояние; нормальная температура; отсутствие кашля; отсутствие хрипов в легких. Занятия ФК – через 6-8 дней, тренировки – через 10-12 дней, участие в соревнованиях – через 14-16 дней. Остерегаться резких и особенно внезапных охлаждений дыхательных путей при выполнении физических упражнений.

Ветряная оспа. Признаки выздоровления: удовлетворительное самочувствие; нормальная температура не менее 7 дней; отсутствие болезненных явлений в области дыхательных путей, суставов и кожи. Занятия ФК – через 7-8 дней, тренировки – через 10-12 дней, участие в соревнованиях – через 16-18 дней [19].

Острое воспаление придаточных полостей носа (фронтит, гайморит). Признаки выздоровления: нормальная температура не менее 14 дней; полное исчезновение болей и неприятных ощущений в пораженных областях. Занятия ФК – через 8-9 дней, тренировки – через 16-18 дней, участие в

соревнованиях – через 20-25 дней. Необходимы: особая осторожность на занятиях зимними видами спорта и постепенность при закаливании.

Воспаление легких (катаральное и крупозное). Признаки выздоровления: удовлетворительное самочувствие; нормальная температура не менее 14 дней; отсутствие кашля; нормальные данные при аускультации и перкуссии. Занятия ФК – через 12-14 дней, тренировки – через 18-20 дней, участие в соревнованиях – через 25-30 дней. При затянувшемся катаральном воспалении и при тяжелых формах крупозного воспаления сроки увеличиваются на две-три недели.

Гастроэнтериты и другие острые расстройства желудочно-кишечного тракта. Признаки выздоровления: исчезновение всех болезненных явлений (боли, тошнота, поносы и пр.) Занятия ФК – через 2-3 дней, тренировки – через 5-6 дней, участие в соревнованиях – через 10-12 дней. Обращать особое внимание на строгое соблюдение режима питания [7,31,52].

Грипп: а) катаральная, желудочно-кишечная и нервные формы, легкие и средней тяжести (повышенная температура не более 4 дней, отсутствие резко выраженных местных явлений). Признаки выздоровления: удовлетворительное самочувствие; нормальная температура не менее 5 дней; полное отсутствие болезненных симптомов в области дыхательных путей, сердца, желудочно-кишечного тракта и других органов; удовлетворительный результат функциональных проб сердечно-сосудистой системы. Занятия ФК – через 4-5 дней, тренировки – через 6-8 дней, участие в соревнованиях – через 10-12 дней. б) более тяжелые формы (повышенная температура более 5 дней, расстройства со стороны отдельных органов, а также резко выраженные явления общей интоксикации). Признаки выздоровления: удовлетворительное самочувствие; нормальная температура не менее 7 дней; остальные признаки, как при легких формах гриппа; удовлетворительный результат функциональных проб сердечно-сосудистой системы. Занятия ФК – через 10-12 дней, тренировки – через 18-20 дней, участие в соревнованиях –

через 30-40 дней. При допуске к соревнованиям обследовать сердечно-сосудистую систему и проводить функциональные пробы [47].

Дизентерия. Признаки выздоровления: удовлетворительное самочувствие; нормальный стул не менее 15 суток; хороший аппетит; близкий к обычному вес; удовлетворительный результат функциональных проб сердечно-сосудистой системы. Занятия ФК – через 14-16 дней, тренировки – через 20-25 дней, участие в соревнованиях – через 30-35 дней. Необходим систематический контроль за самочувствием, деятельностью сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта.

Дифтерия. Признаки выздоровления: нормальная температура не менее 15 дней; хорошее самочувствие; полное исчезновение болезненных явлений в области желез; отсутствие патологических изменений в моче. Занятия ФК – через 30-35 дней, тренировки – через 40-50 дней, участие в соревнованиях – через 60-75 дней. Врачебное наблюдение в течении 2-3 месяцев. Систематический контроль за деятельностью сердца. Необходимы особая осторожность и постепенность нагрузки на занятиях. Обязательны контрольные анализы мочи.

Корь. Признаки выздоровления: нормальная температура не менее 7 дней; нормальное функционирование кишечника; полное отсутствие сыпи на коже. Занятия ФК – через 14-16 дней, тренировки – через 20-21 дней, участие в соревнованиях – через 25-30 дней.

Малярия. Признаки выздоровления: удовлетворительное самочувствие; нормальная температура не менее 10 дней; отсутствие увеличения селезенки. Занятия ФК – через 6-7 дней, тренировки – через 9-10 дней, участие в соревнованиях – через 14-16 дней. Особая осторожность на занятиях водными видами спорта и во время приема солнечных ванн. Обязателен повторный анализ мочи после первых 2-3 тренировок.

Воспаление почек(острый нефрит). Признаки выздоровления: хорошее самочувствие; отсутствие отеков; отсутствие в моче белка и форменных

элементов при трех повторных исследованиях через каждые 5 дней. Занятия ФК – через 30-35 дней, тренировки – через 40-50 дней, участие в соревнованиях – через 60-90 дней. Необходим систематический врачебный контроль. Обязательны повторные анализы мочи после 2-3 тренировок в течение 2-3-ех месяцев.

Острые и подострые заболевания(заразные и незаразные) кожи и слизистых оболочек, не вызывающие резких болезненных явлений или ограничения движений (чесотка, стригущий лишай и др.) Момент полного выздоровления устанавливается лечащим врачом-специалистом и характеризуется полным отсутствием проявления болезни и рецидивов в течение 8-15 дней. Занятия ФК – через 5-6 дней, тренировки – через 7-10 дней, участие в соревнованиях – через 15-20 дней.

Острое расширение сердца(вследствие спортивных или других напряжений). Признаки выздоровления: удовлетворительное самочувствие, отсутствие одышки при движениях; восстановление нормальных размеров сердца, чистые, ясные тоны; удовлетворительный результат функциональных проб сердечно-сосудистой системы. Занятия ФК – через 30-45 дней, тренировки – через 60-75 дней, участие в соревнованиях – через 90-120 дней. Необходим систематический медицинский и педагогический контроль (в кабинете врача и на занятиях физкультурой).

Отит (острый). Признаки выздоровления: нормальная температура не менее 5 дней; отсутствие болезненных явлений. Занятия ФК – через 14-16 дней, тренировки – через 20-25 дней, участие в соревнованиях – через 30-40 дней. Необходима особая осторожность на занятиях плаванием.

Плеврит: а) сухой. Признаки выздоровления: нормальная температура не менее 20 дней; удовлетворительное самочувствие; отсутствие болезненных симптомов в области легких и бронхов; восстановление обычного веса. Занятия ФК – через 14-16 дней, тренировки – через 20-24 дней, участие в соревнованиях – через 30-35 дней. Рекомендуется

закаливание. Избегать простуды. б) экссудативный. Признаки выздоровления: отсутствие признаков выпота в плевре. Занятия физкультурой – через 40-50 дней, тренировки – через 60-80 дней, участие в соревнованиях – через 90-105 дней. Рекомендуется закаливание. Избегать простуды.

Ревматизм острый. Признаки выздоровления: удовлетворительное самочувствие; нормальная температура не менее 30 дней; полное отсутствие деформаций и болей в суставах при движениях; отсутствие болезненных явлений в области сердца. Занятия ФК – через 6-8 месяцев, тренировки – через 1-1,5 года, участие в соревнованиях – через 2-2,5 года. Через 3-4 месяца возможны занятия лечебной гимнастикой в специальных группах. Необходимы особая осторожность и постепенность тренировки. Если болезнь протекает в зимнее время, желательно не начинать тренировку до лета.

Сотрясение мозга. Признаки выздоровления: удовлетворительное самочувствие; полное отсутствие головных болей и головокружений, как в спокойном состоянии, так и при движении (не менее 15 дней); нормальные рефлексы. Занятия ФК – через 20-25 дней, тренировки – через 30-40 дней, участие в соревнованиях – через 60-90 дней. Исключаются в течение полугода тренировки, связанные с резкими сотрясениями тела (прыжки на лыжах, футбол и др.), а также занятия боксом.

Скарлатина. Признаки выздоровления: удовлетворительное самочувствие; нормальная температура не менее 20 дней; полное отсутствие шелушения кожи; отсутствие патологических изменений в моче. Занятия ФК – через 30-40 дней, тренировки – через 50-60 дней, участие в соревнованиях – через 75-80 дней. Необходимы особая осторожность и постепенность нагрузки на занятиях. Обязателен анализ мочи перед началом тренировки и после одного из первых занятий [9,29,40].

ГЛАВА 2 ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Организация исследования

Педагогический эксперимент проходил с 1 сентября 2014 года по 25 мая 2016 года. После медицинского обследования были организованы 1 экспериментальная группа, 1 контрольная группа. В каждой группе занималось по 6 девочек в возрасте 13-16 лет. Занятия проводились согласно расписанию – 2 раза в неделю по 40 минут. Занятия экспериментальной и контрольной группы проводились на базе МБОУ Масловопристанская СОШ, в которой созданы соответствующие условия для занятий физической культуры в специально медицинских групп.

Организация исследования обуславливалась логикой решения поставленных задач. Вся работа строилась и проходила в три этапа.

Первый этап - поисковый(сентябрь 2015 года) в ходе, которого изучались литературные источники, формировалась и уточнялась научная проблема, формировались рабочие гипотезы, анализировались существующие и перспективные методики занятий школьников.

Второй этап - экспериментальный (1 октября, 2015 – 30 января, 2016 года.) в процессе, которого разрабатывались основные теоретические и методические положения, начало педагогического эксперимента, внедрение экспериментальной программы.

Третий этап - завершающий (март 2016 года) по итогам педагогического эксперимента были обобщены, обработаны и сформулированы результаты исследований, разработаны практические рекомендации.

2.2 Методы исследования

В соответствии с целью и с учетом специфики задач исследования были использованы следующие методы научного исследования:

- *Анализ научно-методической литературы*

Теоретический анализ научно-методической литературы, по интересующей проблеме, проводился для изучения особенностей физического воспитания школьников отнесенных по состоянию здоровья в специальные медицинские группы, физиологических систем человека и изменений в организме под воздействием физических нагрузок, средств и методов развития основных двигательных качеств и функциональных систем организма, уточнения методов исследования.

На основании этого анализа была разработана методика проведения индивидуально оздоровительной программы физическими упражнениями эффективно влияющая на коррекцию и компенсацию нарушений функций, и физическое состояние учащихся в специальной медицинской группе, средствами подвижных игр и элементами спортивных игр.

Анализ научно-методической литературы позволил аргументировать актуальность выбранной темы, сформулировать гипотезу и цель, выбрать адекватные методы исследования.

- *Анализ медицинских карт участников исследования*

Анализ медицинских карт участников исследования проводился со школьной медсестрой, для того чтобы определить и согласовать методику проведения занятий по физическому воспитанию школьников специальной медицинской группы с включением подвижных игр и элементами спортивных игр. Все согласовывалось с директором школы и родителями учащихся.

Школьный врач знакомит учителя физкультуры со списками учащихся, с состоянием их здоровья. Далее они совместно разрабатывают план и

тактику проведения физкультурно-оздоровительных мероприятий на четверть, на год, намечают сроки проведения врачебно-педагогических наблюдений. Все это вносят в индивидуальную карту), в которой в дальнейшем будут отражены общие сведения об учащемся(фамилия, имя, отчество, год рождения, класс,

Диагноз заболевания, осанка, длительность перерыва в занятиях физическими упражнениями, учет ЧСС, содержание задач урока, индивидуальные задания).

- *Педагогический эксперимент*

Для подтверждения поставленной в работе гипотезы был проведён педагогический эксперимент, цель которого заключалась в разработке методики занятий по физическому воспитанию школьников специальной медицинской группы. Всего в эксперименте приняло участие 12 девочек специальной медицинской группы.

Были определены две группы: контрольная и экспериментальная. В контрольной группе учащиеся занимались по методике, рекомендуемой программой автора Моргуновой Е.И. 2012 г. В экспериментальной группе дополнительно была использована разработанная методика, направленная на повышение уровня физического состояния с акцентированным применением подвижных игр и элементами спортивных игр.

- *Педагогическое тестирование*

Система педагогических контрольных тестов использовалась для определения уровня развития двигательных качеств у детей. При тестировании двигательной подготовленности руководствовались теоретическими положениями и рекомендациями учебной программы по физической культуре

Для определения физической подготовленности были использованы тесты:

1. Челночный бег (3 x 10 м). В забеге участвовало по два человека. По команде "На старт!" дети подходили к линии старта. По команде "Марш!" они бежали к финишу, останавливаясь, возвращались на линию старта и обратно до финиша. Секундомер включали по команде "Марш!" и выключали в момент касания пола ноги линии финиша. Результаты фиксировали с точностью до 0,1 секунды.

2. Прыжки в длину с места. Перед прыжком проводили линию отталкивания и перпендикулярно ей закрепляли рулетку. Дети становились около линии, не касаясь её носками, и выполняли толчком двух ног прыжок в длину с места. Расстояние определяли от линии до сзади стоящей пятки любой ноги. Выполнялось три попытки, лучший результат фиксировали в протоколе с точностью до одного сантиметра.

3. 6-минутный бег-ходьба. Бег-ходьба осуществляли по кольцевой дорожке стадиона. Дети выполняли бег в сочетании с ходьбой в соответствии с самочувствием. Старт - высокий. Протяженность пройденной дистанции определяли с точностью до 1 метра.

4. Поднимание и опускание туловища. Испытуемый лежит на мате, ноги согнутые, руки за головой. Партнер прижимает ступни ног испытуемого к мату, чтобы пятки касались мата. По команде испытателя «можно, испытуемый принимает положение седа (туловище вертикально), затем возвращается в И.П. Считается число подъемов туловища из положения лежа в положение сидя.

5. Наклон вперед(наклон вперед сидя). К гимнастической скамейке вертикально прикрепляли линейку, совмещая нулевую отметку с плоскостью скамейки. Испытуемый становился ногами на скамейку и выполнял наклон вперед, ноги при выполнении прямые. Исследователь по линейке регистрировал величину гибкости. Делали две попытки, в протокол вносили лучшую из них. Результат определяли с точностью до 0,5 см.

- *Функциональные пробы*

Для достоверности эксперимента были выбраны тесты функциональных проб.

1. Проба Штанге (на вдохе) проводится в положении сидя. После 5-ти минут отдыха сидя, нужно сделать 2-3 глубоких вдоха и выдоха, а затем, сделав полный вдох задерживают дыхание, время отмеряется от момента задержки дыхания до ее прекращения.

60-90 сек и более - отлично.

40-55 секунд - средний показатель для нетренированных людей.

2. Проба Генчи (на выдохе) заключается в регистрации продолжительности задержки дыхания после неглубокого вдоха и максимального выдоха. При этом, рот закрыт, нос зажат пальцами. У здоровых взрослых людей - время задержки дыхания составляет не менее 25 сек. Данный тест проще в исполнении, безопаснее для здоровья и проводится существенно быстрее, по сравнению с пробой Штанге.

3. Измерение жизненной емкости легких(ЖЕЛ). Исследование проводят стоя. Испытуемый делает 2-3 глубоких вдоха выдоха, после чего делает максимально глубокий вдох и, взяв в рот мундштук, равномерно выдыхает в спирометр максимально возможное количество воздуха, напрягая все дыхательные мышцы, включая и брюшной пресс. Выдох испытуемого не должен быть замедленным или форсированным. Продолжительность выдоха должна быть в пределах 4-8 секунд. Во время исследования дыхательного объема испытуемый должен держать спирометр за корпус так, чтобы не препятствовать свободному выходу воздуха из прибора. Величину ЖЕЛ в литрах определяют по шкале спирометра. После исследования, поворачивая крышку спирометра, вновь устанавливают шкалу спирометра так, чтобы стрелка совпала с нулевым делением шкалы. Измерение ЖЕЛ проводят 3 раза и вычисляют среднюю арифметическую величину.

4. ЧСС обычно подсчитывают на запястье (запястная артерия), на шее (сонная артерия), на виске (височная артерия) или на левой стороне грудной клетки.

ЧСС подсчитывалось методом 15-ти секунд. Это более легкий метод подсчета ЧСС, но вместе с тем и менее точный. Спортсмен считает удары сердца в течение 15 с и умножает количество ударов на 4, чтобы получить количество ударов в минуту. Если за 15 с было насчитано 12 ударов, то ЧСС равна: $4 \times 12 = 48$ уд/мин.

Методы математической статистики: полученные результаты подверглись математической обработке с целью определения достоверности различий по t-критерию Стьюдента. Определили достоверность различий между полученных результатов контрольной и экспериментальной группы мы использовали методы математической обработки.

2.3 Описание экспериментальной методики

Специальная медицинская группа была скомплектована в начале учебного года. На основании заключения врача и учителя физической культуры директор издал приказ по школе. В приказе указывается списочный состав групп, диагноз или шифр заболевания каждого ученика, время проведения занятий, учитель, проводящий занятия.

Занятия проводились два раза в неделю, продолжительностью по 40 минут.

Совместно с врачом были составлены списки учащихся по состоянию их здоровья. Далее была разработана программа занятий, план проведения физкультурно – оздоровительных мероприятий на учебный год, были поставлены сроки проведения врачебно-педагогических наблюдений.

В эксперименте участвовали две группы учащихся, по состоянию здоровья, отнесенные к специальной медицинской группе. У всех детей заболевания органов дыхания.

Контрольная группа в течение всего педагогического эксперимента занималась по учебной программе, предназначенной для специальной медицинской группы (А.П.Матвеев, Л.В.Петрова, Л.В.Каверкина, 2004).

Экспериментальная группа занималась по той же учебной программе, предназначенной для специальной медицинской группы, но в нее дополнительно были включены подвижные игры, и элементы спортивных игр, направленные на повышение уровня физической подготовленности, подобранные физические упражнения в соответствие с заболеванием дыхательной системы (Приложение).

Проводился систематический контроль переносимости физических нагрузок и состоянием здоровья. В основную часть уроков включены подвижные игры и элементы спортивных игр. Большое внимание уделялось правильному дыханию, формированию осанки школьников. Постоянно следили за самочувствием каждой ученицы.

Урок начинался с построения учащихся у гимнастической стенки, проверки пульса. Далее проводились упражнения на формирование правильной осанки: ходьба с предметами на голове, общеразвивающие упражнения.

В основной части урока учащиеся развивали силовую выносливость, выполняли упражнения для мышц спины и живота, совершенствовали координацию движений, для закрепления навыка правильной осанки. С этой целью учащимся последовательно (лежа, сидя и стоя) выполняли разнообразные упражнения для мышц туловища, верхних и нижних конечностей, в том числе в висах на гимнастической стенке.

Игры малой и средней подвижности применялись в конце основной части. Были выбраны игры с элементами школы мяча, имитационные

игровые упражнения, игра с мячом, игра «Съедобное-несъедобное» и т.п. Двигательная деятельность в этих играх проявлялась движениями туловища, конечностей, бросками, лазанием, ходьбой; прыжки и бег ограничивались, к ним относились: «Защита крепости», «Хитрая лиса», «Наседка и цыплята», «Зоопарк», «Третий лишний» и т.д. Общая физическая нагрузка в играх средней подвижности увеличивалась до средней интенсивности.

Выносливость развивали в конце основной части урока. Из физических нагрузок использовались строевые упражнения в ходьбе, бег в медленном темпе с переходом на ходьбу: 10, 15, 20, 45 секунд бега - 30 секунд ходьбы на стадионе, челночный бег в медленном темпе от 10 до 40 секунд в спортивном зале. В конце урока проверка пульса, осанки.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1 Анализ медицинских карт участниц эксперимента

В исследовании принимало участие 12 девочек в возрасте 13-16 лет. У всех школьниц заболевания органов дыхания. Все участвующие в исследовании, были отнесены к специальной медицинской группе здоровья, противопоказаний для занятий физическими упражнениями (играми) нет.

У девочек экспериментальной группы наблюдается заболевания органов дыхания (табл.3.1), такие как:

- Хронический не обструктивный бронхит
- Бронхиальная астма
- Синусит

У девочек контрольной группы наблюдается заболевания органов дыхания (табл.3.2), такие как:

- Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)
- Бронхиальная астма
- Синусит
- Хронический не обструктивный бронхит

При подборе средств и методов учитывались основные показания и противопоказания.

Школьникам, имеющим заболевания органов дыхания, противопоказаны упражнения, вызывающие задержку дыхания и чрезмерное напряжение мышц брюшного пресса. Упражнения соревновательного характера и сдача нормативов противопоказаны

Рекомендуются дыхательные упражнения, тренировка полного дыхания и особенно удлиненного выдоха.

Таблица 3.1

Медицинский листок экспериментальной группы

Имя	Отклонение в здоровье (диагноз)	Физическое развитие	Группа здоровья	Медицинская группа по физкультуре	Назначения
Настя	Хронический Не обструктивный бронхит	Средний, резко дисгармоничное	III	Осн.	СМГ
Милана	бронхиальной астмы.	Ниже среднего, гармоничное	II	ЛФК	СМГ
Злата	Хронический Не обструктивный бронхит	Средний, дисгармоничное	II	ЛФК	СМГ
Алина	Хронический бронхит	Высокий, резко дисгармоничное	II	ЛФК	СМГ
Мария	бронхиальной астмы.	Средний, резко дисгармоничное	III	ЛФК	СМГ
Света	Синусит	Ниже среднего, дисгармоничное	III	ЛФК	СМГ

Таблица 3.2

Медицинский листок контрольной группы

Имя	Отклонение в здоровье (диагноз)	Физическое развитие	Группа здоровья	Медицинская группа по физкультуре	Назначения
Тая	Хронический Не обструктивный бронхит	Средний, резко дисгармоничное	III	ЛФК	СМГ
Нина	Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ)	Выше среднего, гармоничное	II	ЛФК	СМГ
Катя	бронхиальной астмы.	Средний, дисгармоничное	II	ЛФК	СМГ

Влада	Синусит	Средний, резко дисгармоничное	II	ЛФК	СМГ
Валерия	Хронический необструктивный бронхит	Ниже среднего, резко дисгармоничное	III	ЛФК	СМГ
Вика	Хронический необструктивный бронхит	Средний, дисгармоничное	III	ЛФК	СМГ

3.2. Динамика уровня физической и функциональной подготовленности детей, отнесенных по состоянию здоровья к СМГ

В начале исследования проведено тестирование, результаты которого представлены в табл. 3.3.

Таблица 3.3

Показатели начального тестирования уровня физической подготовленности экспериментальной и контрольной группах

Тест	Группа	$X \pm m$	t	P
1. Челночный бег	К	9,40±0,2	0,4	>0,05
	Э	9,50±0,1		
2. Прыжки в длину с места	К	9,0±0,1	0,2	>0,05
	Э	9,0±0,1		
3. 6-ти минутный бег - ходьба	К	8,8±1,2	0,2	>0,05
	Э	9,0±0,7		
4. Поднимание и опускание туловища лежа на спине	К	33,9±1,7	0,4	>0,05
	Э	32,8±2,1		
5. Наклон вперед	К	28,5±0,5	0,6	>0,05

	Э	28,0±0,7		
--	---	----------	--	--

Тестирование показало, что начальный уровень физической подготовленности детей контрольной и экспериментальной групп на начало эксперимента не имеет существенных отличий.

В конце эксперимента уровень физической подготовленности измерялся по тем же тестам что и в начале эксперимента. Результаты определены в таблице 3.4

Таблица 3.4

Показатели итогового тестирования уровня физической подготовленности в экспериментальной и контрольной группах

Тест	Группа	$X \pm m$	t	P
1. Челночный бег	К	9,3±0,2	0,5	<0,05
	Э	9,4±0,1		
2. Прыжки в длину с места	К	9,0±0,1	0,3	>0,05
	Э	9,0±0,1		
3. 6-ти минутный бег - ходьба	К	9,5±1,3	0,1	<0,05
	Э	9,4±0,7		
4. Поднимание и опускание туловища лежа на спине	К	34,5±1,7	0,5	>0,05
	Э	33,3±2,1		
5. Наклон вперед	К	28,8±0,5	0,1	<0,05
	Э	28,6±0,7		

Анализ полученных результатов в итоговом тестировании показал, что между группами появились достоверные различия

В «6-ти минутном беге», тесте на выносливость, результаты на конец педагогического эксперимента составили: в контрольной группе $920 \pm 45,0$ метров, в экспериментальной - $1040 \pm 34,7$ м, различия достоверны - $t = 2,11$; $P < 0,05$.

В «прыжках в длину с места» различия результатов не достигли достоверных значений - $t = 0,80$; $P > 0,05$. Отсутствуют различия в тесте «поднимание и опускание туловища» - $t = 0,25$; $P > 0,05$. Это говорит о том, что в обеих группах достаточно эффективно были применены методы воспитания силовых и скоростно-силовых качеств. Однако в «челночном беге 3 x 10 м», характеризующем координационные способности, превосходство экспериментальной группы вновь достоверно ($t = 2,32$; $P < 0,05$). Наибольшая разница результатов между группами оказалась в тесте, характеризующем активную гибкость - наклоне вперед, здесь t-критерий Стьюдента составил 3,34, при $P < 0,01$.

Таким образом, динамика результатов исходного и итогового тестирования такова, девочки экспериментальной группы превзошли своих сверстников из контрольной группы по таким физическим качествам как быстрота, выносливость, ловкость и гибкость. В скоростно-силовых качествах (прыжок в длину с места) и в силе (поднимание и опускание туловища) достоверных различий между результатами не наблюдается. Данные результаты позволяют утверждать, что использование методики является эффективным.

Положительный эффект дало применение подвижных игр и элементов спортивных игр. Девочки экспериментальной группы с большим эмоциональным настроем приходили на занятие, с увлечением занимались и активно участвовали в играх с постепенным повышением нагрузки и интенсивности. В конце основной части урока, выполняя задания на выносливость, дети научились выполнять упражнения циклического характера по заданному темпу и определять ЧСС.

После завершения педагогического эксперимента было проведено тестирование функциональных показателей организма девочек участвующих в исследовании. Цель которого заключалась в проверке эффективности разработанной методики, направленной на коррекцию и компенсацию нарушений функций школьников специальной медицинской группы.

Итоговые показатели функционального состояния школьниц представлены в таблице 3.5

Анализ полученных результатов в итоговом тестировании в контрольной и экспериментальной группах показал, что по ряду тестов, характеризующих функциональные параметры систем организма, между группами появились достоверные различия.

Таблица 3.5

Сравнительный прирост показателей дыхательной системы у девушек контрольной и экспериментальной групп

Показатели	Начало эксперимента			Конец эксперимента		
	К	Э	р	К	Э	р
Частота дыхания, дых/мин	17,6±0,12	17,4±1,1	>0,05	16,8±1,3	15,2±0,09	<0,05
Жизненная емкость легких, л	2,6±0,14	2,7±0,12	>0,05	2,9±0,05	3,2±0,06	<0,05
Проба Штанге, с	25±1,7	27±1,2	>0,05	30±0,54	38±1,2	<0,05
Проба Генчи, с	22±1,8	24±1,4	>0,05	26±0,32	30±0,14	<0,05

Обозначения: К – контрольная группа, Э – экспериментальная группа, р – достоверность различия между сравниваемыми группами.

Тестирование показало, что в экспериментальной группе результаты улучшились по всем показателям.

Так, если средний показатель пробы Штанге (задержка на вдохе) в контрольной группе увеличился на 7,4%, то в экспериментальной группе – на 21%. Разница носит достоверный характер. Аналогичный, но менее выраженный характер носят изменения со стороны продолжительности выдоха(проба Генчи): прирост среднего показателя у девочек контрольной группы за период эксперимента составил 8,4%, а у девочек экспериментальной группы – 9,3%.

Жизненный индекс имел тенденцию к повышению по мере занятий в специальной медицинской группе: у девочек контрольной группы в конце эксперимента он составил 6,7%, а у девочек экспериментальной группы – 10,6%.

Изменения со стороны функционального состояния сердечной системы характеризовались достоверным урежением частоты сердечных сокращений у девочек экспериментальной группы (с 73 уд/мин до 68 уд/мин), в то время как этот эффект у девочек контрольной группы был менее значительным (с 75 уд/мин до 73 уд/мин). Показатели артериального давления были несколько выше

Таким образом, результаты, полученные в ходе педагогического исследования, экспериментально подтверждают эффективность разработанной методики, направленной на повышение уровня физической подготовленности школьников отнесенных к СМГ. Не меньший положительный эффект дало применение подвижных и спортивных игр. Дети экспериментальной группы с большим эмоциональным настроем приходили на занятие, с увлечением занимались и активно участвовали в играх с постепенным повышением нагрузки и интенсивности. В конце основной части урока, выполняя задания на выносливость, дети научились выполнять упражнения циклического характера по заданному темпу и определять ЧСС.

ВЫВОДЫ

В результате исследования и проведения педагогического эксперимента были сделаны следующие выводы:

1. При анализе литературных источников выяснилось, что развивающееся противоречие между ростом заболеваемости и средствами реабилитации, которые используются в образовательных учреждениях, вызывает необходимость обоснования внедрения оздоровительных методик. Среди технологий различной направленности (гигиенический, лечебных, экологических и др.) особое место занимают технологии физического воспитания, которые оказывают не только оздоровительный эффект, но и повышают у детей интерес к физической культуре.

2. В работе была разработана методика применения спортивных и подвижных игр малой и средней интенсивности на занятиях физической культурой в группе школьников, занимающихся по состоянию здоровья в специальной медицинской группе. Основная нозология - нарушение функций дыхательной системы.

3. Методика представлена в виде комплекса специальных упражнений, и игр используемых в определённой последовательности. Последовательность была сформирована от лёгкого к сложному.

4. Эффективность разработанной методики подтверждают результаты, полученные в ходе математической обработки результатов исследования.

В показателях физической подготовленности при окончании педагогического исследования достоверные результаты отмечались в тестах: «6-ти минутный бег», в «челночный бег 3 x 10 м». Наибольшая разница

результатов участников контрольной и экспериментальной групп установлена в тесте, характеризующем активную гибкость «наклон вперед». Результаты не достигли достоверных различий в тестах «прыжок в длину с места», «поднимание и опускание туловища». Это свидетельствует о том, что в обеих группах достаточно эффективно были применены методы воспитания силовых и скоростно-силовых качеств.

В показателях функционального состояния дыхательной системы школьниц, участвующих в исследовании, появились достоверные различия между девочками контрольной и экспериментальной групп.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Проведенные исследования, их результаты, обработка и обобщение, так же полученные выводы, позволили сделать следующие практические рекомендации

- В работе со школьниками с заболеваниями органов дыхания важно проводить дыхательные упражнения с последующим выполнением общеразвивающих. Чередовать грудное, диафрагмальное и смешанное дыхание, а также игры, тренирующие дыхание.
- При подборе средств и методов для составления и проведения занятий необходимо учитывать диагноз школьников и анатомо-физиологические особенности.
- Применение спортивных и подвижных игр малой и средней интенсивности обеспечивает существенное повышение физической подготовленности и способствует улучшению психоэмоционального состояния школьников отнесенных к СМГ.
- При проведении занятия в СМГ рекомендуется обращать внимание на внешние признаки утомления и контролировать ЧСС в начале, на пике нагрузки и в конце занятия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адаптивная физическая культура [Текст] / под ред. Н. Н. Чеснокова. – М., 2001. — 285с.
2. Абысова Г. А. Влияние занятий физической культурой на здоровье школьников [Текст] / Г. А. Абысова Н. Я. Эглит — М., 1992, — 152 с.
3. Аникеева Н. П. Воспитание игрой [Текст] : Книга для учителя / Н, П. Аникеева. – М., 1987. — 178 с.
4. Антропова М. В. Учебная нагрузка остается доминирующим фактором риска для здоровья учащихся начальных классов [Текст] / М. В. Антропова Л. М. Кузнецова. — М., 2002. — 144 с.
5. Апанасенко Г. А. Физическое развитие детей и подростков [Текст] / Г. А. Апанасенко. – Киев : Здоровье, 1985. – 80 с.
6. Ахундов Р. А. Исследование двигательной активности учащихся начальной школы [Текст] / Р. А. Ахундов. – М. : Педагогика, 1999. – 134 с.
7. Ашмарин Б. А. Теория и методика физического воспитания [Текст] : Учебн. для студ. фак. физ. культуры пед. ин – тов / Б. А. Ашмарин. — М. : Просвещение, 1990. — 287 с.
8. Ашмарин Б. А. Педагогический контроль за физической подготовленностью [Текст] : Учеб. пособие / Б. А. Ашмарин, Л. К. Завьялов. – М. : Педагогика, 1998. — 164 с.
9. Белоусов А. И. Физическое воспитание в специальных медицинских группах [Текст] : учебно-методическое пособие для учителей физической культуры общеобразовательных учреждений и студентов педагогических

колледжей / А. И. Белоусов. – Екатеринбург : Центр « Учебная книга», 2006. – 128с.

10. Бутин И. М. Развитие физических способностей [Текст] / И. М. Бутин А. Д. Викулов. – М., 2002. – 250 с.

11. Булич Б. Г. Физическое воспитание в специальной медицинской группе [Текст] / Б. Г. Булич. — М., 1993. – 237 с.

12. Былеева Л. В. Подвижные игры [Текст] :учебн. пособие для ин-тов физической культуры / Л. В. Былеева И. М. Коротков В. Г. Яковлев. — 4-е изд., перераб. и дополн. — М. : Физкультура и спорт, 1994. — 208 с.

13. Велитченко В. К. Физкультура для ослабленных детей [Текст] / В. К. Велитченко. — 2-е изд., перераб и доп. — М. :ФиС, 1999. — 210 с.

14. Войнбаум Я. С. Дозирование физических нагрузок школьников [Текст] / Я. С. Войнбаум. – М. : Просвещение, 2002. – 245с.

15. Волков В. Н. Пути повышения эффективности системы внеурочных занятий учащихся оздоровительной физической культурой [Текст] / В. Н. Волков. —Мурманск, 1993, — 242 с.

16. Годик М. А. Система общеевропейских тестов для оценки физического состояния человека [Текст] / М. А. Годик В. К. Бальсевич В. Н. Тимошкин // Теория и практика физической культуры. — 1994. – № 5-6. — С.24-32.

17. Головина Л. Л. Физиологические особенности некоторых функций и мышечной деятельности школьников [Текст] / Л. Л. Головина. – М., 1990. – 197 с.

18. Гомова О. С. Спортивные игры для детей [Текст] / под ред. О. С. Гомовой. – М. : Сфера, 2002. – 84 с.

19. Гофман Л. Б. Настольная книга учителя физической культуры [Текст] / Л. Б. Гофман. – М., 2004. – 305 с.

20. Гужаловский А. А. Развитие двигательных качеств у школьников [Текст] / А. А. Гужаловский. – М., 2002 – 88 с.

21. Дубровский В. И. Лечебная физическая культура [Текст] / В. И. Дубровский. – М., 1998. – 418 с.
22. Дубровский В. И. Спортивная медицина [Текст] / В. И. Дубровский. — М., 2000. – 270 с.
23. Емолаев Ю. А. Возрастная физиология [Текст] : учеб.пособие для студентов ВУЗов / Ю. А. Емолаев. — М., 1999. — 180 с.
24. Железняк Ю. Д. Основы научно-методической деятельности в физической культуре и спорте [Текст] / Ю. Д. Железняк. – М., 2000. – 190 с.
25. Жуков М. Н. Подвижные игры [Текст] / М. Н. Жуков. – М., 2002. — 300с.
26. Карманова Л. В. Физическая культура младшего школьника [Текст] / Под ред. Л. В. Кармановой, В. Н. Шебеко. – Минск : Полымя, 1997. – 282 с.
27. Кенеман А. В. Теория и методика физического воспитания детей младшего школьного возраста [Текст] / А. В. Кенеман, М. Ю. Кистяковский, Т. И. Осокина. – М. : Просвещение, 1990. – 328 с.
28. Козырева О. В. Лечебная физкультура для школьников. Система физической реабилитации детей с функциональными нарушениями опорно-двигательного аппарата [Текст] : пособие для инструкторов лечебной физкультуры / О. В. Козырева. — М. : Просвещение, 2002. – 280с.
29. Комплексная программа физического воспитания учащихся I–XI классов общеобразовательной школы [Текст] / сост. В. И. Лях, Л. Б. Кофман, Г. Б. Мейксон. — М., 1998. — 236 с.
30. Коротков И. М. Подвижные игры в занятиях спортом [Текст] / И. М. Коротков. — М. : Физкультура и спорт, 1998. — 116 с.
31. Лебедева Н. Т. Проблемы формирования здоровья школьников [Текст] / Н. Т. Лебедева. — М., 2000. — 255 с.
32. Лебедева Н. Т. Школа и здоровье учащихся [Текст] / Н. Т. Лебедева. — М., 2000. – 221 с.

33. Лесгафт П. Ф. Руководство по физическому образованию детей школьного возраста [Текст] / Под ред. П. Ф. Лесгафта. Избр. Пед. соч. — М. : Просвещение, 1952. — 428 с.

34. Ломейко В. Ф. Развитие двигательных качеств на уроках физической культуры в I-X классах [Текст] / В. Ф. Ломейко. — М., 1990. — 128 с.

35. Макарова О. С. Игра, спорт, диалог в физической культуре начальной школы: спортивно-игровые проекты для первого класса [Текст] / О. С. Макарова. — М., 2002. — 230с.

36. Малыхина М. В. Личная физическая культура учащихся общеобразовательной школы: проблема отбора содержания [Текст] / М. В. Малыхина, Т. А. Протченко, Н. В. Полянская. — М., 1998, — 261 с.

37. Марков В. В. Основы здорового образа жизни и профилактика болезней [Текст] / В. В. Марков. — М., 2001. — 225с.

38. Марц В. Г. Беседы по методике и теории игры [Текст] : Учеб. пособие / В. Г. Марц . — М. : СпортАкадемПресс, 2003. — 185 с.

39. Матвеев А. П. Методика физического воспитания в основании теории [Текст] / А. П. Матвеев. — М., 1987. — 246с.

40. Матвеев Л. П. Теория и методика физической культуры [Текст] :Учебн. для ин-тов физической культуры / Л. П. Матвеев. — М. : Физкультура и спорт, 1991. — 543 с.

41. Мишин Б. И. Книга для учителя физической культуры [Текст] / Б. И. Мишин. — М., 2003. — 397с.

42. Назаренко Л. Д. Оздоровительные основы физических упражнений [Текст] / Л. Д. Назаренко. — М. :Владос-пресс, 2003. — 248 с.

43. Основы математической статистики [Текст] : учебн. пособие для институтов физ. культ. / под ред. В. С. Иванова. — М. : Физкультура и спорт, 1990. — 176 с.

44. Пензулаева Н. И. Подвижные игры и игровые упражнения младших школьников [Текст] / Н. И. Пензулаева. – М. : Просвещение, 1999. – 124 с.

45. Петров П. К. Курсовые и выпускные квалификационные работы по физической культуре [Текст] / П. К. Петров. – М. : Владос-пресс, 2002. – 112 с.

46. Попов С. В. Валеология в школе и дома (о физическом благополучии школьников) [Текст] / С. В. Попов – СПб., 1997. — 413с.

47. Погадаев Г. И. Настольная книга учителя физической культуры [Текст] / Г. И. Погадаев. – М., 2000. – 427с.

48. Решетников В. Н. Игры на открытом воздухе [Текст] / В. Н. Решетников. – М., 1998. – 270с.

49. Решетников В. Н. Физическая культура [Текст] / В. Н. Решетников. – М., 2001. – 256с.

50. Рипа М. Д. Занятия физической культурой со школьниками, отнесенными к специальной медицинской группе [Текст] / М. Д. Рипа, С. С. Волкова. — М. :ФиС, 1998. — 227 с.

51. Родионов А. В. Практическая психология физической культуры и спорта [Текст] / А. В. Родионов. – Махачкала, 2002. — 276 с.

52. Рунова М. А. Двигательная активность ребенка [Текст] / М. А. Рунова. – М. : Мозаика- Синтез, 2002. – 256 с.

53. Сиваков В. И. Педагогические основы управления психическим состоянием школьников на уроках физической культуры [Текст] / В. И. Сиваков. – Челябинск, 1998.

54. Смирнов В. М. Физиология физического воспитания и спорта [Текст] / В. М. Смирнов, В. И. Дубровский. – М. : 2002. – 350с.

55. Страковская В. Л. Подвижные игры в терапии больных и ослабленных детей [Текст] / В. Л. Страковская. – М. : Медицина, 1987. – 240 с.

56. Сухарев А. Г. Здоровье и физическое воспитание детей и подростков [Текст] / А. Г. Сухарев – М. : Медицина, 1998. – 252 с.

57. Тарасова Т. А. Контроль физического состояния детей младшего школьного возраста [Текст] : метод. рекомендации / Т. А. Тарасова. – М. : Сфера, 2005. – 186 с.

58. Тимофеева Е. А. Подвижные игры с детьми младшего школьного возраста. [Текст] / Е. А. Тимофеева. – М., 2009. – 230с.

59. Тимошенко В. В. Физическое воспитание студентов и учащихся, имеющих отклонения в состоянии здоровья [Текст] : учеб. пособие / В. В. Тимошенко. — 2-е изд., перераб. и доп. — М., 2001. — 312 с.

60. Фарбер Д. А. Физиология школьника [Текст] / Д. А. Фарбер, И. А. Корниенко, В. Д. Сонькин. – М. : Педагогика, 1990. – 63 с.

61. Физическая культура. 1-11 классы. : Программа для учащихся специальной медицинской группы общеобразовательных учреждений

[Текст] / Авт. сост. А. П. Матвеев, Л. В. Петрова, Л. В. Каверкина. – М. : –Дрофа, 2004. – 243 с.

62. Физическая культура. Программа для начальной школы [Текст] / Сост. А.П. Матвеев. – М. : Просвещение, 2007. – 146с.

63. Фомин Н. А. Возрастные основы физического воспитания [Текст] / Н. А. Фомин, В. П. Филин. — М. : Физкультура и спорт, 2000. — 176 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение №1

Комплекс оздоровительной гимнастики

1. Ходьба с высоким подниманием колена, затем с подтягиванием руками ноги к груди.
2. И.п. - стоя ноги врозь, наклониться вперед, прогнуться, руки вперед, вернуться в И.п. (10-12 раз).
3. И.п. - стоя приседание, руки поднять через стороны вверх (16-20 раз).
4. И.п. - стоя ноги врозь, руки на поясе, круговые вращения тазом (6-8 раз, в каждом направлении).
5. И.п. - стоя руки вперед - в стороны, махи ногой вперед - назад, правой ногой коснуться левой кисти, тоже - другой ногой 6-8 раз.
6. И.п. - стоя ноги широко разведены в стороны, руки на поясе, поворот вправо, вернуться в И.п., поворот влево (8-10 раз).
7. И.п. - сидя на полу, упор руками сзади, сделать перекаат назад, вернуться в И.п., наклониться вперед и разогнуться (10-16 раз).
8. И.п. - лежа на спине, поднять ноги, развести в стороны, выполнить перекрестное движение (12-15 раз).
9. И.п. - лежа на спине, сделать стойку на лопатках (3- 5 с), затем носками коснуться пола за головой, выпрямиться, опустить ноги (12-16 раз)
10. И.п. - сидя упор руками сзади, мах ногой вперед - вверх, одновременно приподнять таз, каждой ногой (8-12 раз).
11. И.п. - лежа на спине, упор на локти. Прогнуться в грудном отделе позвоночника (таз не поднимать), вернуться в И.п. (10-12 раз).
12. И.п. - лежа на полу, ноги согнуты, стопы на полу, опираясь стопами, поднять таз, вернуться в И.п. (12-16 раз)

- 13.И.п. - лежа на полу, ноги разведены. Соединять колени, оказывая сопротивление кистями (12-16 раз).
- 14.И.п. - на четвереньках, опустив голову и подтянуть живот, выгнуть спину, поднять голову, прогнуться в грудном отделе позвоночника, расслабить мышцы живота.
- 15.И.п. - то же, мах ногой назад, прогнуться, затем согнуть ногу, сесть на пятки (6-8 раз).
- 16.И.п. - стоя подскоки на месте, чередовать прыжки с опорой на двух ногах и на одной, свободную ногу бросать вперед или в сторону 20-30 с. Повторить 3 раза
- 17.Ходьба на месте (15-20 с).
- 18.Расслабить мышцы ног (10-15 с).
- 19.Сделать неглубокий вдох и не выдыхая выпячивать, втягивать живот (4-6 раз).

Приложение №2

Упражнения у гимнастической стенки

1. И.п. - смешанный вис: стоя спиной к стенке с широким хватом рук на уровне плеч, ноги касаются пола. Согнуть ноги в коленях, подтянуть к животу, удержаться в висе на 4-6 с. Вернуться в И.п. повторить 6-8 раз.
2. И.п. - то же, но руки хватом выше головы. Предыдущее упражнение повторить 6-8 раз
3. И.п. - стоя спиной к гимнастической стенке, руки хватом на уровне головы. На счет 1 - шаг вперед одной ногой, прогнуться, выпрямив руки. На счет 2 - вернуться в И.п. На 3-4 - то же с другой ноги.
4. И.п. - вис, сед спиной у стенки. Руки хватом над головой. Встать, прогнувшись в грудном отделе позвоночника, вернуться в И.п. Повторить 6-8 раз.

Приложение №3

Комплекс дыхательных упражнений

1. И.п. - лежа на спине (сидя, стоя), сделать глубокий вдох и продолжительный выдох.
2. И.п. - то же, сделать вдох на 4 счета и выдох.
3. И.п. - то же, повернуть кисти наружу с небольшим отведением рук в стороны и разворачиванием плеч-вдох, вернуться в И.п. - выдох.
4. И.п. - сидя (стоя) прямые руки сзади, кисти в замок, скользя руками по туловищу вниз, развернуть плечи -|вдох, вернуться в И.п. - выдох.
5. И.п. - сидя руки на поясе, отвести локти назад - выдох, И.п. - вдох.
6. И.п. - сидя (стоя) кисти рук на шее, отвести локти и голову назад - вдох, И.п. - выдох.
7. И.п. - лежа на спине (сидя, стоя), поднять руки вверх через стороны - вдох, И.п. - выдох.
8. И.п. - то же, руки вперед, в стороны - вдох, И.п. - выдох.
9. И.п. - стоя кисти рук к плечам, отвести сначала правый, затем левый локоть - вдох, вернуться в И.п. - выдох.
- 10.И.п. - руки поднять вперед, вверх, назад, прогнуться - вдох, И.п. - выдох.
- 11.И.п. - стоя руки вперед, медленно отвести их в стороны - назад, голову назад - вдох, скрестить руки на груди и наклониться вперед - выдох.
- 12.И.п. - стоя через стороны медленно поднять руки вверх, посмотреть на кисти - вдох, опустить руки, наклонить туловище - выдох.
- 13.И.п. - стоя (сидя) развести руки в стороны, на 4 счета сделать вдох, на 4 счета опустить руки - выдох.
- 14.И.п. - медленный бег, при котором и вдох и выдох выполняются на 4-6 шагов.
- 15.И.п. - стоя кисти положить на плечи, на 4 счета делать вдох, И.п. - выдох.

Приложение №4

Упражнение для самостоятельных занятий

1. Ходьба на месте с правильной осанкой и высоким подниманием ног, спортивная ходьба.
2. Различные виды бега.
3. Прыжки на месте.
4. Различные силовые упражнения, выполняемые в упоре лежа для мышц рук, туловища и брюшного пресса.
5. Упражнения на расслабление рук и поочередно ног, выполняемые в положении стоя.
6. Различные виды приседаний (на полной стойке, носках и т.д.).
7. Упражнение на равновесие («ласточка»)
8. Упражнение с подбрасыванием и ловлей мяча.
9. Различные силовые упражнения с резиновым бинтом, эспандером, гантелями, тренажерными устройствами.
10. Прыжки через скамью на одной и двух ногах.
11. Упражнения для совершенствования вестибулярного аппарата (наклоны вперед, назад, в стороны, с вращением головы).
12. Упражнения на узкой опоре (на равновесие).
13. Ходьба (упражнение на восстановление дыхания, ЧСС)

Приложение №5

Максимально допустимое значение частоты пульса у учащихся при проведении учебной работы (5—11 классы)

1. Переменная ходьба на лыжах 160
2. Игра на площадке в баскетбол (10—15 мин) 180
3. Бег равномерный (3 мин) 160
4. Бег равномерный (2 мин) в конце занятий 166

5. Бег равномерный (2 мин), темп 150 м/мин 166
6. Эстафета (бег 3x30) 158
7. Бег семенящий с высоким подниманием голени (9X20) 150
8. Бег с ускорением (3x20) 150
9. Комплекс общеразвивающих упражнений в движении (10 упр.) 160
10. Прыжки в длину с места (10 раз) 158
11. Прыжки боком вперед по 30 с 150
12. Броски набивного мяча на дальность (40 раз) 143
13. Бег с ускорением (2x20) 146
14. Бег равномерный (2 мин) 136-147
15. Ходьба на носках, на внешней, внутренней стороне стопы, 1 мин бегом 146-170
16. Приседание на одной ноге (5 раз на каждой) 150-166
17. Подскоки на месте (2 с) 130-166
18. Комплекс упражнений на месте (11 упр.) 130-160
19. Приседание на одной ноге, ноги расставлены (10 раз) 150—162
20. Бег с ускорениями (1x20) 133-176
21. Комплекс силовых упражнений: 1 - на брюшной пресс, 2 - отжимание, 3 - на мышцы спины, пистолет» - 10 раз 140-170
22. Взмахом ноги достать ладонь 10-12 раз 125-170
23. Ходьба, высоко поднимая ноги (20 с) 125-162
24. Сгибание и разгибание рук в упоре лежа (6-20 раз) 125-162
25. Поднимание ног сидя, упор сзади (10-20 раз) – 113-158
26. Прыжки в длину с места (3 раза) 130
27. Наклон вперед во время ходьбы и на месте (20-30 с) 120-176
28. 20 приседаний за 40 с 111-150
29. Броски набивного мяча на дальность (3 раза) 111-162
30. Поднимание верхней части туловища лежа на скамье лицом вниз, ноги закреплены (10-12 раз) 130-150

31. Ходьба в начале занятий на носках, с выпадами и т.д 115-150

Приложение №6

Подвижные игры.

1. Игра Съедобное-несъедобное. С помощью считалочки выбирается водящий, остальные игроки садятся в ряд на скамейку или лавочку. Водящий по очереди кидает каждому игроку мяч, называя слово. Иногда, во избежание споров, ребята вначале игры принимают правило не касаться мячика руками, если назвали несъедобное. Если названо съедобное и мячик пойман, то считается, что предмет съеден.. Тот кто случайно поймал мячик, становится водящим. Если кидали съедобное, а игрок оттолкнул или не поймал мяч, он становится водящим.

2. Игра Защита крепости. Команды располагаются по кругу. Снаружи—нападающие, внутри—защитники, в центре — "крепость". Нападающие передают волейбольный мяч руками друг другу и при удобном случае стремятся пробить по "крепости". Игроки, защищающие "крепость", должны отбивать мяч двумя руками снизу, двумя руками сверху или одной рукой.

3. Игра Хитрая лиса. Играющие стоят по кругу на расстоянии одного шага друг от друга. Вне круга отчерчивается дом лисы. Учитель предлагает играющим закрыть глаза, обходит круг за спинами детей и говорит «Я иду искать в лесе хитрую и рыжую лису!», дотрагивается до одного из играющих, который становится хитрой лисой. Затем играющие открывают глаза и внимательно смотрят, кто из них хитрая лиса, не выдаст ли она себя чем-нибудь. Играющие 3 раза спрашивают хором, вначале тихо, а затем громче «Хитрая лиса, где ты?». При этом все смотрят друг на друга. Хитрая лиса быстро выходит на середину круга, поднимает руку вверх, говорит «Я здесь». Все играющие разбегаются по площадке, а лиса их ловит. Пойманного лиса отводит домой в нору.

4. Игра Наседка и цыплята. Дети сидят или стоят. На одной стороне площадки веревкой отгорожен "курятник", где помещаются "цыплята" (дети) с "наседкой". Сбоку в стороне находится "большая птица" (один из детей). "Наседка" покидает "курятник", подлезает под веревку и отправляется на поиски корма. Она зовет "цыплят": "Ко-ко-ко", "цыплята" на ее зов подлезают под веревку и вместе с ней гуляют на площадке ("клюют зернышки": наклоняются, приседают и т. д.). При словах взрослого: "Летит большая птица!", "цыплята" убегают домой. Из игры выбывают "цыплята", пойманные "большой птицей".

5. Игра Зоопарк. Перед началом игры каждый участник выбирает себе какое-нибудь животное. Животные не должны повторяться. У каждого животного должно быть свое движение. Все участники перед началом подвижной игры рассаживаются в помещении так, чтобы видеть всех. Сначала «знакомятся». Все по очереди называют и показывают свое животное. Задача игроков – запомнить движения. Затем начинают играть. Первый игрок показывает своего зверя и сразу еще кого-нибудь. Тот, кого показали, должен выполнить свое движение и показать другое и так далее. Кто ошибется, например, «прозевал» показ своего животного или забыл показать свое движение, а сразу стал показывать чужое – выбывает из игры. Побеждает тот, кто останется последним.

6. Игра Третий лишний. Игроки команд располагаются парами внутри площадки. Расстояние между парами 2—3 м. Водящий и один из игроков (убегающий) располагаются за линией. Водящий стремится запятнать убегающего, а убегающий может встать перед одной из пар, тогда последний игрок пары становится «третьим лишним» и убегает от водящего. Если же водящему удастся запятнать свободного игрока, то они меняются ролями.

