

ЛЬВІВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Кафедра теорії і методики фізичної культури

**ЛЕКЦІЇ З ДИСЦИПЛІНИ «МЕТОДИКА ВИКЛАДАННЯ ФІЗИЧНОГО
ВИХОВАННЯ В СПЕЦІАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ГРУПАХ».**

спеціальність 227 «ФТ та ЕТ»

рівень вищої освіти «бакалавр»

III курс факультет фізичної терапії та ерготерапії,

«ЗАТВЕРДЖЕНО»
на засіданні кафедри
теорії і методики фізичної культури
Протокол № 1 від « 30 » серпня 2018 р.

Зав. кафедри, професор _____ Боднар І.Р.

ЛЕКЦІЯ № 1

ТЕМА: ЗАВДАННЯ, ПРИНЦИПИ, ФУНКЦІЇ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ УЧНІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ГРУПИ З УРАХУВАННЯМ ПОКАЗНИКІВ ЇХ СТАНУ ЗДОРОВ'Я ТА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

Навчальні та виховні цілі:

освітня (інформаційна) — домогтися обізнаності студентів у теоретичних питаннях характеристики стану здоров'я та фізичного розвитку учнів спеціальної медичної групи, слугувати подальшому міцному засвоєнню знань про завдання, принципи і функції фізичної культури;

розвиваюча — розвивати інтелектуальні здібності, мовлення, уяву, мислення студентів, прищеплювати їм раціональні способи пізнавальної діяльності;

виховна — сприяти формуванню наукового світогляду, моральних, естетичних та інших якостей особистості, вихованню колективу.

Навчальні питання і розподіл часу

Вступ	5 хв.
1. Характеристика стану здоров'я та фізичного розвитку учнів спеціальної медичної групи	20 хв.
1.1.Анатомо-фізіологічна характеристика	
2.2. Педагогічна характеристика	
2.Завдання фізичного виховання учнів з відхиленнями в стані здоров'я	20 хв.
3. Принципи фізичного виховання	20 хв.
4. Функції фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи	20 хв.
Заклучення та відповіді на запитання	5 хв.

Навчально-матеріальне забезпечення – мультимедійний проектор, презентація

Навчальна література:

1. Боднар І. Інтегративне фізичне виховання школярів різних медичних груп: монографія / Іванна Боднар. – Л.: ЛДУФК, 2014. – 316 с. ISBN 978-966-2328-74-5
2. Боднар І. Теорія, методика і організація фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи Навч.-методичний посіб. – Львів, Українські технології. – 2005. – 48 с.
3. Мухін В.Н. Фізична реабілітація. Підручник для студентів ВНЗ фізичного виховання і спорту. К: Олімпійська література, 2000.-423 с.
4. Полатайко Ю.О. Фізичне виховання школярів у спеціальних медичних групах. – Івано-Франківськ: Плай, 2004. – 161 с.
5. Семенова Н. Організація фізичного виховання у спеціальних медичних групах ВНЗ I–II рівнів акредитації / Наталія Семенова // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту та здоров'я людини. – Л., 2016. – Вип. 20, т. 2. – С. 310–314.
6. Теория и методика физического воспитания. Учебник для ин-тов ФК / Под ред. Т.Ю.Круцевич (в 2-х т.). К.: Олимпийская литература, 2003. – 422 с.
7. Фізична культура. Програма для загальноосвітніх навчальних закладів. 1-11 класи, Київ: Початкова школа, 2001. – 111с.
8. Язловецький В.С. Фізичне виховання учнів з відхиленнями в стані здоров'я. Навчальний посібник. Кіровоград: РВВ КДПУ імені В.Винниченка, 2004. – 352 с.

В с т у п

Кожна людина з дитинства повинна розуміти, що здоров'я не можна купити, подарувати, взяти короткочасним штурмом; воно вимагає до себе постійної уваги, а іноді і значних вольових і фізичних зусиль протягом усього життя. Засвоїти людині цю аксіому людині повинні допомогти батьки, вчителі, вихователі не тільки теоретично, але й на життєвих прикладах. Особливо важливо вселити цю думку тим, хто уже має хворобу.

Робота з дітьми, віднесеними за станом здоров'я до СМГ займає одне з важливих місць при реалізації задач фізичного виховання школярів. Цей контингент дітей вимагає уважного

ставлення до себе з боку працівників сфери фізичного виховання і охорони здоров'я у зв'язку з тим, що відсоток захворюваності дітей залишається високим і при цьому спостерігається тенденція до його зростання. Тільки при систематичному і науково обґрунтованому лікарсько-педагогічному контролі фізичного виховання стає ефективним засобом збереження і зміцнення здоров'я дітей, покращення їх фізичного розвитку.

Існує інформація, що за результатами медичних оглядів, які проводяться у ЗОШ Росії і України, до категорії здорових можна віднести не більше 10% учнів. За даними різних літературних джерел **від 5-8% до 30%** дітей у різних навчальних закладах за станом здоров'я відносяться медиками до СМГ.

Серед учнів початкових класів до СМГ віднесено 5% усіх школярів, при чому у 1-му класі ослаблені діти складають 2,8%, у 2-му – 4,6%, в третьому – 7,4%. Можна допустити, що ріст захворюваності з віком пов'язаний із збільшенням обсягу навчального навантаження, і зі зниженням обсягу рухової активності, часу перебування дітей на свіжому повітрі.

Згідно даних досліджень, проведених кафедрою ТiМФВ ЛДУФК у 1-х класах ЗОШ Львівщини навчається 0,88% учнів СМГ, у 2-х – 0,98%, 3 – 2,03%, 4 – 2,68%, 5 – 4,30%, 6 – 4,29%, 7 – 4,75%, 8 – 4,68%, 9 – 4,71%, 10 – 4,06%, 11 – 4,05%. Тобто кількість дітей, які відносяться до СМГ зростає з кожним роком початку дітей у школі (Боднар І., Гаврих Я., Стефанишин Г., 2009).

Погіршення рівня здоров'я частіше відбувається не за рахунок погіршення стану органів чи систем організму внаслідок захворювання, а в результаті зниження рівня рухової активності. Ця тенденція у **дівчат** проявляється яскравіше, ніж у хлопців (Асадова О.Р. та ін., 1996). Наші дослідження підтвердили це. Так, серед дівчат до СМГ належить 2,19% учнів ЗОШ Львівщини, серед хлопців – 1,79% (Боднар І., Гаврих Я., Стефанишин Г., 2009).

У молодших школярів найчастіше зустрічаються захворювання органів дихання, так кожна 2-5 дитина страждає від хвороб дихальної системи; захворювання органів чуття, нервової системи зустрічається у кожній 10-25-ї дитини, хвороби органів травлення у кожній 10-25-ї дитини, у 4-2,6% зустрічаються захворювання сечовидільної системи, часто (у 30-70% випадків) зустрічається міопія (короткозорість), порушення постави (60%). При цьому кількість дітей з вадами зору і з вадами постави зростає з кожним роком навчання. Фахівці звертають увагу, що з кожним роком зростає кількість дітей з нервово-психічними захворюваннями.

Нерідко буває, що в одного учня діагностується декілька захворювань, які дозволяють йому добре вчитися, однак вимагають особливої уваги до його здоров'я та постійного тренування організму. Так, 18,9% дівчат і 11,5 % хлопців СМГ страждають одночасно 2-3 хворобами.

Проблема фізичного розвитку дітей з відхиленнями в стані здоров'я має державне – економічне, моральне а також наукове і практичне значення. Знайомство з літературою дозволяє відмітити, що до теперішнього часу є мало науково обґрунтованих рекомендацій з фізичного виховання учнів спеціальних медичних груп

Система проведення обов'язкових регулярних занять з дітьми СМГ у ЗОШ зруйнована. Відсутність профілактичної фізкультурно-оздоровчої роботи зі школярами призводить до того, що значна кількість первинних хвороб набуває хронічні, рецидивні форми.

Міністерством освіти і науки України затверджено програми з фізичної культури для СМГ для учнів ЗОШ . Проте виконання цих програм повністю гальмується мізерною доплатою спеціалістам з фізичної культури за позашкільну роботу. Разом з тим, ФВ для СМГ здійснюються в усіх спеціальних відділеннях ВН. Традиційно програми з фізичного виховання для СМГ наближені за своїм змістом до програм основної підготовчої медичних груп і в цьому є сенс, оскільки ідеальна мета СМГ – перевести того, хто займається, у підготовчу медичну групу в результаті певного курсу занять.

Будь-яка програма має свої недоліки, проте менш за все таких недоліків повинні мати програми з фізичного виховання для СМГ, оскільки хворому організмові зашкодити некомпетентним втручанням набагато простіше, ніж здоровому.

1. Характеристика стану здоров'я та фізичного розвитку учнів спеціальної медичної групи

1.1.Анатомо-фізіологічна характеристика

Відомості про анатомо-функціональні особливості школярів спеціальної медичної групи дуже обмежені, і це, без сумніву, ускладнює процес фізичного виховання.

Проведені медико-педагогічні обстеження показали, що частіше за все школярі спеціальної медичної групи мають низький або нижче середнього **фізичний розвиток**. У спеціальній медичній групі, незалежно від статі і віку дітей, нижчий від середнього (від $M-1\sigma$ до $M-2\sigma$), і низький (від $M-2\sigma$ і нижче) фізичний розвиток зустрічається в три рази частіше, ніж в основній медичній групі. В основній медичній групі середній фізичний розвиток (від $M\pm 1\sigma$), вище середнього (від $M+1\sigma$ до $M+2\sigma$) і високий (від $M+2\sigma$ і вище) відмічений у 86% учнів, тоді як в спеціальній медичній групі у 45%.

Також встановлено виразний зв'язок між ступінню фагоцитарної реакції крові, бактерицидністю шкіри¹ і рівнем фізичного розвитку. Так, серед учнів з середнім фізичним розвитком, вищим за середній і високий, частіше спостерігаються більші величини **фагоцитарного** індексу, що свідчать про високу фагоцитарну реакцію крові. Середня величина фагоцитарного індексу у дітей з середнім і високим рівнями фізичного розвитку становила $7,30\pm 0,08$, тоді як у школярів з нижчим від середнього і низьким фізичним розвитком вона дорівнювала $6,58\pm 0,18$.

Високі показники фагоцитарної активності лейкоцитів крові поєднуються з високою **бактерицидністю** шкіри. Учні з середнім, вище за середній і високим фізичним розвитком частіше властиві більш високі показники бактерицидності шкіри. Знижені фагоцитарна активність лейкоцитів крові та бактерицидна здатність шкіри пов'язані з підвищеною поточною захворюваністю учнів (грип, ангіна, катар верхніх дихальних шляхів). Частіше протягом року хворіли учні з низьким фагоцитарним індексом і низькою бактерицидністю шкіри (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Розподіл учнів за співвідношенням між поточною захворюваністю та імунологічною реактивністю організму (за даними М.В.Антропової)

Показники	Градації показників	Кількість перенесених захворювань в рік	
		0-1	2 і більше
Бактерицидність шкіри (%)	0-29	1	4
	30-59	11	14
	60-89	81	23
	90 і більше	151	22
Фагоцитарний індекс	4,3-5,6	5	11
	5,7-7,0	111	21
	7,1-8,4	99	5
	8,5-9,8	22	3

Крім більш частішої поточної захворюваності, відміченої переважно в учнів з низькими показниками імунологічної реактивності, кожне із захворювань було у них і більш тривалим (табл. 2.2).

Таблиця 2.2

Розподіл учнів між тривалістю одного захворювання і фагоцитарною активністю лейкоцитів крові (за даними М.В.Антропової зі співавторами)

Градації фагоцитарного індексу	Тривалість захворювання	
	До 4 днів	5 і більше днів
4,3-6,3	1	53
6,4-8,4	6	73
8,5 і вище	3	10

Імунологічна реактивність організму дітей, оцінювалась за результатами двох спеціальних проб, що показують стан фагоцитарної активності лейкоцитів в крові і бактерицидність відкритих і закритих поверхонь шкіри.

Таким чином більшість дітей спеціальної медичної групи відрізняється зниженим фізичним розвитком, зниженою імунологічною активністю організму, підвищеною захворюваністю ангінами, грипом, катаром верхніх дихальних шляхів і більш тривалим перетіканням цих хвороб.

У початкових величинах гемодинамічних показників (частота серцевих скорочень, величина систолічного, діастолічного і пульсового тиску) до навантаження у основної і спеціальної медичних груп дітей різного рівня фізичного розвитку, виявилися загальновідомі вікові відмінності. Між суміжним віком ці відмінності були несуттєвими. Ще меншими вони виявилися за функціональними показниками: коефіцієнтом ефективності кровотоку (КЕК), величині систолічного і хвилинного об'ємів (табл. 2.3). Однак при постановці комбінованої проби², реакція на навантаження, що вимагає прояву витривалості, знаходилася в учнів у зв'язку з їх рівнем фізичного розвитку.

Більш значими були відмінності в учнів двох рівнів фізичного розвитку, після першого навантаження (20 присідання протягом 30 сек) і третього навантаження (біг протягом 1 хв. 30 сек в темпі 180 кроків за хвилину). На перше навантаження учні середнього і нижче середнього фізичного розвитку відповідали підвищенням показника ефективності кровопостачання і збільшенням хвилинного об'єму. Однак у перших це збільшення відбувалося за рахунок зростання систолічного об'єму, тоді як у других - за рахунок частоти серцевих скорочень. Так, наприклад, після першого навантаження (табл. 2.4) в учнів двох рівнів фізичного розвитку, що порівнюються, хвилинний об'єм складав в середньому $6,65 \pm 6,76$ л, тобто був однаковим, але систолічний об'єм у дітей

Таблиця 2.3

Функціональні показники серцево-судинної системи в учнів 8-11 років до навантаження (за даними Н.В.Полянської)

Вік	Рівень фізичного розвитку	Середнє арифметичне і його помилка (M±m/M)		
		КЕК	Систолічний об'єм, (мл)	Хвилинний об'єм, (мл)
8	Середній і вищий середнього	27,0±1,26	43,0±1,29	3,86±0,20
	Нижчий середнього і низький	25,6±1,79	42,9±2,19	3,74±0,69
9	Середній і вищий середнього	24,1±0,89	40,8±1,45	3,48±0,10
	Нижчий середнього і низький	26,8±1,93	43,5±1,88	3,76±0,52
10	Середній і вищий середнього	26,4±0,86	42,7±1,77	3,58±0,58
	Нижчий середнього і низький	24,3±3,94	39,8±4,20	3,41±0,45
11	Середній і вищий середнього	29,2±1,92	42,3±2,00	3,72±0,18
	Нижчий середнього і низький	33,8±7,95	47,0±6,75	4,10±0,78

Примітки: 1. КЕК – коефіцієнт ефективності кровопостачання визначався за формулою $(P \cdot Pd) / 100$, де P – ЧСС за хвилину, Pd – пульсовий тиск (максимальний тиск мінус мінімальний). 2. систолічний і хвилинний об'єми обчислювалися за формулою Лілієндранда і

² Функціональний стан серцево-судинної системи учнів спеціальної і основної медичних груп вивчався шляхом постановки спеціальної комбінованої проби, що складається з трьох послідовних навантажень: перше - 20 глибоких присідань протягом 30 сек, друге - швидкісний біг в інтенсивному темпі протягом 7 сек, третє - на витривалість - біг протягом 1 хв 30 сек в темпі 180 кроків в хвилину. Кожне з навантажень проводилося після повного відновлення гемодинамічних показників.

Бандера: а) систолічний об'єм – $(Pd \cdot 100)/D$, де Pd – пульсовий тиск, D – середнє значення (половина суми максимального і мінімального тиску); б) хвилинний об'єм – $M=sP$, де s – систолічний об'єм, P – ЧСС за хвилину.

середнього і вище середнього фізичного розвитку досягав в середньому 56,4 мл, а у школярів з нижчим за середній і низьким фізичним розвитком – 47,7 мл. Таким чином, потребу в кисні, що зростає, пов'язану з м'язовою діяльністю, діти з нижче середнього фізичним розвитком забезпечували **менш економно** – за рахунок збільшення частоти серцевих скорочень. Частота серцевих скорочень у цих школярів зростала в середньому на 45% в порівнянні з вихідним (до навантаження), а у дітей середнього і вище середнього фізичного розвитку – на 27%. Період відновлення у школярів з нижче середнього фізичним розвитком був майже таким (2 хв), як і у дітей середнього і вище середнього фізичного розвитку (1 хв 30 с).

Таблиця 2.4

Функціональні показники серцево-судинної системи учнів на комбіновану пробу в залежності від рівня фізичного розвитку
(за даними Н.В.Полянської)

Вік	навантаження	Рівень фізичного розвитку	Середнє арифметичне і помилка (M±m)		
			КЕК	Систолічний об'єм, (мл)	Хвилинний об'єм, (мл)
8, 9, 10	1	Середній і вищий середнього	54,0±1,04	56,4±1,03	6,67±0,14
		Нижчий середнього і низький	50,0±0,91	47,7±0,85	6,65±0,40
8, 9, 10	2	Середній і вищий середнього	49,8±1,35	52,5±1,26	6,45±0,18
		Нижчий середнього і низький	50,0±2,03	54,3±2,09	6,90±0,25
8, 9, 10	3	Середній і вищий середнього	67,0±1,21	59,3±0,90	8,23±0,15
		Нижчий середнього і низький	55,1±3,24	52,3±2,15	6,80±0,37

Особливо значними були відмінності показників, що аналізуються, при постановці третьої проби – на витривалість. В учнів нижче середнього фізичного розвитку всі функціональні показники після цієї проби були істотно нижчими, ніж в учнів середнього і високого фізичного розвитку. Істотними були відмінності і за часом відновлення зсувів в гемодинамічних показниках. Так середній час відновлення частоти серцевих скорочень в учнів середнього і вище середнього фізичного розвитку дорівнювало 2 хв 47 сек, а у школярів нижче за середній і низький фізичний розвиток воно становило 3 хв 30 сек. На друге, швидкісне навантаження (біг протягом 7 с в інтенсивному темпі) реакції серцево-судинної системи у дітей різних рівнів фізичного розвитку, були однаковими (табл. 2.4). Всі три функціональні показники не розрізнялися за своїми величинами. Очевидно, швидкісне навантаження, коротке за часом (7 сек), не пред'являє підвищених вимог до серцево-судинної системи. Бо швидкість рухів забезпечується переважно змінами в анаеробних реакціях, тоді як навантаження на витривалість супроводиться значними змінами в окислювальних процесах (Н. Н. Яковлев), а діти і підлітки краще усього справляються з швидкісними навантаженнями. Виконання ж роботи, з якою організм справляється важче, відразу ж виявив відмінності в функціональних можливостях серцево-судинної системи дітей різного рівня фізичного розвитку. Менш сприятлива реакція серцево-судинної системи на навантаження, пов'язане з витривалістю, поєднується у тих же учнів з низькою м'язовою витривалістю, при динамічній роботі.

Всебічне вивчення основних показників імунобіологічної реактивності, м'язової працездатності і її змін, функціональних показників серцево-судинної системи і їх динаміки, тісний зв'язок окремих функціональних показників між собою дозволяє зробити **висновок**, що більшість школярів спеціальної медичної групи, що мають нижче середнього і низький фізичний розвиток, володіє **зниженою загальною реактивністю організму**. Особливо виразно це виявляється при фізичних навантаженнях, що вимагають вияву витривалості.

1.2. Педагогічна характеристика

У школярів спеціальної медичної групи був виявлений значно нижчий рівень рухових якостей. Ці діти, як правило, були відстаючими на уроках фізичної культури.

Частіше за все недостатня фізична підготовленість зустрічалася у школярів низького і нижче середнього фізичного розвитку, а також у дітей з непропорційно великою вагою, плоскостопістю, порушеннями постави тощо. Ці діти під час виконання фізичних вправ і іншої рухової діяльності часто бували мляві, малоактивні, нерішучі. Вони соромилися своєї незграбності і прагнули бути непомітними на уроках. Це призводило до малорухливості на уроках фізичної культури і у позаурочний час і ще більше збільшувало їх відставання від дітей основної медичної групи.

З загального числа дітей спеціальної групи школярів з низькими показниками було 13-23%. Найбільша кількість низьких показників спостерігалася у перших класів; в учнів старшого віку їх кількість зменшувалася.

Більша кількість низьких результатів у дітей спеціальної медичної групи звичайно спостерігалася при стрибках у висоту з розбігу (23%). Важким для багатьох хлопчиків був вертикальний стрибок, а для дівчаток - стрибок в довжину з місця і метання набивного м'яча. Менше відстаючих було в бігу з поворотами і при перенесенні дрібних предметів (13%), при стрибках в довжину з місця (серед хлопчиків) і вертикальному стрибку (серед дівчаток).

Фізична підготовленість школярів в більшості випадків була прямо пов'язана з рівнем їх фізичного розвитку. Дітям, що мають низький фізичний розвиток, частіше була властива низька фізична підготовленість. Ні в одному випадку школяр, що має низький фізичний розвиток, не показував високі результати у тому або іншому виді рухів. Ця морфофункціональна залежність однаково характерна як для хлопчиків, так і для дівчаток.

Низькі показники рухових якостей відмічалися в переважній більшості випадків у тих дітей, які мали низькі результати за двома і більш видам основних рухів.

У школярів з низькою фізичною підготовленістю відмічалася низька м'язова працездатність (60%), незадовільна точність рухів (36%), низька витривалість до статичних зусиль (30%), низькі показники сили м'язів (25%).

Таким чином, дослідження показали, що школярі спеціальної медичної групи, як правило, мають низький рівень фізичної підготовленості і **розвитку рухових якостей**.

1.3. психологічна характеристика

Що до оцінки своїх можливостей, то 100 % студентів основного відділення та 88,5% спеціального медичного відділення люблять заняття під музику. Першокурсники основного відділення полюбляють заняття ритмічною гімнастикою під музику у швидкому та середньому темпі, тільки 3,9 % віддають перевагу повільному темпу. 47, 1 % студентів спеціального медичного відділення люблять танцювати в повільному темпі, а 41,3 % в середньому темпі. Швидкий темп до вподоби тільки 11,6 % студентів спеціального медичного відділення. Цілком можливо, що це пов'язано з визначеними порушеннями у стані здоров'я. При встановленні відчуття страху виявлено, що у 70,6 % студентів спеціального медичного відділення бояться темряви, при цьому 76,9 % основного відділення зовсім не бояться її (І.П.Чабан, 2002).

2. Завдання фізичного виховання учнів з відхиленнями в стані здоров'я

Цілі і задачі фізичного виховання ослаблених дітей повинні враховувати як потреби соціуму, оскільки проблема охорони здоров'я підростаючого покоління, будучи основоположною складовою проблеми збереження генофонду нації, завжди є однією з головних і постійних турбот суспільства, так і мотивацію самих дітей до занять фізичною культурою. Опитування, проведені в школах, свідчать, що пріоритети інтересів учнів з цього питання розподіляються в такому порядку: 1) зміцнення здоров'я; 2) розвиток фізичних якостей; 3) поліпшення настрою і самопочуття; 4) прагнення до краси тіла і рухів; 5) зняття утомленості і поліпшення розумової діяльності; 6) спілкування, можливість мати друзів; 7) бути привабливим для іншої статі; 8) досягнення високих спортивних результатів.

Мета в роботі з учнями СМГ:

- добитися індивідуально-стійкого поліпшення самопочуття;
- спланувати і реалізувати шляхи виходу з хвороби тимчасового або довготривалого характеру;
- використати та поліпшити потенційні можливості учнів для повноцінного входження в доросле

життя.

Задачі фізичного виховання ослаблених дітей в школі

- Підвищити рівень і гармонійність фізичного розвитку.
- Оптимізувати функціональний стан організму.
- Підвищити рівень специфічних і неспецифічних чинників захисту організму.
- Ліквідувати захворювання і дефекти розвитку, підвищити рівень морально-вольових цінностей і розвинути потребу в здоровому способі життя.
- Підібрати такі засоби фізичної культури і спорту, які б надали оздоровчу дію на все функціональні системи і організм в цілому

Дані задачі досягаються формуванням в дитячому віці комплексу спеціальних життєво необхідних знань, умінь і навичок по зміцненню і відновленню здоров'я, усвідомленому відношенню до реальності і своїх можливостей, подолання психологічних і фізичних навантажень, розвитку потреби в здоровому способі життя, у тому числі достатньої фізичної активності.

Основні задачі фізичного виховання у підготовчих групах:

- поліпшити суб'єктивний стан, підвищити опірність організму;
- розвинути і удосконалити приспособні механізми організму до фізичних навантажень;
- поліпшити функціональний стан організму;
- попередити повторні захворювання.

Приватні задачі:

- навчити правильному диханню;
- укріпити м'язи рук, плечового пояса, грудної клітки і спини;
- відкоректувати порушення постави;
- нормалізувати лімфо- і кровообіг носа і гортані.

Загальні задачі занять в спеціальних медичних групах:

- виробити у школярів активне відношення до подолання відхилень в стані здоров'я;
- дати знання про причини виникнення захворювань і відставання у фізичному розвитку, властивостях хворого і ослабленого організму, про оздоровчі засоби і методи, способах самоконтролю;
- сформувати у дітей стійку звичку до гартування і систематичних занять фізичними вправами;
- підібрати і використати індивідуальні найраціональніші засоби і методи фізичного виховання, відповідні рівню фізичного розвитку і фізичної підготовленості;
- забезпечити необхідний рівень рухової активності, що відповідає загальним і індивідуальним вимогам за тривалістю, інтенсивністю, спрямованості фізичних вправ;
- строго дотримуватися медичних рекомендацій, не використовувати протипоказані засоби фізичного виховання;
- уникати перевантажень, забезпечити профілактику травм;
- забезпечити раціональний відпочинок і відновлення оптимального функціонального стану і працездатності.

У процесі фізичного виховання вирішується багато завдань, але всі вони можуть бути умовно об'єднаними в три групи: освітні, оздоровчі і виховні.

Освітні завдання:

- формування теоретичних знань
- навчання життєво необхідних руховим вмінням і навичкам;
- навчання раціональному диханню,
- сприяння більш успішному оволодінню навчальної програми
- прищеплення навичок особистої і громадської гігієни;
- формування умінь і навичок суддівської практики;

Оздоровчі завдання:

- зміцнення здоров'я, сприяння правильному всебічному фізичному розвитку
- загартування організму;
- сприяння ліквідації чи стійкій компенсації порушень в органах і системах, викликаних захворюваннями,
- поступова адаптація організму учнів до впливів фізичних навантажень;

- формування правильної постави і в необхідних випадках її корекція;

Виховні завдання:

- сприяння ефективній участі школярів в суспільно-корисній виробничій праці
- створення передумов, необхідних для майбутньої трудової діяльності учнів;
- виховання інтересу до самостійних занять в режимі дня.
- виховання моральних і вольових якостей - дисциплінованості, колективізму, почуття дружби і товариськості, сміливості і наполегливості.

3. Принципи фізичного виховання

У фізичному вихованні учнів, віднесених за станом здоров'я до спеціальної медичної групи, обов'язковим є використання *дидактичних* (свідомості, доступності, активності, наочності, послідовності тощо) *загальнометодичних* (оздоровчого спрямування, зв'язку з трудовою і оборонною діяльністю, гармонійного розвитку) і *специфічних принципів фізичного виховання* (регулярності, адекватності, циклічності і хвилеподібності).

Під час проведення занять з дітьми з відхиленнями в стані здоров'я передбачається застосування таких **принципів** фізичного виховання:

- принцип *свідомості*. Реалізація цього принципу передбачає формування у дітей системи знань, переконань, що відповідали б на запитання: для чого необхідно займатися фізичними вправами? як потрібно виконувати фізичні вправи? і чому саме так їх потрібно виконувати?
- *активності*. Активність у вигляді прагнення до самостійних занять повинна виражатися в потребі регулярних самостійних фізичних навантажень. Виховання такої потреби сприяє вирішенню однієї з найскладніших проблем: ліквідації дефіциту рухової активності сучасної дитини;
- принцип *індивідуалізації* виражається у диференціації навчальних занять і способів їх вирішення (засобів, методів, форм організації занять тощо) у відповідності з індивідуальними особливостями дітей; застосовувалися індивідуальні завдання, проводилася індивідуальна робота з особливо слабкими дітьми;
- принцип *доступності*. Враховується індивідуальний рівень рухового досвіду, рівень здоров'я дітей;
- принцип *наочності*. Переважання у дітей старшого дошкільного віку "...чуттєвого сприйняття і відсутність достатнього запасу уяви змушують вихователя акцентувати застосування прийомів зорової наочності";
- принцип *послідовності* передбачає підвищення складності завдань, засобів і методів навчання і виховання в межах одного заняття і серії занять;
- принцип *поступовості* — прогресування педагогічних вимог;
- принцип *повторності*. Сутність його полягає в оптимальному чергуванні навантажень з відпочинком, поступовому збільшенні фізичних навантажень. Реалізація відбувається через передбачення характеру і кількості повторень вправи, інтервалів відпочинку, занять тощо;
- принцип *системності* передбачає наявність системи взаємопов'язаних завдань, засобів, методів, форм організації занять.

Фахівці (І.Вржеснєвський, О. Давиденко, 2002) виділили ряд принципів, *специфічних* для занять з фізичного виховання учнів, яких за станом здоров'я відносять до спеціальної медичної групи.

1. *Оздоровча*, лікувально-профілактична *спрямованість* усіх форм і засобів фізичного виховання з цим контингентом.

2. *Диференційований підхід до використання дозованого фізичного навантаження*. Як і на заняттях з фізичного виховання зі здоровими дітьми, фізичні навантаження диференціюють залежно від віку, статі, рівня фізичної підготовленості, рухового досвіду тощо. Диференційований підхід у фізичному вихованні з учнями СМГ окрім цього реалізується залежно від характеру і виразності структурних і функціональних порушень в організмі, викликаних патологічним процесом. Лікар за результатами функціональних проб визначає величину індивідуально допустимих фізичних навантажень. Важливо остерігатися надмірних, а також і недостатніх навантажень.

3. *Обов'язкове емоційне та естетичне оформлення занять*. Доброзичливе ставлення вчителя, використання рухливих ігор, танцювальних кроків під музичний супровід, акуратна

спортивна форма, естетичне оформлення і достатнє освітлення спортивного залу тощо сприятиме формуванню позитивного ставлення дітей до уроків фізичної культури.

4. Функції фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи

Освітня функція виявляється у формуванні прикладних знань, умінь та навичок, необхідних учням з конкретною патологією.

Оздоровчо-реабілітаційна функція має на меті прищепити учням основи методики складання комплексів вправ та використання окремих фізичних вправ з метою зміцнення здоров'я, підвищення рівня фізичного стану.

Рекреативна функція дозволяє оптимізувати рухову активність, використовуючи її у сфері дозвілля, для організації здорового способу життя.

Комунікативна функція спрямована на поліпшення спілкування між учнями з різними патологіями, допомагає їм оцінити радість спілкування зі здоровими та тими, хто прагне перебороти свій недуг.

А також ряд функцій, притаманних фізичному вихованню здорових учнів: ***виховна, підвищення рухової активності, пізнавальна, видовищна, економічна, виробнича.***

ТАКИМ ЧИНОМ, можна виділити специфічні для школярів спеціальної медичної групи завдання, функції і принципи фізичного виховання.

Більшість дітей спеціальної медичної групи відрізняється зниженим фізичним розвитком, зниженою імунологічною активністю організму, підвищеною захворюваністю ангінами, грипом, катаром верхніх дихальних шляхів і більш тривалим перетіканням цих хвороб;

- більшість школярів спеціальної медичної групи, що мають нижче середнього і низький фізичний розвиток, володіє ***зниженою загальною реактивністю організму.*** Особливо виразно це виявляється при фізичних навантаженнях, що вимагають вияву витривалості.

- діти спеціальної медичної групи мають низький рівень фізичної підготовленості і ***розвитку рухових якостей.***

ЛЕКЦІЯ № 2

З НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ “МЕТОДИКА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У СПЕЦІАЛЬНІЙ МЕДИЧНІЙ ГРУПІ”

ТЕМА: ОРГАНІЗАЦІЯ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У СПЕЦІАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ГРУПАХ ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ШКІЛ для студентів III курсу факультету ЗЛІТ

Навчальні та виховні цілі:

освітня (інформаційна) — домогтися обізнаності студентів у теоретичних питаннях організації навчального процесу з фізичної культури у ЗОШ з учнями СМГ, слугувати подальшому міцному засвоєнню знань про формування медичних груп;

розвиваюча — розвивати пам'ять, увагу, мислення, самостійність студентів, прищеплювати їм раціональні способи пізнавальної діяльності;

виховна — сприяти формуванню наукового світогляду, моральних, естетичних та інших якостей особистості, вихованню колективу.

Навчальні питання і розподіл часу

Вступ	5 хв.
1. Організація процесу фізичного виховання учнів з послабленим здоров'ям у загальноосвітніх школах	20 хв.
2. Поділ школярів на групи здоров'я	20 хв.
3. Поділ школярів на медичні групи	20 хв.
4. Комплектування підгруп спеціальної медичної групи	20 хв.
Заключення та відповіді на запитання	5 хв.

Навчально-матеріальне забезпечення – мультимедійний проєктор, презентація

Навчальна література:

1. Боднар І. Інтегративне фізичне виховання школярів різних медичних груп: монографія / Іванна Боднар. – Л.: ЛДУФК, 2014. – 316 с. ISBN 978-966-2328-74-5
2. Боднар І. Теорія, методика і організація фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи Навч.-методичний посіб. – Львів, Українські технології. – 2005. – 48 с.
3. Булич Э.Г. Физическое воспитание в специальных медицинских группах: Учеб. пособие для техникумов. – М.: Высш. шк., 1986. – 255 с.
4. Волкова С.С. Организация физического воспитания школьников специальной медицинской группы (СМГ). // 4 Всесоюзная конф. 1999. – Архангельск. М, 1991. – Ч1 – С.54-55.
5. Дубогай О. Д. Методика фізичного виховання студентів спеціальної медичної групи : навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. / О. Д. Дубогай, А. В. Цьось. – Луцьк : Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2012. – 276 с.
6. Дьомочка С. Використання оздоровчого плавання для покращення функціонального стану школярів СМГ. / Збірка наук. статей галузі фізичної культури та спорту: Молода спортивна наука України. Львів: ЛДІФК, 2000. - Вип. 4. – С. 288-290.
7. Полатайко Ю.О. Фізичне виховання школярів у спеціальних медичних групах. – Івано-Франківськ: Плай, 2004. – 161 с.
8. Семенова Н. Організація фізичного виховання у спеціальних медичних групах ВНЗ I–II рівнів акредитації / Наталія Семенова // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. з галузі фіз. виховання, спорту та здоров'я людини. – Л., 2016. – Вип. 20, т. 2. – С. 310–314.
9. Тарасенко М.Н., Керзнер З.М., Степанов А.О. Физическое воспитание учащихся техникумов в специальных медицинских группах. Учеб- методическое пособие. – М.: Высш. шк., 1978. – 176 с.
10. Язловецький В.С. Фізичне виховання учнів з відхиленнями в стані здоров'я. Навчальний посібник. Кіровоград: РВВ КДПУ імені В.Винниченка, 2004. – 352 с.

Вступ

1. Організація процесу фізичного виховання учнів з послабленим здоров'ям у загальноосвітніх школах.

Відповідно до положення № 211 від 31 грудня 1992 року «про покращення лікарняно-фізкультурної служби» Міністерства охорони здоров'я України проводяться медичні обстеження школярів.

За результатами поглибленого медичного огляду шкільними лікарями на початку кожного навчального року складаються списки медичних груп, які потім узгоджуються з лікарями відповідних профільних спрямувань (ревматологом, ортопедом, хірургом, окулістом, ЛФК тощо).

Директор до 1-го вересня повинен оформити наказом по школі створення СМГ. Списки учнів СМГ затверджуються директором школи з вказівкою діагнозу захворювання і можливими термінами перебування в ній, також затверджується розклад занять групи, прізвище керівника, який має відповідну фахову підготовку.

Дітей і підлітків зі значними відхиленнями в стані здоров'я скеровують на заняття лікувальною фізичною культурою до лікувально-профілактичних закладів.

У подальшому учні СМГ підлягають поглибленому обстеженню один раз у 4 місяці та в кінці навчального року. Під час обстежень за показниками стану здоров'я можливе переведення учнів до підготовчої групи.

У ЗОШ Львівщини (Боднар І., Гаврих Я., Стефанишин Н., 2009), на уроках ФК учні СМГ у 42,82% випадків виконують фізичні навантаження, у 39,53% – допомагають вчителю ФК, в 11,53% – реалізується індивідуальний підхід, 2,2% – учні СМГ відсутні на уроці ФК.

Школярі, віднесені до спеціальної медичної групи, після завершення терміну перебування у СМГ, проходять додаткове медичне обстеження.

Педагогічні ради шкіл повинні не менше 2-х разів на рік (на початку і кінці навчального року) спеціально розглядати питання, пов'язані з організацією і змістом роботи з фізичного виховання школярів, віднесених лікарями до підготовчої і спеціальної медичних груп. При загальній оцінці роботи школи з фізичного виховання особливу увагу потрібно звертати на роботу з дітьми, що мають відхилення в стані здоров'я, фізичному розвитку і фізичній підготовленості.

У методичному листі про вивчення ФК у 2008-09 навчальному році зокрема йдеться про те, що учні, які за результатами медичного огляду тимчасово віднесені до СМГ, відвідують обов'язкові уроки, але виконують корегувальні вправи і вправи для загального фізичного розвитку, які їм не протипоказані. Окрім того для учнів СМГ організуються два додаткових заняття на тиждень за програмами «ФК для СМГ ЗОНЗ 1–4 і 5–9 класів Майер В.І., Дерев'янка В.В., 2008».

Група складається з 10-15 учнів. На тиждень проводиться 2 заняття у позакласний час по 45 хвилин.

Найдоцільніше комплектувати групи по класах. Якщо кількість учнів недостатня для комплектування групи, доцільно об'єднати учнів у вікові групи (1-4, 5-8 і 9-11 класів).

У разі, коли в школі учнів, віднесених до спеціальної медичної групи, недостатньо для комплектування групи за вказаних умов, рекомендується створювати міжшкільні групи з учнів прилеглих шкіл. Міжшкільні спеціальні медичні групи слід комплектувати за характером захворювання.

При несприятливих кліматичних умовах ($t^{\circ}\text{C}$ до -10°C) тривалість уроку скорочується до 30 хвилин, щоб запобігти переохолодженню.

Визначено, що на практиці існує декілька підходів щодо організації уроків фізичної культури з учнями СМГ. Зокрема:

1. Звільнення учнів СМГ від виконання фізичних навантажень на уроці фізичної культури. Серед учнів ЗОШ Львівщини учнів, які не відвідують уроків ФК (інваліди) – 3,43%.

2. При невеликій кількості школярів з відхиленнями в стані здоров'я в одній школі, окремі вчителі допускають практику сумісних занять учнів СМГ разом з дітьми основної і підготовчої медичних груп на основному уроці з фізичної культури. В такому випадку школярі займаються під індивідуальним спостереженням вчителя. Ця форма отримала визнання в більшості шкіл Львівщини (59,84%, за Боднар І. зі співав., 2009). Вона проста і доступна в

організаційному відношенні, проте в методичному – досить складна. Опитування показало, що така форма організації є найвигіднішою для адміністрації шкіл);

3. Спільні заняття учнів СМГ з учнями підготовчої медичної групи під керівництвом одного вчителя; 0,9% ЗОШ Львівщини застосовують такий спосіб організації;

4. Заняття учнів СМГ, що проводяться окремою підгрупою за розкладом уроку основної медичної групи; На Львівщині такий спосіб організації застосовують 8,8% ЗОШ. Учителі визнають такий спосіб організації вигідним для дітей і батьків дітей СМГ.

5. Заняття учнів СМГ на уроках фізичної культури, що проводяться в позаурочний час. 7,04% ЗОШ Львівщини організують уроки ФК для учнів СМГ на 0-му чи останньому уроці. Учителі вважають цей спосіб організації найпридатнішим для дітей СМГ.

6. Більш доцільно об'єднувати дітей за віковим принципом з кількох близько розташованих одна біля одної шкіл способом “кущування”. Наприклад, в одній з них займаються діти молодшої вікової групи, в другій – середньої, в третій – старшої. Організаційно і методично це більш правильно і доцільно. Такий спосіб організації навчального процесу, описаний в спеціальній літературі, не отримав поширення на практиці.

7. Діти СМГ навчаються в окремих класах – 0,88% ЗОШ Львівщини.

8. Діти СМГ займаються в гуртках з шахів (0,88%).

Оптимальними варіантами, на думку вчителів фізичної культури м. Львова, які проводять заняття фізичними вправами з учнями СМГ, є 4-й і 5-й з зазначених вище, а також спільні заняття учнів спеціальної і підготовчої медичної групи. Найефективнішим, вважає фахівець (Куриш В.І.), урок фізичної культури, який проводиться зі школярами СМГ окремо після занять. Автор вважає доцільним також урахування власної думки дітей і їх батьків щодо ефективних шляхів організації.

Фізичне виховання учнів спеціальної медичної групи включає:

1. Обов'язкове навчання з обмеженими навантаженнями на загальних уроках фізичної культури.
2. Навчання за окремою програмою в спеціальній медичній групі.
3. Зважений і узгоджений з лікарем і батьками режим дня, в тому числі і руховий.
4. Участь у заходах фізкультурно-оздоровчої спрямованості в режимі школи (участь у рухливих перервах, позакласній фізкультурно-масовій роботі (свята, екскурсії) за винятком участі в спортивних змаганнях.
5. Використовування природних та оздоровчих факторів (загартування, катання на ковзанах, лижах, плавання без переохолодження).
6. Володіння елементами самоконтролю за станом власного здоров'я під час самостійних

Відтак, окрім уроків фізичної культури, фізичне виховання учнів СМГ здійснюється в таких **організаційних формах**: ранкова гігієнічна гімнастика; гімнастика до уроків; фізкультурна пауза (фізкультурна хвилинка, хвилини тиші) в процесі навчання; домашні завдання; масові фізкультурно-оздоровчі заходи **за винятком участі у спортивних змаганнях**; щоденні прогулянки і туризм вихідного дня; загартовуючі процедури.

2. Поділ школярів на групи здоров'я

У відповідності до методичних рекомендацій, затверджених Міністерством охорони здоров'я, дітей і підлітків в залежності від сукупності показників здоров'я підрозділяють на п'ять груп.

Перша група – діти у яких відсутні хронічні захворювання, які не хворіли, або рідко хворіли у період спостереження, які мають відповідний до віку фізичний і нервово-психічний розвиток (**здорові, без відхилень**). Діти першої групи здоров'я утворюють основну медичну групу.

Другу групу складають діти і підлітки, які не страждають хронічними захворюваннями, але мають деякі функціональні і морфологічні відхилення, а також часто (4 рази на рік і більше) або довго (більше 25 днів по одному захворюванню) хворіють (**здорові з морфофункціональними відхиленнями і зниженою резистентністю**). Діти і підлітки, які входять в 2 групу здоров'я (ПМГ) іноді її називають групою ризику, вимагають більшої уваги лікарів. Даний контингент потребує комплексу оздоровчих заходів, вчасне проведення яких найефективніше в попередженні розвитку хронічної патології в дитячому і підлітковому віці. Особливе значення мають гігієнічні рекомендації щодо підвищення резистентності організму

неспецифічними засобами: оптимальна рухова активність, загартування природними чинниками, раціональний режим дня, додаткова вітамінізація продуктів харчування. Діти другої групи здоров'я формують підготовчу медичну групу.

Третя група – об'єднує осіб які мають хронічні захворювання або вроджені патології в стані компенсації, з рідкими і не важко протікаючими загостреннями хронічного захворювання, без вираженого порушення загального стану і самопочуття (*хворі в стані компенсації*). Діти з третьою групою здоров'я складають спеціальну медичну групу.

До **четвертої групи** відносяться діти з хронічними захворюваннями, вродженими вадами розвитку в стані субкомпенсації, з порушеннями загального стану і самопочуття після загострення, з тривалим періодом реконвалесценції (видужання) після гострих інтерекуррентних захворювань (*хворі в стані субкомпенсації*).

В **п'яту групу** включають хворих з важкими хронічними захворюваннями в стані декомпенсації і зі значно зниженими функціональними можливостями (*хворі в стані декомпенсації*). Як правило, такі хворі не відвідують дитячих і підліткових установ.

Діти, віднесені до **3, 4, 5-ї груп** здоров'я отримують необхідну лікувальну і профілактичну допомогу, обумовлену наявністю тієї чи іншої патології і ступінню компенсації. Діти, які мають недоліки у фізичному чи розумовому розвитку, що заважають їм навчатися в звичайній загальноосвітній школі, навчаються у спеціальних школах-інтернатах. Таких закладів з роками стає все більше. (Необхідність у спеціальних закладах визначається наявністю і поширеністю регіональної патології). У таких дитячих і підліткових закладах з урахуванням особливостей патології, цілеспрямовано проводиться лікування і виховання; для них створюється щадний режим дня, подовжується тривалість відпочинку і нічного сну, обмежується обсяг і інтенсивність фізичних навантажень.

Діти і підлітки, які відносяться медиками до різних груп здоров'я потребують диференційованого підходу при розробці лікувально-профілактичних заходів. Для дітей 1 групи здоров'я організовується навчальна, спортивна і трудова діяльність у відповідності до існуючих програм.

3. Поділ школярів на медичні групи

Списки дітей із зазначенням діагнозу медичної групи, завізовані лікарем, передаються директорам шкіл і вчителям з фізичної культури. Директор до 1-го вересня повинен оформити наказом по школі створення СМГ. Чисельність груп не повинна перевищувати 10-20 осіб на одного вчителя.

Для занять фізичною культурою і спортом усіх школярів на підставі даних про стан здоров'я і фізичну підготовленість розподіляють на групи: основну, підготовчу і спеціальну (табл.3.1).

До основної групи відносяться учні без відхилень у фізичному розвитку і стані здоров'я, а також з незначними відхиленнями функціонального характеру, але мають достатню фізичну підготовленість. Заняття з фізичного виховання з ними проводять за шкільною програмою у повному обсязі. Вони складають контрольні нормативи з диференційованою оцінкою. Додатково їм рекомендують заняття різними видами спорту.

До підготовчої групи входять діти з невеликими відхиленнями у фізичному розвитку, без істотних функціональних змін і без достатньої фізичної підготовленості. Сюди ж відносяться і часто хворіючі діти

Велику увагу у вітчизняній медичній літературі 90-х років ХХ століття надане питанню **перехідних станів**, при яких наголошується на зниженні стійкості організму до патогенних дій. Так, нераціональні інтенсивні фізичні, статичні фізичні і психічні перевантаження ведуть до певного звуження діапазону адаптивної регуляції унаслідок переваги і ослаблення захисних механізмів. Неповне одужання у свою чергу небезпечно розвитком стійких патологічних змін в системах і органах, що призводить до переходу хвороби в хронічне мляве перетікання з періодичними рецидивами, загостреннями і ускладненнями. Школярів, стан здоров'я яких класифікується як перехідний, а також тих, які часто і тривало хворіють, з невеликими відхиленнями у фізичному розвитку, без істотних функціональних змін, що мають недостатню фізичну підготовленість, включають в **підготовчу медичну групу**. До цієї групи відносяться також діти з порушеннями постави і плоскостопістю, які складають до 60% чисельності цих груп.

Уроки з фізичної культури ця група відвідує разом з основною але з частковими обмеженнями в бігу, стрибках, роботі на снарядах. Дітям рекомендують додаткові оздоровчі фізичні вправи для підвищення рівня фізичної підготовленості.

У **спеціальну медичну групу** включають школярів, у яких виявлені: ревматизм з ураженням і без ураження клапанного апарату серця; рецидиви ревмокардиту; природжені вади серця; дистрофія міокарду; хронічний тонзиліт з ураженням серця; гнійні і змішані форми синуситів (гайморитів, фронтитів); рецидиви після операцій біляносових пазух; захворювання гортані з порушенням дихання або голосоутворення; хронічні гнійні запалення вуха; хронічне запалення легенів з явищами бронхосклерозу; бронхіальна астма з частими нападами; активна форма туберкульозу; стійке підвищення артеріального тиску; виражені дефекти опорно-рухового апарату; нервової і ендокринної систем; анемія; міопатія і інші виражені порушення зору; наслідки гострих хронічних захворювань і їх загострень.

В спеціальні медичні групи (СМГ) скеровують школярів, які мають відхилення в стані здоров'я тимчасового або постійного характеру, що не складають перешкоду для занять фізичною культурою, але потребують обмеження фізичних навантажень.

Показання для спеціальної медичної групи – захворювання зі стійкою стадією хвороби при відсутності і загрози загострення під впливом навантажень, при відсутності ознак вираженої функціональної недостатності хворого органу чи системи, збереженням лише деяких клінічних ознак захворювання, хорошим загальним самопочуттям, відсутністю скарг, сприятливою реакцією на фізичні навантаження, досягнутою завдяки фізичним вправам.

Школярі, що перенесли захворювання у тому числі гострі респіраторні захворювання, до уроків з фізичної культури допускаються відповідно до термінів, відзначених лікарем в спеціальній довідці (з вказівкою обмежень у вправах і фізичному навантаженні).

Таблиця 3.1

Коротка характеристика медичних груп

Назва медичної групи	Медична характеристика	Допустиме фізичне навантаження
Основна	Особи з добрим здоров'ям, а також особи, що мають незначні відхилення в стані здоров'я при достатньому фізичному розвитку і фізичній підготовленості	Заняття за навчальною програмою з фізичної культури у повному обсязі. Складання нормативів. Заняття в одній із спортивних секцій, участь у змаганнях
Підготовча	Особи, що мають незначні відхилення в стані здоров'я (невелика втрата слуху, зору, туберкульозна інтоксикація, підвищений кров'яний тиск тощо) або практично здорові при недостатньому фізичному розвитку і низькій фізичній підготовленості	Заняття за навчальними програмами з фізичної культури при умові поступового освоєння комплексу рухових навичок і умінь, особливо тих, що висувають до організму підвищені вимоги. Додаткові заняття для підвищення рівня фізичної підготовленості і фізичного розвитку.
Спеціальна	Особи, які мають відхилення в стані здоров'я постійного або тимчасового характеру, які вимагають обмеження фізичних навантажень	Заняття за спеціальними навчальними програмами з урахуванням характеру і важкості захворювання

4. Комплектування підгруп спеціальної медичної групи

Учнів, які за станом здоров'я, віднесено до СМГ для занять з фізичного виховання поділяють на підгрупи. Існує два підходи до розподілу дітей на підгрупи: у залежності від характеру захворювання і залежно від важкості захворювання учнів (функціональним станом).

Розподіл залежно від важкості захворювання

Підгрупа А – школярі, які мають відхилення в стані здоров'я зворотного характеру, ослаблені різними захворюваннями; школярі, що тимчасово відносяться до СМГ для повного відновлення їх здоров'я після травм або захворювання; таких дітей більше.

Підгрупа Б – школярі, які мають важкі, незворотні зміни у діяльності органів і систем (органічні враження серцево-судинної, сечовидільної системи, печінки, висока ступінь порушення корекції зору зі змінами на очному дні тощо); з загостреними хронічними захворюваннями, з аномалією розвитку рухового апарату.

Розподіл залежно від характеру захворювання.

Підгрупа “А” формується з осіб із серцево-судинними і легеневиими патологіями: ревматичними вадами серця, тонзилокардіальним синдромом, хронічною пневмонією, туберкульозом легенів у стадії ущільнення, залишковими явищами після перенесеного ексудативного плевриту, гіпертонічною хворобою першої стадії, а також з тиреотоксикозами першої стадії. Сюди ж можна включити й осіб із бронхіальною астмою, але лише після року від часу останнього приступу, а також якщо у хворих немає змін у легенях і явищ недостатності в спокої і при фізичному навантаженні. Якщо ж ці явища спостерігаються, то такого учня краще скерувати для занять фізичними вправами в групу ЛФК.

У підгрупу “Б” зараховуються особи з хронічним частим тонзилітом, виразковою хворобою, хронічним гастритом, колітом, холециститом, із порушеннями жирового і водно-сольового обміну, з порушеннями функцій сечостатевої системи, зору.

У підгрупу “В” об'єднуються особи з вираженими порушеннями опорно-рухового апарату: залишковими явищами паралічу, парезів, після перенесення травм верхніх і нижніх кінцівок, із залишковими явищами кісткового туберкульозу, деформацією грудної клітки. При наявності умов слід створити окремі навчальні групи для осіб з міопією в межах від 5 до 7 діоптрій. Коли ж учні з міопією займаються в групі “Б”, вони додатково обмежуються в бігових і стрибкових вправах, а також вправах, пов'язаних із опором, натужуванням і на витривалість.

Осіб, стан здоров'я яких не дозволяє справитися з навантаженнями спеціальної медичної групи, спрямовують у поліклініку або лікарсько-фізкультурний диспансер для занять з ЛФК. Таким чином усі учні з відхиленнями у стані здоров'я займаються фізичними вправами.

Тимчасові протипоказання і обмеження в навантаженні при заняттях фізичними вправами

Істотними є терміни, на які повинна бути рекомендація лікаря на звільнення (повністю або частково) від фізичних вправ учнів в зв'язку з перенесеною ними хворобою чи патологічних станах.

Тимчасове повне звільнення від уроків фізичної культури необхідно рекомендувати учням:

- в період одужання після гострих захворювань;
- при загостренні хронічних захворювань;
- після операційного втручання;
- при ознаках перенапруги, перевтоми і перетренованості.

Тимчасове звільнення від деяких видів вправ чи обмеження в навантаженні повинні рекомендуватися учням:

- які мали до цього тимчасове повне звільнення;
- при наявності не різко вираженої перевтоми і внаслідок перенапруги;
- в деяких випадках, коли бурхливо проходить статеве дозрівання (наприклад, при відставанні серця в розвитку);
- при деяких порушеннях опорно-рухового апарату, які потребують застосування спеціальних коригуючих вправ (в першу чергу при сколіозах);
- при переході від занять лікувальною фізичною культурою або занять в спеціальній медичній групі.

Терміни відновлення занять після різного роду захворювань визначаються індивідуально для кожного учня, враховуючи при цьому клінічні дані.

Заключення по щорічних чи спеціальних обстеженнях повинні включати дані, необхідні для уточнення змісту і методики проведення уроків фізичної культури, занять спеціальних

медичних груп, позакласної роботи. Заключення по поточних обстеженнях повинні доповнювати або видозмінювати головне заключення в залежності від змін у фізичному стані учнів (в зв'язку з перенесеними хворобами, з перетренованям чи при інших обставинах).

Повне припинення занять фізичними вправами може носити лише тимчасовий характер. Медиками встановлені чіткі терміни відновлення занять фізичними вправами після гострих та інфекційних захворювань. Терміни відновлення занять з фізичної культури і спорту після перенесених захворювань і травм визначаються лікарем індивідуально для кожного учня з урахуванням клінічних даних (важкості і характеру захворювання чи травми, ступеня функціональних порушень, які були викликані захворюванням чи травмою). Беруться до уваги також стать, вік, компенсаторні властивості організму та інше.

Ряд авторів рекомендують в спеціальній медичній групі об'єднувати учнів в підгрупи за характером захворювань:

- 1) із захворюваннями внутрішніх органів: серцево-судинної, дихальної, травної систем;
- 2) з порушенням зору і функціональними розладами нервової системи (при нечисленності цієї групи її об'єднують з першою);
- 3) з порушенням функції опорно-рухового апарату: порушеннями постави і сколіозами, наслідками травм і пошкоджень, захворюваннями суглобів, природженими дефектами опорно-рухового апарату, органічними захворюваннями нервової системи.

Кафедра фізичного виховання Рязанського медичного інституту ім. І.П.Павлова пропонує ділити учбову групу, залежно від діагнозу, на чотири підгрупи:

- 1-а — з ревматизмом, ревмокардитом, ревматичними компенсованими вадами серця, кардіотонзиллярним синдромом, хронічними захворюваннями легенів бронхів, нирок;
- 2-а — із захворюваннями шлунково-кишкового тракту, хворобами залоз внутрішньої секреції, функціональними розладами центральної нервової системи;
- 3-а — із захворюваннями опорно-рухового апарату;
- 4-а — з судинними розладами: гіпер- або гіпотензією, порушеннями зору.

Інші фахівці також вважають доцільним виділяти в окрему групу дітей з підвищеним артеріальним тиском. Досвід роботи, проведеної в медичному інституті ім. І. М. Сеченова, показав, що за три роки занять у багатьох школярів нормалізувався підвищений артеріальний тиск. Навчальна програма, яка раз в тиждень (додатково) протягом усього навчального року включала заняття з плавання, добре себе зарекомендувала .

Осіб, стан здоров'я яких не дозволяє справитися з навантаженнями спеціальної медичної групи, спрямовують у поліклініку або лікарсько-фізкультурний диспансер для занять з **ЛФК**. Таким чином усі учні з відхиленнями у стані здоров'я (чи без них) займаються фізичними вправами. Група ЛФК створюється у тих навчальних закладах, де є фахівці з лікувальної фізкультури і лікар. Ця група комплектується з учнів, що мають значні відхилення в стані здоров'я і тих, що перенесли важкі захворювання. Учні, що займаються в ній вивчають весь теоретичний розділ навчальної програми, проводять практичні заняття з суддівства та організації змагань. У результаті спостерігається поліпшення стану здоров'я, підвищення загальної працездатності організму, діти не відчують себе відірваними від колективу .

Повне звільнення від занять фізичною культурою має місце тільки за наявності протипоказань, якими є:

- всі захворювання в гострій або підгострій стадіях;
- важкі органічні захворювання нервової системи і психічні захворювання;
- злоякісні новоутворення;
- загострення хронічних захворювань;
- кровотечі будь-якої етіології,
- хвороби серцево-судинної системи: аневризми кровоносних судин, недостатність кровообігу II і III ступенів будь-якої етіології, деякі порушення ритму серця (миготлива аритмія, повна атріовентрикулярна блокада);
- хвороби дихальної системи: бронхіальна астма, важкі форми бронхоектатичної хвороби;
- захворювання печінки, що супроводяться печінковою недостатністю;
- хронічна ниркова недостатність;
- хвороби ендокринної системи з вираженим порушенням функції залоз внутрішньої секреції;
- хвороби органів руху з різко вираженим порушенням функції суглобів і наявністю больового

синдрому.

В інших випадках повне припинення занять фізичними вправами може носити лише тимчасовий характер. Терміни відновлення занять з фізичної культури і спорту після перенесених захворювань і травм визначаються лікарем індивідуально для кожного учня з урахуванням клінічних даних (важкості і характеру захворювання чи травми, ступеня функціональних порушень, які були викликані захворюванням чи травмою). Беруться до уваги також стать, вік, компенсаторні властивості організму та інше. Медиками встановлені чіткі терміни відновлення занять фізичними вправами після гострих та інфекційних захворювань.

ТАКИМ ЧИНОМ,

- на практиці існує кілька способів організації навчального процесу з ФВ з дітьми СМГ, найраціональнішим визнано такий, при якому діти СМГ займаються окремою групою під керівництвом вчителя;
- за станом здоров'я учнів можна поділити на п'ять груп; для занять з фізичної культури школярів поділяють на три групи: основну, підготовчу і спеціальну, при визначенні медичної групи основним критерієм виступає рівень фізичного розвитку і фізичної підготовленості учнів;
- учнів спеціальної медичної групи, в свою чергу, поділяють на підгрупи. Критеріями комплектування підгруп спеціальної медичної групи можуть бути ступінь відхилень у стані здоров'я (важкість захворювання) і характеру захворювання (діагноз). Найбільш ослаблені діти скеровуються для занять з фізичного виховання у групи лікувальної фізичної культури.

ЛЕКЦІЯ № 3

ТЕМА: ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАСОБІВ І МЕТОДІВ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ УЧНІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ГРУПИ

Навчальні та виховні цілі:

освітня (інформаційна) — домогтися обізнаності слухачів, курсантів, студентів у теоретичних питаннях особливостей вибору засобів і методів для учнів СМГ, слугувати подальшому міцному засвоєнню знань про класифікацію засобів і методів ФВ;

розвиваюча — розвивати мислення, спостережливість, активність, творчість, самостійність студентів, прищеплювати їм раціональні способи пізнавальної діяльності;

виховна — сприяти формуванню наукового світогляду, моральних, естетичних та інших якостей особистості, вихованню колективу.

Навчальні питання і розподіл часу

Вступ	5 хв.
1. Характеристика допоміжних засобів фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи	40 хв.
Природні фактори	
Гігієнічні чинники	
Гігієнічні вимоги до організації режиму дня	
2. Характеристика фізичних вправ у фізичному вихованні дітей спеціальної медичної групи	40 хв.
3. Методи фізичного виховання	40 хв.
4. Сучасні підходи у застосуванні засобів фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи	40 хв.
Заключення та відповіді на запитання	10 хв.

Навчально-матеріальне забезпечення – мультимедійний проектор, презентація

Навчальна література:

1. Боднар І. Інтегративне фізичне виховання школярів різних медичних груп: монографія / Іванна Боднар. – Л.: ЛДУФК, 2014. – 316 с. ISBN 978-966-2328-74-5
2. Боднар І. Теорія, методика і організація фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи Навч.-методичний посіб. – Львів, Українські технології. – 2005. – 48 с.
3. Булич Э.Г. Физическое воспитание в специальных медицинских группах: Учеб. пособие для техникумов. – М.: Высш. шк., 1986. – 255 с.
4. Дубогай О.В., Завацький В.В., Короп В.П. Фізичне виховання студентів, віднесених за станом здоров'я до спеціальної медичної групи. Луцьк, Надстир'я, 1996. – 222 с.
5. Дубогай О. Д. Методика фізичного виховання студентів спеціальної медичної групи : навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. / О. Д. Дубогай, А. В. Цьось. – Луцьк : Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2012. – 276 с.

ВСТУП

Для національної системи фізичного виховання характерний цілий комплекс засобів. При цьому **основним засобом** вирішення завдань фізичного виховання є рухова активність (фізичні вправи). **Допоміжними засобами** є: • оздоровчі сили природи (енергія сонця, води, чистого повітря і ґрунтів) і • гігієнічні чинники (режим дня, раціональне харчування, дотримання правил особистої і громадської гігієни тощо).

Знання засобів дозволить вчителю фізичної культури визначити характерні риси тих, чи інших фізичних вправ, їх освітньо-виховний потенціал, а відтак більш цілеспрямовано і ефективно підбирати ті вправи, які в більшій мірі відповідають вирішенню конкретних педагогічних завдань, індивідуальним і віковим особливостям учнів, характеру фізкультурної діяльності і умовам проведення занять.

У ФВ учнів спеціальної медичної групи використовуються усі, за невеликим винятком, засоби, методи, відомі у фізичному вихованні. Найвищої ефективності фізичного виховання можна досягнути за умови комплексного застосування засобів.

Нажаль, можливості підвищення здоров'я і працездатності засобами фізичного виховання дуже часто використовується не в повній мірі, вважають фахівці (Е.Г.Булич). Особливо мало звертають уваги на загартовуючі заходи під час занять з ФК.

1. Характеристика допоміжних засобів фізичного виховання учнів СМГ

Вражаючий за своєю результативністю ефект чинять загартовуючі заходи на розумову працездатність. Лише однократне обтирання обличчя і тіла вологим рушником терміново покращує функціональний стан ЦНС, діяльність органів чуттів, що проявляється в підвищенні розумової працездатності (Ю.М.Пратусевич, 1967). Систематичне застосування загартовуючих заходів у комплексі з заняттями фізичними вправами підвищує їх ефективність і сприяє підтриманню високої і стійкої працездатності учнів.

1.1 Природні фактори

Природні чинники необхідні кожній людині, без них не може бути забезпечено міцне здоров'я. Проте дітям з послабленим здоров'ям впливи цих чинників особливо необхідні – адже сонячні, повітряні ванни і водні процедури в різних видах формують захисні сили організму, його стійкість до впливу негативних чинників довкілля. На думку фахівців (Булич Е.Г., Язловецького В., Полатайка Ю.), допоміжні засоби фізичного виховання у роботі з учнями спеціальної медичної групи набувають ще важливішого значення.

Будучи самим доступним і простим способом зміцнення захисних сил організму, загартовуючі впливи цінні тим, що майже **не навантажують** організм і передусім серцево-судинну систему, яку найбільше оберігають в умовах виконання фізичних навантажень. Більше того, холододові впливи у вигляді короткотривалих водних процедур позитивно впливають на реакції органів кровообігу під час фізичних навантажень, **зменшуючи навантаження** на серцево-судинну систему, сприяючи пришвидшеному відновленню викликаних м'язовою діяльністю зрушень в організмі.

У кожного з засобів є свої переваги і особливості впливу (табл. 4.1). так, якщо заняття фізичними вправами безпосередньо впливають на рухову функцію і через неї – на діяльність внутрішніх органів, то природні чинники – функцію терморегуляції і захисні сили організму.

Можливість застосування впливу природних сил не залежить від стану працездатності і найбільш ослаблені хворі можуть приймати їх у повному обсягу.

Важливо також і те, що вони впливають підсвідомо, тобто не вимагають докладання свідомих зусиль, що дозволяє поєднувати їх використання з фізичними вправами (а також навчанням, сном). Їх можна поєднувати одне з одним, наприклад, ефективність сонячного опромінення буде збільшуватися при водних процедурах. Тоді як виконуючи одну вправу людина не може додати іншу вправу.

І ще один факт, що свідчить про особливу цінність застосування сил природи. Джерелом енергії забезпечення оздоровчих процесів під час фізичних вправ є внутрішня енергія організму. Використання сил природи дає можливість організму не витратити, а отримувати природну енергію ззовні.

У число **загартовуючих і оздоровчих** заходів включають: різні водні процедури, повні або часткові обтирання, обливання, купання, повітряні ванни (перебування на повітрі в оголеному і напівоголеному вигляді), сонячні процедури (розсіяна радіація при повітряних ваннах і пряма при сонячних, штучні джерела). Швидке загартування організму досягається при **комплексному** впливі на дітей і підлітків в режимі їх дня **різних** загартовуючих процедур.

При загартуванні потрібно дотримуватися ряду **принципів**:

- суворе дозування всіх процедур в залежності від віку дітей, стану їх здоров'я; індивідуальних реакцій на діючі чинники;
- поступове підвищення інтенсивності процедур;
- щоденне проведення;
- чіткий і постійний контроль за впливом процедури на організм.

Порушення вказаних принципів, особливо суворого дозування і індивідуалізації різних процедур, може негативно позначитися на стані здоров'я дітей.

Загартування дітей повинно проводитися і в сім'ї. Медичні працівники шкіл і педагоги проводять з батьками і дітьми пояснювальну і консультативну роботу. Потрібно застерегти батьків і школярів від безконтрольної системи загартування. Тільки після висновку лікаря можна починати поступове і систематичне використання засобів загартування.

При проведенні загартовування усіх дітей у дошкільному закладі розподіляють на **три групи**: *перша* – діти здорові, які раніше приймали загартовуючі процедури; *друга* – діти здорові, які вперше приступають до загартування, або ті, які мають функціональні (початкові) відхилення в стані здоров'я; *третья* – діти, які мають хронічні захворювання, або ті, які повернулися у дитячий дошкільний заклад після тривалого (чи повторного) захворювання.

Серед заходів гартування водою, окрім умивання обличчя, шиї і рук до ліктя прохолодною водою, найбільш зручне й ефективне **контрастне обливання ніг**. Обливають 2/3 гомілки і стопу перемінно водою контрастних температур. Починають завжди з теплої води (+35°C). Далі схема обливання диференціюється. Для дітей першої групи (здорові діти) вода: +35°C, +18°C, +35°C, +18°C, тобто закінчують обливання холодною водою. Для дітей II групи здоров'я (не загартовані діти, які часто хворіють) схема така: +35°C, +25°C, +35°C, тобто закінчується обливання теплою водою. Час впливу прохолодної води – 3-4 сек., теплої – 5-6 сек.

Показником позитивного впливу водних загартовуючих процедур є реакція шкіри. Якщо з початку охолодження вона на деякий час блідне, а потім червоніє, то це свідчить про позитивний ефект. Діяльність фізіологічних терморегуляторних механізмів відповідає ситуації. Якщо реакція шкіри виражена слабо, помітні збліднення і почервоніння шкіри відсутні, то це свідчить про недостатність впливу. Необхідно трохи знизити температуру води чи збільшити тривалість процедури. Різке збліднення шкіри, синюшність, відчуття сильного ознобу, тремтіння свідчать про несприятливий ефект, вони сигналізують про переохолодження. Треба чи підвищити температуру води, чи скоротити тривалість температури, чи те й інше разом.

1.2. Гігієнічні чинники (особиста і громадська гігієна)

Серед різних видів захворювань в дітей найбільш часті аерогенні інфекції. Причому поширеність їх залежить від ступеня забрудненості повітря закритих приміщень.

Санітарний стан навчальних і рекреаційних приміщень має чимале значення для підвищення працездатності і зниження захворюваності школярів. В умовах широкої аерації класів **працездатність** учнів до кінця навчального дня знижується менше, ніж у школярів, що займаються в приміщеннях, що погано провітрюються.

Широка аерація класів надає на учнів також і **загартовуючий** вплив. Школярі поступово звикають займатися при постійному притоку холодного зовнішнього повітря. Знижується також частота застудних захворювань і їх тривалість.

У санітарних правилах для загальноосвітніх шкіл і навчальних приміщень шкіл-інтернатів можна знайти ряд вимог до температури приміщень. Зокрема вказується: а) незалежно від зовнішньої температури в осінньо-весняний і в зимовий час відносна вологість повітря повинна бути 40-60% і при цьому температура в класах, кабінетах і лабораторіях не нижче за +16° і не вище за +20°C; в слюсарних майстернях не вище за +17°C; в столярних майстернях, в гімнастичному залі і рекреаціях не нижче за +14 і не вище за +16°C; в душовій не нижче за +25°C.

Гігієнічні вимоги до **спортивного інвентарю** в основному зводяться до наступних: розміри, вага, пристроїв повинні відповідати віковим особливостям учнів.

1.3. Гігієнічні вимоги до організації режиму дня

Особливості організму більшості школярів спеціальної медичної групи зумовлюють деяку специфіку усього розпорядку в режимі дня.

Обов'язковими **елементами раціонального режиму** є:

- ранкова гігієнічна гімнастика, фізкульт-паузи, фізкульт-хвилинки, домашні завдання з фізичної культури (організаційні **форми** виступають у якості засобів),
- раціональне харчування збагачене вітамінами, мінеральними речовинами,
- повноцінний нічний сон, денний сон,

- достатній відпочинок після уроків тощо.
- Широко використовуються:
- оздоровчі і загартовуючі заходи,
 - знижується загальне навантаження.

Зрозуміло, що в умовах навчання дітей спеціальної медичної групи в одній ЗОШ зі здоровими учнями важко адаптувати режим дня школи до потреб учнів СМГ. Проте в умовах **спеціальних шкіл-інтернатів**, де навчаються діти з відхиленнями у стані здоров'я, розпорядок дня змінено. Розглянемо детальніше.

Щадний ефект режиму досягається зміною **тривалості** окремих його компонентів і суворю їх **диференціацією** у віковому плані (таблиця 4.2).

Як видно з таблиці, в санаторних школах-інтернатах скорочена тривалість уроків, зменшена їх кількість, суворо регламентовано тривалість приготування домашніх завдань.

В 1-му класі для **полегшення адаптації** дітей до умов школи проводиться **ступеневий режим навчальних занять**: в вересні – жовтні три уроки в день по 30 хв.; в листопаді – грудні – 4 уроки тієї ж тривалості; з другого півріччя – чотири уроки по 35 хв.

Таблиця 4.2

Обов'язкові компоненти режиму дня в санаторній школі – інтернаті та їх тривалість

Компонент режиму	Тривалість компонентів режиму для учнів різних класів		
	1-3	4-5	6-8
Уроки	4 х 35 хв	5 х 40 хв.	5 х 40 хв.
Приготування д/з	1 год.	1,5 год.	2,5 год.
Велика перерва	До 1,5 год.	1 год.	40 хв. – 1 год.
Фк-хвилинка	3-5 хв.	3-5 хв.	3-5 хв.
Перебування на повітрі	4-5 год.	3-4,5 год.	Не менше 3 год.
Денний сон	2 год.	2 год.	1,5 год.
Нічний сон	10,5 год.	10,5 год.	9,5 год.

Примітка. Лікувальні процедури проводяться в першій половині дня.

Щадний режим навчання.

При раціональному проведенні уроків в класі можна майже повністю **відмінити домашні заняття** або скоротити їх об'єм, **виключивши письмові завдання**. Такий досвід, проведений спільно педагогами (Н.Н. Преображенська) і лікарями в колишньому Ленінграді виправдав себе. Був збільшений час перебування дітей на свіжому повітрі. Повноцінний відпочинок благотворно позначився на здоров'ї школярів, функціональному стані їх нервової системи: зменшилась частота фазової реакції (неправильних відповідей на сильні і слабкі умовні подразники), поліпшилися взаємовідносини між сигнальними системами, що призвело до вищої працездатності організму.

Подібний досвід мав місце і в одній зі шкіл - інтернатів Москви (Л. А. Алексеєва і Ю. М.Пратусевич). **Домашні навчальні заняття були скорочені** для дітей I - II класів – до 45 хвилин, III - V класів – до 50 хвилин, VI -VIII класів – до 60–90 хвилин. При цьому **виконувалися тільки письмові завдання**, усні не задавалися завдяки ефективному засвоєнню знань на уроках. Разом із тим була скорочена і тривалість занять в класі, а час перебування дітей на повітрі збільшений до чотирьох годин. Введення такого режиму привело до збільшення тривалості сну дітей (швидко засинали), скороченню захворюваності і поліпшенню успішності.

Полегшується режим занять посередині тижня (у середу або четвер проводиться **менша кількість уроків**), а для дітей з вираженою інтоксикацією за рекомендацією лікаря вводиться **додатковий вихідний день**. Організація «розвантажувальних» вільних від навчальних занять днів в середу чи четвер сприяє підтримці працездатності організму школярів на вищому рівні протягом тижня, чверті і усього навчального року. Досвід організації згаданих **«розвантажувальних» днів** мав місце в одній з шкіл колишнього Ленінграда (Н. Б. Бушанська). У четвер діти повністю звільнялися від навчальних занять. У цей день проводилися тільки позакласне читання і фізична культура. В умовах такого режиму працездатність дітей щодня в кінці дня і в кінці тижня була набагато вищою, ніж у школярів,

що займалися за звичайним розкладом. Успішність школярів при введенні «розвантажувального» дня не знизилася. Середня оцінка успішності дітей була 3,8 бали, а учнів, що займаються при звичайному режимі - 3,6 бали.

Обсяг **позакласної роботи** для дітей спеціальної медичної групи повинен бути обмеженим, зокрема, дозволяється участь лише в одному гуртку при умові занять не частіше 2-х разів на місяць.

Для дітей спеціальної медичної групи вельми втомливою є не тільки розумова, але і фізична робота. Дослідження показали, що діти нижче за середній і низький фізичний розвиток в більшості випадків володіють низькими показниками м'язової працездатності. Цим дітям в більшій мірі властива зміна м'язової працездатності за несприятливими типами. Зниженими виявляються також і функціональні можливості серцево-судинної системи. Тому необхідно вельми **обмежено залучати** таких дітей до тривалих за часом та інтенсивних навантажень **суспільно корисної роботи** як в приміщенні школи (вологе прибирання стін, пересування меблів), так і на земельній ділянці (скопування ґрунту, перенесення вантажів).

Достатній відпочинок. До моменту виконання домашніх завдань працездатність організму школярів повинна бути не тільки відновлена, але і зміцнена. Це забезпечується тривалою перервою в розумовій діяльності, під час якої школярі обідають і займаються не менше 60-120 хвилин на свіжому повітрі рухливими іграми і спортивними розвагами під керівництвом вчителя.

Максимальне перебування на повітрі. Час перебування дітей на свіжому повітрі має бути збільшений. Для цього протягом дня слід організувати 5 **прогулянок**: 1. ранкова (до початку занять (30 хв), 2. під час однієї з великих перерв (30 хв.); 3. відразу після закінчення навчальних занять (20 хв.); 4. після закінчення приготування домашніх завдань (1 год.); 5. після вечері (30 хв – 1 год.). В цілому учні молодших класів повинні бути на свіжому повітрі до 4.0-5.0 годин, старших – 2.0-3.0 години на добу, при цьому повинні активно рухатися. У вихідні дні прогулянки повинні збільшуватися до 4-6 годин.

На відкритому повітрі можна проводити **денний сон**, а також **і навчальні заняття** (в південних районах протягом усього року, в середній смузі при температурі не нижче 10°C – усні уроки, письмові – восени та весною).

Нормальний сон відповідно до вікових потреб і стану здоров'я. Дітям з ослабленим здоров'ям і підвищеною стомлюваністю особливо необхідний **гігієнічно повноцінний нічний сон**. Скорочення тривалості сну, що часто спостерігається при надмірному загальному навантаженні дітей або непорядкованості режиму в сім'ї, приводить до серйозних порушень вищої нервової діяльності. Так, скорочення вікової норми тривалості сну на 2-4 години і більше спричиняє пониження реактивності нервових кліток кори головного мозку, що виражається у зниженні величини умовних рефлексів. Триваліше недосипання приводить до глибоких змін реактивності кори головного мозку. Відмічається порушення взаємодії між першою і другою сигнальними системами, різко знижується працездатність. Збільшення тривалості сну до нормальної через деякий час сприяє відновленню функціонального потенціалу нервових клітин кори головного мозку. Дітям підготовчої і спеціальної медичної групи рекомендується збільшувати тривалість сну на 1-1,5 години в порівнянні з віковою нормою (див. табл. 4.3).

Таблиця 4.3

Фізіологічні норми сну

Вік	Тривалість сну (в годинах)
7	12-11
8-10	10,5 – 10
11-12	10-9
13-14	9,5-9
15	9-8,5

Нерідко за рахунок пізнього засинання і раннього пробудження відпочинок дітей виявляється недостатнім. Тому необхідно привчити дітей лягати спати і вставати в суворо певні години. Це виробляє звичку відразу прокинутися, швидко і міцно засипати у встановлений час.

Гігієнічно повноцінним сном є спокійний сон без частих пробуджень і рухового неспокою. Глибокий, спокійний сон забезпечується дотриманням елементарних гігієнічних вимог: відсутністю звукових та світлових подразників, свіжим і прохолодним повітрям (14 – 18°C), зручною постілью.

Дітям 7 – 10 років і школярам з відхиленнями в стані здоров'я при продовженому перебуванні в школі доцільно організовувати **денний сон**, тривалістю 60-120 хвилин, якщо для цього є відповідне приміщення (веранда або велика кімната). Денний сон також повинен пройти при відкритих кватирках. Такий відпочинок забезпечує відновлення працездатності організму в більшій мірі, ніж активний відпочинок (Л. В. Михайлова, Л. А. Александрова і інш.), і є істотним чинником для профілактики порушень постави (Н. Т. Белякова).

Регулярне і раціональне харчування.

Харчування школярів спеціальної медичної групи при продовженому перебуванні в школі повинне бути не менш ніж 2-разовим (сніданок і обід). Третє харчування (склянка молока або молочнокислих продуктів) доцільно давати дітям в 16-17 годині. У тих випадках, коли діти отримують білку менше, ніж це передбачене фізіологічною нормою (2,5-3г на 1 кг ваги), річні прирости довжини і ваги тіла не відповідають віковим показникам, знижується імунологічний реактивність організму і підвищується захворюваність (В. В. Бронер, Т. Н. Хаустова).

Відомо, що досить калорійне харчування, але з малим вмістом вітамінів також несприятливо відбивається на імунологічній реактивності організму. Саме тому в харчуванні ослаблених дітей, крім свіжих овочів і фруктів, треба передбачати введення додатково вітамінів С, В, А, і Д. Рекомендується прийом риб'ячого жиру перед їжею.

Необхідно приділяти увагу раціональній організації харчування дітей з відхиленнями у стані здоров'я і у сім'ї.

Добова калорійність раціону ослаблених дітей 7-14 років повинна становити 3000 калорій. Калорійність харчування, яке діти отримують в школі, визначається у 40-45% від добової калорійності. При цьому на сніданок доводиться 13-15%, а на обід 25-30%.

2. Характеристика фізичних вправ у фізичному вихованні дітей СМГ

У наш час відомо понад 300 класифікацій фізичних вправ. Залежно від того, який критерій беруть за основу, фізичні вправи можна об'єднати в такі групи (табл. 4.4).

Таблиця 4.4

Приклади класифікації фізичних вправ, що використовуються в уроках фізичної культури

Принцип класифікації	Групи фізичних вправ
За анатомо-топографічним принципом	Для м'язів шиї і потилиці, плеча, передпліччя, кисті, спини, живота, тазу, стегна, гомілки, стопи
За м'язовим масивом, задіяним до виконання вправ	Тотального (глобального) впливу Регіонального впливу Локального впливу
За режимом роботи м'язів	Динамічні Статичні
За структурою рухів	Циклічні Ациклічні
За особливостями енергетичних процесів, що забезпечують м'язову діяльність	Аеробні Змішані Анаеробні
За відносною потужністю роботи в циклічних вправах	Помірної потужності Середньої потужності Великої потужності Субмаксимальної потужності Максимальної потужності
За фізичними якостями	На силу На прудкість На витривалість

	На спритність тощо
За приналежністю до виду спорту	З гімнастики, баскетболу тощо
За оздоровчим та розвивальним ефектом	Загальнооздоровчі (<i>динамічні циклічні, на поставу, дихальні, релаксаційні</i>) Спеціально-оздоровчі (лікувальні) (<i>у розтягуванні, коригувальні</i>) Загальнорозвивальні (стимулюючі) (<i>динамічні циклічні аеробні, на силу, координацію, рівновагу, ідеомоторні, ритмопластичні, рухливі ігри, прийоми самомасажу</i>) Спеціально-розвивальні

У фізичному вихованні учнів СМГ застосовуються вправи *для усіх м'язових груп*. При цьому часто виникає необхідність спеціального посилення впливу на одну чи кілька груп м'язів. Як правило така необхідність є наслідком недостатнього рівня розвитку певних м'язів через перенесене захворювання чи порушення у розвитку. Оскільки у дітей СМГ, частіше ніж у здорових, діагностуються порушення постави, особливої уваги потребує зміцнення м'язів, які відповідають за формування правильної постави.

При виконанні вправ з обмеженим числом задіяних м'язів відбуваються зміни головним чином локального характеру в певних м'язових групах і відповідних відділах нервової системи. *Локальні* фізичні навантаження, як правило, не застосовують. Необхідність спеціального посилення впливу на одну чи кілька м'язових груп може бути викликана наслідком перенесеного захворювання чи порушення, коли, наприклад, необхідно відновити працездатність м'язів після перелому.

При участі не менше 2/3 загальної м'язової маси тіла спостерігається виражена загальна реакція організму. Для учнів СМГ найціннішими є вправи, які залучають в роботу велику кількість м'язових груп.

Застосовують головним чином *динамічні вправи* для різних груп м'язів. Для вирішення спеціальних завдань (наприклад, розвитку витривалості прямих м'язів живота) іноді застосовують статичні вправи. За даними вікової фізіології саме динамічний компонент м'язової діяльності забезпечує адаптивні зміни рухового апарату, а також серцево-судинної, дихальної систем. Тобто мають більший оздоровчий ефект.

Тренування організму за допомогою *циклічних вправ* для розвитку витривалості, сприяє розвитку двох діалектично взаємопов'язаних реакцій: *економізації діяльності* органів кровообігу і дихання у спокої і сприяє *збільшенню діапазону* гемодинамічних і респіраторних реакцій на граничні за інтенсивністю фізичні навантаження, про що ми говорили на першій лекції. Гігієністи розглядають *циклічні навантаження* як найважливішу в *оздоровчому відношенні* частину рухового режиму організму, що росте.

Ациклічні вправи для цього контингенту учнів придатні для вирішення спеціальних завдань фізичного виховання (ППФП).

Анаеробні навантаження для учнів СМГ не рекомендуються. Абсолютно протипоказані вправи *анаеробного характеру* учням, які спрямовані в СМГ після захворювань серця і судин. Анаеробні вправи рідко застосовують на перших етапах занять, оскільки вважають надмірними для організму. На подальших етапах фізичного виховання, можуть бути дозовано застосовані навантаження *змішаного характеру*.

Дослідження свідчать про необхідність *комплексного розвитку фізичних якостей* учнів СМГ. Основою тренувального процесу повинні стати вправи на *витривалість*, які найбільш позитивно впливають на діяльність серцево-судинної і дихальної систем. Вправи на *силу і прудкість* доцільно вводити в тренувальний процес спочатку дозовано, а потім, по мірі покращення адаптації до фізичних навантажень, здійснювати поступове тренування цих якостей. Вправи на *спритність, гнучкість* практично не мають протипоказів для учнів СМГ.

Класифікація вправ як засобів фізичного виховання в СМГ, запропонована І.Вржесневським і О.Давиденко (2000), ґрунтується на *оздоровчому та розвивальному* (стимулюючому) ефекті.

Виділяють:

загально-оздоровчі і спеціально-оздоровчі та загально-розвивальні і спеціально-розвивальні.

Для дітей, що мають відхилення в стані здоров'я, фізичні вправи використовуються у **представленій послідовності**.

Вправи даних категорій — основний елемент змісту заняття фізкультурно-оздоровчої спрямованості. За їх допомогою досягається необхідна рухова активність, що забезпечує оздоровчо-розвиваючу дію на ослаблений організм.

Загальнооздоровчі вправи, спрямовані на досягнення загального неспецифічного оздоровчого ефекту, вони використовуються при будь-яких захворюваннях.

Сюди відносять:

динамічні циклічні,
для формування правильної постави,
дихальні,
релаксаційні.

Особливість оздоровчих вправ полягає в тому, що створюючись протягом сотень, а деколи і тисяч літ, більшість з них сьогодні має строго регламентовані просторові характеристики: початкові положення, раціональні пози, напрями, траєкторії і амплітуди руху, що впливають на певні функціональні системи

До **динамічних циклічних оздоровчих** вправ відносяться — ходьба, біг, плавання, ходьба на лижах, їзда на велосипеді, спеціально підібрані гімнастичні вправи з циклом рухів, що повторюється, і т.д. Ці вправи легко дозуються за інтенсивністю, тривалістю використання і добре співвимірюються з можливостями організму. Вони впливають на всі системи організму і головним чином на крово- і лімфообіг, дихальну систему, стимулюють неспецифічні, загальні захисні сили організму. Для оздоровчого ефекту реакція організму на них повинна бути малою або помірною. Мала реакція: збільшення ЧСС до 120 уд/хв, з боку артеріального тиску — незначне підвищення або збереження колишнього рівня. Помірна реакція: діапазон ЧСС 120—150 уд/хв при цьому тиск систоли не повинен перевищувати 150 мм рт.ст.

Вправи, що формують і виправляють поставу. Правильна постава має велике значення для нормального функціонування як окремих систем, так і організму в цілому. Її створює цілий комплекс фізичних якостей і навиків. Особливо важливо приділяти достатньо уваги формуванню постави у роботі з ослабленими дітьми, які відстають у фізичному розвитку, оскільки посилення темпів росту на фоні неправильної постави може викликати значні дефекти в кістково-м'язовій системі. Комплексна дія вправ повинна бути направлена на ліквідацію викривлень хребта за рахунок відновлення симетрії кісток тазу і нижніх кінцівок, фізіологічних вигинів хребта; нормалізацію м'язового тону як глибоких м'язів спини, які безпосередньо формують положення хребта, так і зовнішнього „м'язового корсета”. Високоєфективні в корекції порушень постави елементи плавання, особливо стилем брас, і комплекси вправ у воді.

Дихальні вправи. Порушення механізму регуляції **дихання** мають місце при будь-якому захворюванні. Кожний патологічний процес незалежно від його характеру (інфекційний, інфекційно-алергічний або чисто алергічний) ушкоджує регуляторні механізми дихання. В ослабленому організмі дихальні функції значно знижуються, усугубляючи хворобливий процес.

За допомогою спеціальних фізичних вправ виявляється можливим безпосередньо впливати на діяльність механізмів, які керують диханням. Будучи єдиною з вегетативних функцій, яка підкоряється довільній регуляції, дихання за рахунок використання спеціальних вправ і систем тренування дозволяє змінювати в необхідних межах найважливіші параметри легеневої вентиляції, а через них впливати на особливості кисневих режимів організму і процеси тканинного дихання. Дихальні вправи оздоровчо діють на дихальну, серцево-судинну, нервову системи, обмін речовин тощо – практично всі функції організму.

Основні характеристики раціонального дихання, яких прагнуть досягти, займаючись дихальною гімнастикою — формування і закріплення *навички повного раціонального дихання* при будь-якому типі дихання (грудному, черевному або діафрагмальному), поєднувати дихальні рухи з рухами тіла.

Дихальні вправи – це гімнастичні вправи (з довільними змінами *характеру* чи *тривалості* фаз дихального циклу) у сполученні з рухами тулуба і кінцівок чи без цих рухів. Дихальні вправи підрозділяються на **статичні** (що не поєднуються з рухами кінцівок і тулуба) і **динамічні** (коли дихання поєднується з різними рухами). І ті, і інші можуть виконуватися з різних початкових положень (стоячи, сидячи, лежачи). Застосовуються вправи, що розвивають носове, грудне, діафрагмальне і повне дихання, поліпшуючі дренажну функцію дихальних шляхів.

До **статичних** дихальних вправ відносяться дихальні вправи, що виконуються зі зміною ритму і глибини дихання, пауз між вдихом і видихом, переважним посиленням екскурсій грудної клітки чи діафрагми. Різновидами статичних дихальних вправ є вправи з протидією диханню, з вимовою звуків, з подовженим і ступінчато подовженим видихом тощо. До **динамічних** дихальних вправ відносяться різні поєднання дихальних вправ з рухами інших сегментів тіла. При цьому рухи підбираються таким чином, щоб полегшити чи посилити дихання. Наприклад, нахил тулуба вперед поєднується з видихом, випрямлення – з вдихом. Динамічні дихальні вправи можуть бути підібрані і таким чином, щоб забезпечити переважну участь у дихальному акті того чи іншого відділу легенів. Використання в дихальних вправах акценту на видиху, вимові звуків, нахилів, поворотів сприяє більшій вентиляції легенів. На заняттях з дітьми СМГ застосовують метод **звукової гімнастики** з вимовою на видиху голосних А, У, О і приголосних Ф, Ш, С.

До загальнооздоровчих можна віднести і **релаксаційні** вправи, направлені на довільне розслаблення м'язів, регульоване чергування і поєднання напруження і розслаблення. Зменшення напруження м'язів сприяє ослабленню збудження усієї нервової системи. Нервова система страждає і потребує зміцнення при будь-якому патологічному процесі в організмі. Добре відомо, що стан спокою центральної нервової системи, відсутність зайвих подразників приводить до мобілізації відновних процесів: нервова система володіє здатністю коректувати порушені функції організму. Сучасний спосіб життя, що характеризується медиками як стан хронічного стресу: надлишок інформації, у тому числі негативної, психічні перевантаження, нові технології (наприклад, комп'ютеризація навчального і виробничого процесів) — пред'являють завищені вимоги до індивіда і диктують необхідність оволодіння навичками з профілактики і ліквідації стресового стану.

Розслаблення є складним для дитини, оскільки потребує і певного рухового досвіду і уміння довільно керувати тонусом м'язів. Відчуття розслаблення може бути отримане дитиною по контрасту з попереднім напруженням, а також шляхом застосування доступних образних порівнянь: “рука відпочиває”, “нога спить”, “живіт чужий” тощо. Обов'язковою фізіологічною умовою для довільного розслаблення слугує зручне вихідне положення.

Під час виконання вправ в розслабленні, зазвичай, досягається зниження тонуру і гладкої мускулатури внутрішніх органів в зоні сегментарної іннервації, а також розвиваються гальмівні реакції. Тому вправи в розслабленні застосовуються для швидкої ліквідації втоми, що розвинулася в ході навчального процесу, усунення сформованого стереотипу неправильної пози, зниження загального навантаження в заняттях, відновлення порушеної координації рухів, нормалізації м'язового тонуру, у тому числі і гладкої мускулатури, зняття негативних психічних станів

Тобто вправи на розслаблення – один з засобів профілактики і психічних і фізичних перевантажень.

Специфічно-оздоровчі (лікувальні) – впливають на ланку патологічних процесів в організмі: *вправи у розтягуванні та коригувальні вправи*.

Вправи у розтягуванні – різновид активних гімнастичних вправ з переважною дією на патологічно змінену еластичність тканин. У дітей такі вправи застосовуються при плевритах, плевропневмоніях, артритях, контрактурах різного походження.

Коригувальні вправи – спеціальні гімнастичні вправи, що сприяють ліквідації деформації опорно-рухового апарату різної етіології. Корекція досягається підбором вихідних положень, при яких розподіл м'язового тонуру, що зберігає прийнятну позу, сприяє вирівнюванню наявної деформації. Корекція забезпечується також суворо обмеженим при відповідних вправах впливом м'язової тяги на патологічно змінену ділянку опорно-рухового апарату.

Загальнорозвивальні (стимулюючі) вправи – чинять оздоровчий вплив на усі функції організму, стимулюють фізичний розвиток, створюють базу для розвитку окремих рухових здібностей (*сили, координації, рівноваги* тощо).

Відносять:

динамічні циклічні аеробні,
ідеомоторні,
ритмопластичні,
рухливі ігри
прийоми самомасажу.

Загальнорозвиваючі, або загальностимулюючі вправи різносторонньо впливають на всі функції організму, сприяють підвищенню показників фізичного розвитку і основних рухових якостей. Використовуються за відсутності в організмі хворобливих змін, які можуть служити протипоказаннями до їх виконання. До них відносяться *динамічні циклічні вправи аеробного характеру*, при виконанні яких ЧСС досягає 150—180 уд/хв. Розвиваючий ефект цих вправ спостерігається при систематичних заняттях щодня не менше 10—15 хв., при цьому стимулюється розвиток серцево-судинної і дихальної систем, удосконалюються обмінні процеси, що забезпечують загальну фізичну працездатність організму. Певний розвиток одержують всі основні рухові якості, що лежать в основі різносторонньої фізичної підготовленості. В першу чергу підвищується *витривалість* до виконання помірних і великих навантажень, а також *сила, швидкість і інші фізичні якості*.

Силові вправи викликають викид анаболічних гормонів, сприяючи посиленню процесу білкового синтезу в організмі, що стимулює біологічне дозрівання, зростання скелета, м'язової маси і інших тканин організму. Їх виконання пов'язано з **напруженою роботою** серцево-судинної і інших систем; **вимагає певної готовності організму**. Напруга, створювана м'язами при анаболічних вправах, повинна відповідати 50—75 % максимально можливої сили. При меншому зусиллі анаболічний розвиваючий ефект може не спостерігатися, при більш високому — можливо перенапруження функціональних систем організму і негативний ефект.

вправи сприятимуть удосконаленню **координації** рухів при складних сполученнях рухів і регламентованої послідовності. Вони застосовуються для тренування і відновлення рухових навичок, відновлення порушеної регуляції рухів.

Вправи у **рівновазі** – гімнастичні вправи, спрямовані на тренування вестибулярного апарату, позних реакцій і пропріоцептивної чутливості, рухового аналізатора в цілому.. Вони виконуються при зменшенні площі опори, у стійці на одній нозі тощо, змінах положення голови і тулуба. Ці вправи також сприяють покращенню координації рухів, формуванню і закріпленню *навички правильної постави*.

Ідеомоторні вправи — емоційна самонастройка, багатократне уявне відтворення рухів через внутрішню мову, представлення образів, м'язово-рухове і плотське уявлення;

Ритмопластичні — вправи, що формують навичку раціонального розподілу зусиль в часі і просторі через злагоджену послідовність активації різних м'язових груп у дії;

Рухливі народні і спортивні ігри, будучи пріоритетним видом дитячої діяльності, володіють високим виховним і оздоровчим потенціалом. Ситуація гри постійно змінюється, пред'являючи до гравця вимоги по концентрації уваги, правильного її розподілу і переключення, доброї координації рухів. Заняття рухливими іграми розвивають рухливість нервових процесів, руховий апарат дитини, укріплюють серцево-судинну і дихальну системи, активізують обмін речовин. Впливаючи на емоційно-вольову сферу, ігри допомагають формувати як рухові, так і моральні, етичні якості. Регламентації правил вносить значний позитивний внесок у формування характеру дитини.

Використовування ігор в оздоровчих цілях ставить перед викладачем вимоги:

- враховувати і регулювати фізичні навантаження в залежності від функціональних можливостей учасників;
- контролювати адекватність емоційних переживань;
- удосконалювати рухові навички і якості, які дещо відстають в розвитку.

За рівнем загального фізичного навантаження розрізняють ігри: малої, середньої і великої рухливості. Останнє враховується при дозуванні фізичного навантаження на занятті.

Прийоми самомасажу, викликаючи зміни функціонального стану різних відділів центральної нервової системи, сприяють утворенню пристосовних реакцій. Крім механічного і теплового впливів на шкірні покриви, кровоносні і лімфатичні судини, м'язи, сполучні тканини і вегетативну нервову систему, масу, позитивно впливають на біоелектричну активність головного мозку; нормалізують серцевий ритм, зменшують периферичний опір і через рефлекторні зони позитивно впливають на всі внутрішні органи. **Оволодіння навиками самомасажу в школі дозволяє підвищити рівень гігієнічної культури суспільства.** Навчання прийомам самомасажу регулюється принципами свідомості, наочності, доступності, послідовності, систематичності.

Спеціально-розвивальні – сприяють розвитку окремих рухових якостей: сили, швидкості, витривалості, гнучкості тощо, викликаючи специфічні зміни у функціональних системах організму, що лімітують рівень їх прояву.

3. Методи фізичного виховання

На думку Д.Локка, методи повинні бути зорієнтованими на природні інтереси дітей і позитивні емоції дітей, вони повинні зробити процес навчання привабливим.

У методичній літературі можна знайти лише поодинокі зауваження що стосуються застосування окремих методів у фізичному вихованні дітей СМГ.

Метод **суворо регламентованої вправи**. потребує точного дозування навантаження і суворо встановленого чергування його з відпочинком, чіткого порядку повторення вправ, їх зв'язку між собою. Він застосовується на усіх етапах фізичного виховання школярів спеціальної медичної групи. На перших етапах роботи з дітьми спеціальної медичної групи для розвитку витривалості рекомендуються методи **безперервної рівномірної вправи**, згодом для зацікавлення – **безперервної варіативної вправи** та **інтервальної рівномірної вправи**.

Потрібно пам'ятати, що гра – універсальний засіб фізичного виховання дітей. Відомо, що навантаження в **ігровому** методі залежить від активності дитини. Проте цей метод в роботі зі спеціальною медичною групою слід використовувати з великим обмеженням, оскільки фактор суперництва у процесі змагання викликає особливий **емоційний фон** і може призвести до небажаних функціональних проявів серцево-судинної та інших систем. Після рухливих ігор діти спеціальної медичної групи можуть значно збудитися, ніж учні основної групи. Доцільно це мати на увазі і зменшити міру їх участі в грі шляхом виділення для них більш спокійної ролі, або після закінчення гри провести окремо кілька заспокійливих вправ.

Ми також пам'ятаємо з попередніх лекцій, що під час виконання фізичних вправ і іншої рухової діяльності діти СМГ часто бувають млявими, малоактивними, нерішучими. Вони соромляться своєї незграбності і прагнуть бути непомітними на уроках. Це призводить до малорухливості на уроках фізичної культури і у позаурочний час і ще більше збільшує їх відставання від дітей основної медичної групи. Малорухливі і несміливі діти потребують заохочувань з боку вчителя ФК.

Змагальний метод. Діти СМГ можуть змагатися на точність і правильність виконання окремих вправ, а також на кращий вияв таких якостей, як координація рухів, гнучкість, рівновагу, спритність тощо.

Методи слова. Словесні оцінки відіграють роль мовного схвалення або осуду діяльності учнів. Вчителю важливо частіше використати заохочення, підтримувати кожний, навіть самий невеликий успіх учня, не підкреслювати помилок перед всім класом. При роботі з учнями з серцево-судинними захворюваннями не рекомендується подавати гучні **команди** і вести **підрахунок**.

4. Сучасні підходи у застосуванні засобів фізичного виховання учнів СМГ

Фахівці продовжують пошук більш досконалих методик фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи. Розглянемо досвід такої роботи, описаний в сучасній методичній літературі.

Дві групи дітей школярів по 10 чоловік (в залежності від плавальної і загальної фізичної підготовленості) 4-6 класів СШ №1 м. Запоріжжя за станом здоров'я віднесені до СМГ (серцево-судинної системи: вади серця, ревматизм) дихальної системи: бронхіальна астма,

астматичний бронхіт, хронічна пневмонія), внутрішніх органів (хронічний гастрит, холецистит) і діти з ожирінням 2 і 3 ступенів (С.Дьомочка, 2000).

Навчання плаванню проходило в 2 етапи. На підготовчому, який відбувався не на воді, вирішувалися задачі підготовки до водного середовища шляхом застосування різних загартовуючих заходів та збагачення рухового досвіду за рахунок виконання загально-розвиваючих вправ, підготовчих і спеціальних вправ плавця. Навчальний матеріал підготовчого етапу включався до змісту уроків фізичної культури за 14-16 уроків до початку 2-го етапу. На основному етапі, який відбувався безпосередньо в мовах басейну, вирішувалися задачі збільшення стійкості організму до перепадів температури зовнішнього середовища та попередження виникнення застудних захворювань, створення емоційного фону навчання за допомогою використання рухливих ігор і навчання плаванню.

В результаті використання плавання, в дітей покращилась сила кисті на 30% (правої) і 15,2% (лівої) в 1 ЕГ, на 17,7% (правої) і 20,3% (лівої) в 2 ЕГ. Величина ЖЄЛ в 1ЕГ збільшилась на 190 мл (7,6%), 2ЕГ – на 218 (11,2%). Результати стрибка в довжину, човникового бігу покращилися в середньому на 6%, результат метання м'яча – на 10,2% - 1ЕГ, 18,7% 2ЕГ. Показник РWC-170 зріс на 126,8 кгм/хв. в 1ЕГ, і на 134, 1 кгм/хв. в 2ЕГ. Висновки: ефективним і необхідним є проведення підготовчого етапу. 2. для більш успішного забезпечення диференційованого підходу у дозуванні навантаження найбільш доцільним є дозування не в кількості метрів дистанції, а – в кількості гребків. 3. Покращення функціонального стану учнів СМГ відбулися в результаті 14 уроків з плавання, які відводяться згідно програми з фізичного виховання.

Учні ЕГ (підлітки з **хронічними захворюваннями дихальної системи**) займалися за розробленою фахівцями (В. Чепурна, 2000) методикою з використанням йогівських асан, елементів міорелаксації, дихальної гімнастики. Учні КГ – за традиційною ЛФК в умовах ЗОШ. Тривалість уроку 45 хвилин, курсу – 7 місяців, 2-чі на тиждень. У підлітків ЕГ позитивні зміни в показники кардіо-респіраторної системи були більш виразними табл.4.5.

Таблиця 4.5

Зміни в показниках в умовах педагогічного експерименту за [37]

Групи	ЧД	ЧСС	ЖЄЛ	Експурсія грудної клітки	ІГСТ
Контрольна	16,9	83,5	2,2	32	62
Експериментальна	15,8	81,2	2,4	39	64
Здорові	15,3	80,5	2,3	59	90

Під спостереженням фахівців (С.С.Волкова, 1991) протягом 2 років знаходилися 126 учнів СМГ розділених на три групи. 1 група займалася за спеціальною програмою 2 рази на тиждень по 45 хв. в позанавчальний час; 2 – разом з однокласниками, але індивідуально обмежувалися в навантаженні; 3 – самостійно при систематичних консультаціях вчителя за розробленими карточками. Обстеження дітей проводилося на початку і наприкінці навчального року. застосовувалися 6 тестів для визначення фізичної підготовленості, проводився аналіз ЕКГ після функціональної проби за Р.М.Баєвським. Аналіз отриманих даних показав, що у школярів СМГ, які займалися в 2-й і 3-й групах змін в фізичній підготовленості практично немає. В першій групі фізична підготовленість покращилася на 20% (силові якості), 2,2% (швидкість) і 7,7% (координаційні здатності). Рівень фізичної підготовленості тісно пов'язаний з покращенням функціональних можливостей організму. **Таким чином** найефективнішим уроком фізичної культури зі школярами СМГ є, ті що проводяться окремо після занять при наявності 10-12 осіб в групі.

В дослідженні брали участь діти середнього шкільного віку (12-14 років) з найбільш поширеним порушенням постави – кіфотичною поставою на початковій стадії. Були створені 3 групи по 14-16 осіб, з якими протягом року проводилися заняття. 1 група займалася традиційною ЛФК в залі ЛФК, 2 – оздоровчим плаванням, 3 – поєднувала вправи на суші і в воді. Усі розроблені програми для виправлення дефектів постави в початковій стадії були досить ефективними. Найкращих результатів було досягнуто при використанні **комплексної програми**. Оздоровче плавання виявилось більш ефективним ніж традиційні заняття в залі і може бути рекомендованим як один з засобів формування правильної постави (30-80% заняття).

ТАКИМ ЧИНОМ, комплексне застосування усього розмаїття засобів фізичного виховання визнано найраціональнішим підходом у фізичному вихованні дітей, яких за станом здоров'я віднесено до спеціальної медичної групи. Нажаль застосування загартовуючих заходів під час уроків з фізичної

культури часто недооцінюється фахівцями. Основними елементами щадного режиму дня є: обмежена тривалість шкільних і позашкільних занять; достатній відпочинок; максимальне перебування на повітрі; нормальний сон відповідно до віковий потреб і стану здоров'я; регулярне і раціональне харчування. У фізичному вихованні учнів спеціальної медичної групи пропонується користуватися класифікацією вправ, розробленою І.Вржесневським і О.Денисенко. Триває пошук науковцями найраціональніших методик фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи. Дихальні вправи, вправи на розслаблення і для формування правильної постави рекомендується включати в кожен урок фізичної культури з дітьми спеціальної медичної групи.

ЛЕКЦІЯ № 4-5

ТЕМА: УРОК ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ З УЧНЯМИ СМГ (ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА МЕТОДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ)

Навчальні та виховні цілі:

освітня (інформаційна) — домогтися обізнаності студентів у теоретичних питаннях, щодо особливостей методики уроку ФК для СМГ, слугувати подальшому міцному засвоєнню знань з питань загальної і моторної щільності уроку, способів дозування навантаження, формуванню практичних умінь і навичок розвитку фізичних якостей у школярів;

розвиваюча — розвивати активність, інтелектуальні здібності, самостійність, мислення, студентів;

виховна — сприяти формуванню наукового світогляду, моральних, естетичних та інших якостей особистості, вихованню колективу.

Навчальні питання і розподіл часу

Вступ	5 хв.
1. Вимоги до уроку фізичної культури в СМГ	10 хв.
2. Побудова і методика уроку	20 хв.
3. Загальна і моторна щільність уроку	10 хв.
4. Інтенсивність фізичних навантажень	15 хв.
5. Дозування фізичного навантаження	15 хв.
6. Особливості методики розвитку фізичних якостей	15 хв.
Заключення та відповіді на запитання	5 хв.

Навчально-матеріальне забезпечення – мультимедійний проектор, презентація

Навчальна література:

1. Боднар І. Інтегративне фізичне виховання школярів різних медичних груп: монографія / Іванна Боднар. – Л.: ЛДУФК, 2014. – 316 с. ISBN 978-966-2328-74-5
2. Арєф'єв В.Г., Єдинак А.Г. Фізична культура в школі (молодому спеціалісту): Навчальний посібник для студентів навчальних закладів II – IV рівнів акредитації. – 2-е вид. перероб. і доп. – Кам'янець-Подільський: Абетка – НОВА, 2001. – 384 с.
3. Боднар І. Теорія, методика і організація фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи Навч.-методичний посіб. – Львів, Українські технології. – 2005. – 48 с.
4. Булич Э.Г. Физическое воспитание в специальных медицинских группах: Учеб. пособие для техникумов. – М.: Высш. шк., 1986. – 255 с.
5. Дубогай О. Д. Методика фізичного виховання студентів спеціальної медичної групи : навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. / О. Д. Дубогай, А. В. Цьось. – Луцьк : Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2012. – 276 с.
6. Настольная книга учителя физической культуры / авт.-сост. Г.И. Погадаев. – 2-е изд., перераб и доп. – М.: Физкультура и спорт, 2000. – 496 с.
7. Полатайко Ю.О. Фізичне виховання школярів у спеціальних медичних групах. – Івано-Франківськ: Плай, 2004. – 161 с.
8. Теория и методика физического воспитания. Учебник для ин-тов ФК / Под ред. Т.Ю. Круцевич (в 2-х т.). К.: Олимпийская литература, 2003. – 422 с.
9. Тарасенко М.Н., Керзнер З.М., Степанов А.О. Физическое воспитание учащихся техникумов в специальных медицинских группах. Учеб- методическое пособие. – М.: Высш. шк., 1978. – 176 с.
10. Язловецький В.С. Фізичне виховання учнів з відхиленнями в стані здоров'я. Навчальний посібник. Кіровоград: РВВ КДПУ імені В.Винниченка, 2004. – 352 с.

1. Вимоги до уроку фізичної культури в СМГ (за Г.І.Погадаєвим, 2000):

1. навчання раціональному диханню,
2. формування правильної постави (корекція)
3. індивідуальний підхід
4. урок повинен бути емоційно забарвленим

Навчання раціональному диханню. Від того як дихає людина, значною мірою залежить її здоров'я. При непрохідності носа, що часто зустрічається у дітей, і дихання через рот, страждає і фізичний і психічний розвиток дитини: змінюється скелет обличчя, погіршує розвиток грудної клітки,

погіршуються функції органів травлення, нерідко призводить до недокрив'я. Такі діти бліді, кволі, вередливі, неухажні, можуть відставати у психічному розвитку.

Якщо порушення зовнішнього дихання може спричинити багато захворювань, то його нормалізація є ефективним засобом зміцненню здоров'я. А тому окремі дихальні вправи можна використати і для лікування деяких захворювань

За допомогою дихальних вправ можна свідомо впливати на внутрішні органи. Встановивши це практичним шляхом, йоги створили систему дихальних вправ – пранаям. І немає анітрохи перебільшення в їхньому твердженні, що правильно поставлене дихання цілюще впливає на здоров'я і продовжує життя.

Навчання раціональному диханню сприяє:

- швидшому видаленню порушених функцій дихальної системи;
- покращенню окислювально-відновних процесів в організмі;
- підвищення адаптації до фізичного навантаження;
- загальному оздоровленню і гармонійному розвитку.

Поліпшення механізмів регуляції дихання забезпечує методика формування навичок довільного управління легеневою вентиляцією (С. Ф. Цвек, В. С. Язловецький, 1983). Необхідно мати на увазі, що освоєння цієї методики важливе практично для всіх учнів, не тільки для тих, що перенесли захворювання дихання органів. За спостереженнями авторів методики, у 90% учнів, віднесених до спеціальної медичної групи, спостерігаються низькі резервні можливості дихальної системи, відмічається надмірна вентиляція при порівняно низькому коефіцієнті використання кисню, що свідчить про невміння юнаків і дівчат управляти своїм диханням.

До довільних дихальних вправ відносяться вправи, при виконанні яких регулюються механізми і структура дихального акту. Довільні дихальні вправи можна використати для нормалізації і вдосконалення кисневих режимів організму учнів і взаємокоординації дихання і рухів, зміцнення дихальних м'язів, поліпшення рухливості грудної клітки, оптимізації розумової і фізичної працездатності, вироблення трудових навичок і прискорення відновних процесів.

Досвід і літературні дані доводять, що в послаблених дітей переважає поверхневе грудне дихання. Тому на перших уроках необхідно навчати дітей правильно дихати в положенні сидячи чи стоячи, роблячи особливий акцент на участь в акті дихання передньої стінки живота. Встановлено, що діафрагмальне дихання сприяє врівноваженню нервових процесів. Тільки при раціональному диханні досягається максимальний ефект від уроків фізичної культури. Навчати правильному диханню варто в статичному положенні і в русі. При незначних м'язових навантаженнях вдих рекомендується робити через ніс, видих – через рот. Вдих через рот виконується при інтенсивному фізичному навантаженні. Дихальні вправи можна використовувати як засіб, що понижує навантаження. Співвідношення дихальних і загально розвиваючих вправ може бути 1:1, 1:2, 1:3 – 1: 5. Якщо це співвідношення не помічене в плані уроку, то вчитель включає дихальні вправи в залежності від стану учнів і характеру попередньої діяльності.

2. Формування правильної постави і її корекція.

Дотримання правильної постави має не тільки естетичне, але і головним чином, фізіологічне значення для послаблених дітей. При порушенні постави погіршується робота усіх систем і органів організму людини. У першу чергу погіршується діяльність нервової системи, яка регулює зв'язок організму з навколишнім середовищем, об'єднує і скеровує роботу усіх інших органів і систем. Під впливом погіршення трофічної функції нервової системи погіршується обмін речовин, що викликає затримку росту, виснаження, недокрив'я, а на цій основі відбувається послаблення стійкості організму щодо різних хвороб: обміну речовин, застудних, інфекційних тощо. Варто також відзначити і погіршення зору при порушенні постави.

Правильна постава забезпечує нормальну діяльність опорно-рухового апарату, внутрішніх органів, сприяє більш економічному використанню енергії при виконанні фізичного навантаження.

Окрім систематичного виконання передбачених програмою спеціальних вправ для постави вчитель повинен протягом уроку звертати увагу дітей на оптимальне положення

голови, правильність роботи рук, ніг, тулуба, допомагаючи виправляти помилки і стимулювати правильні положення.

3. Індивідуальний підхід до учнів загальноосвітніх закладів освіти. Цю складну задачу вирішує вчитель за рахунок найбільш раціонального шикування учнів, гнучкої і диференційованої методики навчання, вибору оптимальних вихідних положень, дозування навантаження, за рахунок ускладнення чи полегшення вправ тощо.

4. Урок повинен бути емоційно забарвленим. На уроці фізичної культури діти повинні забути про хвороби, відчути себе такими ж повноцінними, як і здорові діти. Уроки в СМГ повинні стати уроком бадьорості, м'язової радості, естетичної насолоди. Рекомендується використання рухливих і спортивних ігор, елементи танців. Ставлення вчителя, спортивна форма створюють в дітей позитивний настрій. Варто зазначити, що емоційна забарвленість уроку також залежить від таких чинників як порядок, чистота залу, якість обладнання, зовнішній вигляд учнів, хороша освітленість залу, оптимістичний лад команд і пояснень тощо. Разом з тим необхідно зберігати певне почуття міри, бо надмірне емоційне збудження сприяє незадовільному впливу на учнів, створює нервову і фізичне навантаження. Це не бажано в заняттях фізичними вправами учнів зі СМГ.

2. Побудова і методика уроку

Урок є основною організаційно-методичною формою навчального процесу в ЗОШ. Схема побудови уроку для учнів спеціальної медичної групи залежить від конкретних задач даного навчального заняття, періодів календарного року, контингенту осіб, які займаються, об'єктивних умов у даному навчальному закладі (наявність спортивної бази і т.д.). Урок з фізичної культури складається з **чотирьох частин**, взаємозалежних між собою: вступної, підготовчої, основної і заключної.

Перша частина, **вступна**, спрямована на підготовку необхідних умов для подальшого проведення занять. Шикування групи, рапорт, пояснення задач заняття — усе це організує учнів, зосереджує їхню увагу. Учнями виконуються перешикування і дихальні вправи. Також рекомендується провести вимірювання ЧСС, ЧД. Діти, в яких **ЧСС вища 80-90 уд/хв.**, стають на правий фланг (до слабо підготованих). Підрахунок пульсу, частоти дихання самими учнями при умові правильного і чіткого виконання, також в значній мірі, налаштовує учнів на роботу на уроці. В учнів молодших класів виховується потреба з'являтися на урок в належній спортивній формі, вмінні знаходитися в строю, виконувати команди, відповідати на привітання вчителя.

Шикувати учнів СМГ рекомендують не за зростом, а за **функціональними відхиленнями**. Одні фахівці пропонують такий підхід: на правому фланзі шикуються діти із захворюваннями серцево-судинної і дихальної систем, за ними – діти із захворюваннями органів травлення і зниженим зором, далі – учні з відставанням у фізичному розвитку. Іншими фахівцями рекомендується шикувати дітей з слабою функціональною підготовленістю – на правому, сильних – на лівому фланзі. Це дозволяє відносно точно диференціювати фізичне навантаження, наприклад учні на лівому фланзі продовжують присідання, на правому – відпочивають, таким чином сильні діти виконують на 2-4 повторення більше.

Після повідомлення навчального змісту матеріалу по теоретичному компоненту, вивчаються або повторюються різновиди дихання (грудного, черевного і змішаного (повного)) та комплекс вправ оздоровчої спрямованості.

Виконання стройових вправ чергується з дихальними вправами, які поступово поєднуються з загальнорозвивальними, і виконуються в повільному темпі з поступовим підвищенням навантажень.

Використовуються вправи ритмопластики, вправи на поставу, на розслаблення. Необхідно використовувати метод варіативних (змінюючих) навантажень. При необхідності вибірково перевіряється виконання домашнього завдання.

Теоретичні знання повідомляються учням на кожному уроці згідно з навчальним матеріалом, а також відповідно до вимог техніки безпеки під час проведення занять (програма ФК).

Рекомендована тривалість вступної частини – 3-4 хв.

Друга частина, **підготовча**, забезпечує фізіологічну підготовку організму учнів, створює оптимальні умови для проведення основної частини занять. В підготовчій частині учні виконують ходьбу, біг, його різновиди, танцювальні кроки, вправи зі зміною ритму, загально-

розвиваючі вправи, вправи для правильної постави, вправи на координацію, підвідні і підготовчі до вправ, що будуть використані в основній частині. Протягом 1-го півріччя викладач повинен добитися правильного виконання вихідних положень, виправляти неточності рухів, домагаючись чіткості виконання вправ, вчити дітей красиво ходити, стежити за правильністю постави, узгоджувати правильне поєднання дихання з рухами, особливо в ходьбі.

Загальнорозвивальні вправи не повинні спричинити значну втому. Якщо втома після закінчення загально-розвиваючих вправ значна, її можна зменшити короткотривалим (10-15 с) відпочинком, або виконанням 1-2 дихальних вправ.

У підготовчій частині уроку менш підготовленим дітям дається менше число повторень вправ розминки і пропонуються більш тривалі паузи відпочинку між ними з тим, щоб поступово впливати на організм. Легкі, ненапружені рухи і рухові дії можуть виконуватися всіма учнями в однаковому дозуванні, але ті вправи, де потрібна значна швидкість, сила і витривалість, і які можуть спричинити різкі зсуви в системах кровообігу і дихання, повинні даватися менш підготовленим дітям в меншій кількості. Це стосується насамперед спокійного бігу і ходьби, а також загально-розвиваючих вправ. Вчитель уважно спостерігає за дітьми і, не перериваючи виконання вправ окремими розпорядженнями, пропонує менш підготовленим учням закінчити вправу. Роблять це після того, як всі учні виконали половину або дві третини навантаження, що планується.

Кожен урок включає 2-3 нові загальнорозвивальні вправи. Загальна кількість вправ комплексу не повинна перевищувати **10-14** в 1-му, **14-15** в 2-му півріччі. Кожну вправу слід повторювати **4-5 разів** протягом підготовчого періоду і **6-8 разів** – в основному періоді навчального процесу.

Загальнорозвивальні вправи рекомендується проводити в повільному і середньому темпі, (окремі фахівці радять проводити загальнорозвивальні вправи в довільному, **зручному для дітей темпі**). Вправи повинні охоплювати основні групи м'язів. Виключаються вправи, що вимагають великих м'язових зусиль з затримкою дихання. Вправи проводяться в сполученні і чергуванні зі спеціальними дихальними вправами, вправами для виховання правильної постави і вправами на розслаблення м'язів. При виконанні загальнорозвивальних вправ особлива увага приділяється рівномірному глибокому диханню.

В підготовчій частині не рекомендується **інтенсивних навантажень**. Цим можна надмірно збудити центральну нервову систему учнів чи привести їх в пригнічений стан. Проте нескладний комплекс знайомих фізичних вправ у підготовчій частині занять може підвищити збудливість нервової системи і тим самим створити умови для більш швидкого замикання нових рефлексорних чи зв'язків, придбаних раніше.

Розучування **складних** рухів з учнями в початковій стадії навчання в спеціальній медичній групі може створити в центральній нервовій системі домінанту руху, що буде несприятливим для подальшого проведення навчального заняття.

У підготовчій частині занять небажано вводити **багато нових вправ**, це може викликати нервову перенапругу, що негативно буде позначатися на засвоєнні нових навичок в основній частині заняття.

Втому можуть викликати і раніше розучені вправи, що пропонуються не в тім **темпі**, який необхідно давати учням, які займаються в даній групі, тому вчителю фізичної культури в перші місяці своєї роботи потрібно бути особливо уважним.

Тривалість цієї частини для **школярів** залежить від етапу і коливається від **5-6 до 15-20 хв.**, в 1 чверті молодшої школи – 10-15 хв, в подальших чвертях – 6-8 хв.;

Фізичне навантаження протягом вступної і підготовчої частин поступово підвищується, причому спеціальні вправи сприяють рівномірності наростання навантаження і багатoverшинності фізіологічної кривої уроку.

Третя частина, – **основна**, спрямована на вирішення практично усіх задач, які стоять перед уроком фізичної культури: на поглиблення теоретичних і методичних знань, підвищення функціональних здатностей організму, ліквідації відхилень в здоров'ї, формування й удосконалювання рухових навичок і розвиток фізичних якостей, розвиток і виховання морально-вольових якостей осіб, які займаються.

На початку основної частини заняття учням викладається новий матеріал а також, вправи на швидкість, точність рухів і вирізняються складною координацією.

Засоби, що використовуються в основній частині уроку вельми різноманітні. До них відносять вправи, характерні для окремих видів спорту. Пропонується в кожен урок включати одну спортивну *гру*. В уроки поряд з рухливими іграми можна включати і елементи спортивних ігор середньої рухливості (скороченої тривалості для школярів молодшої вікової групи) і проводити навчальні ігри за спрощеними правилами тривалістю більше 5-6 хв. Досвід роботи показує, що навіть на малорухливу гру організм учнів, які за станом здоров'я належать до СМГ, реагують різким збільшенням пульсу, підвищенням АТ, які, як правило, повільно повертаються до вихідних величин. Тому іграм на уроках приділяється особливе значення з урахуванням рухливості, емоційності, складності. Ігри включаються в урок за 15-20 хвилин до його закінчення. Після них обов'язково проводиться заспокійлива ходьба, дихальні вправи, відпочинок сидячи. Після гри і відпочинку в урок включаються загальнорозвивальні вправи в спокійному темпі з паузами відпочинку.

Рекомендується застосування різних *вихідних положень*. Під час занять необхідно широко застосовувати *різні предмети* для одиночного і сумісного виконання вправ (гімнастичні палиці, набивні м'ячі, гантелі, полегшені кулі, гранати тощо).

Застосування *змагального методу* сприяє підвищенню емоційності заняття і допомагає вихованню моральних і вольових якостей. Змагання в роботі з дітьми СМГ проводяться на точність і правильність виконання окремих вправ, а також на кращий вияв таких якостей, як координація рухів гнучкість тощо. Після рухливих ігор діти спеціальної медичної групи можуть значно збудитися, ніж учні основної групи. Доцільно це мати на увазі і зменшити міру їх участі в грі шляхом виділення для них більш спокійної ролі, або після закінчення гри провести окремо кілька заспокійливих вправ.

Підготовчих і підвідних вправ, зазвичай, буває більше, ніж для учнів основної групи; кількість повторень вправ залежить від міри засвоєння навчального матеріалу і різної пристосованості до фізичного навантаження. Для учнів зі зниженою працездатністю необхідно, щоб навантаження зростало поступово від уроку до уроку, паузи відпочинку між вправами були більш частими і тривалими. Краще включати в активний відпочинок вправи на розслаблення в положенні лежачи на спині (40-60 с).

Включаються вправи, що вимагають інтенсивних зусиль, статичні навантаження, велику витривалість, складно-координовані навантаження, вправи на максимальну пружність, стрибки вглибину.

Повільніше сприйняття навчального матеріалу і відносно слабша пам'ять викликають необхідність більш детального пояснення завдання, частіших повторень, на більшому числі уроків, ніж звичайно планується для учнів основної медичної групи.

Важлива поступовість і ретельна індивідуалізація педагогічного впливу. Учні можуть розподілити по відділеннях в залежності від їх успішності, наприклад, в опорних стрибках. Більш підготовленим можна запропонувати стрибати через снаряд більшої висоти і при далеко відставленому містку, для інших відділень встановити кожному доступні завдання. Таким чином будуть створені диференційовані умови і встановлені вимоги, відповідні можливостям не тільки відстаючих учнів, але й відносно краще підготовлених. При нескладних естафетах більш правильно розподілити слабих учнів по різних командах.

У роботі з дітьми спеціальної медичної групи важливим є уміння вчителя бачити на уроці усіх учнів, контролювати їх дії, вчасно надавати потрібну допомогу.

Навчальний матеріал в основній частині уроку розподіляють так, щоб фізіологічна крива відповідної реакції організму учня на фізичне навантаження мала найбільший підйом у 2-й його половині.

В основній частині *навчають* одному з основних рухів. Варто пам'ятати, що розучування нових вправ втомлює не більше, ніж звичні дії. Тому в урок з учнями СМГ не рекомендується включати **більше однієї вправи**, яку пропонується розучити.

При навчанні техніки вправ учнів варто добиватися з перших уроків правильного засвоєння основ вправ і особливо правильного поєднання рухів з диханням. Тому темп уроку в 1-му занятті – повільний, що дозволяє контролювати правильність рухів і самому учню і вчителю. Тільки тоді, коли більшістю учнів групи надійно засвоєні прості рухові навички, можна переходити до вивчення більш складних вправ, не забуваючи повторювати і раніш вивчені.

На початку навчального року учні погано володіють руховими навичками, у них слабо розвита координація рухів, тому у викладача багато часу іде на пояснення, показ, розучування вправи і їхнє повторення. У цей період від учнів потрібно вимагати точності виконання кожної вправи, звертати увагу на початок руху, тобто на вихідні положення, характер виконання вправ, поставу, амплітуду рухів, стежити за диханням. Усі ці моменти на перший погляд, є незначними, однак відіграють велику роль надалі. З придбанням тренуваності в учнів виробляється автоматизм у виконанні вправ, тому в другій чверті на простих елементах вправ уже не слід зупинятися.

Один раз виконана вправа не призводить до стійких змін в організмі, тому *частота повторень*, поруч з іншими чинниками, визначає успішність навчання. “Систематичність повторення вправ – основа успіху”. Кількість повторень вправи винна бути достатньою, щоб навичка була міцно засвоєна. Разом з тим фахівцями у роботі з дітьми спеціальної медичної групи рекомендується повторювати вправу не більше п’яти разів.

Учні повинні знати яку *мету* переслідує та, чи інша вправа. Втрата сенсу вправи часто призводить до втрати інтересу до фізичного виховання, назагал. Учні повинні знати яких успіхів досягнути при успішному оволодінні вправою, яку їм пропонують.

Постійно слідкувати за *точністю* виконання вправ, щоб не закріпити помилок, якщо такі виникнуть. У протилежному випадку доведеться витратити зайву енергію для подолання і виправлення створеного динамічного стереотипу.

До процесу навчання техніки фізичних вправ висуваються такі вимоги: поступове *ускладнення* і *безперервність* навчання – тривала перерва призводить до часткової втрати навичок і вмінь, які були набуті.

Потрібно враховувати фізіологічні умови навчання (І.П.Павлов) – зовнішні і внутрішні умови (попереднє навчання, виховання, життєвий досвід, умови побуту, психічна готовність).

Основна частина уроку для школярів **триває 15-18 хв. – 20-25 хв.**, для дітей 7-8 років її тривалість дещо скорочена.

У четвертій, **заключній** частині створюються сприятливі умови для відновлення частоти пульсу, усунення явищ стомлення, збудження, поступового зниження фізичного навантаження і підтримки емоційної насиченості уроку. Пропонована тривалість заклоучної частини – 5-10 хвилин у всіх вікових групах.

Як правило, заклоучна частина включає повільну ходьбу, танцювальні кроки, ігри малої рухливості, вправи на поставу, а також вправи в раціональному диханні, вправи на розслаблення м’язів і обов’язково – відпочинок сидячи. Проводиться підрахунок ЧСС. Завершення уроку повинно викликати задоволення і налаштувати на наступні заняття.

Заняття бажано проводити на *повітрі*, оскільки це найкращим чином сприяє зміцненню здоров’я. Зрозуміло, що винятком повинні стати учні яким протипоказане тривале перебування на повітрі в холодну пору року. Оздоровчу спрямованість занять необхідно зберігати протягом усього періоду навчання..

В оздоровчих цілях рекомендується проводити *уроки змішаного типу*, оскільки різноманітність засобів, що використовуються, і своєчасне їх чергування підвищують позитивний фізіологічний ефект і інтерес до занять, створюють емоційний фон і попереджають стомлення

3. Загальна і моторна щільність уроку

Важливим показником ефективності навчального заняття є його *загальна щільність* – відношення раціонально затраченого часу (пояснення, показ, виконання вправ, прослуховування зауважень, відпочинок і т.д.) до тривалості навчального заняття. Загальна щільність занять з учнями СМГ повинна наближатися до 100%. Тобто викладач мусить намагатися провести заняття без нераціональних затрат часу.

Розрізняють також *моторну щільність*, тобто відсоток часу заняття, використаний тільки на рухову діяльність.

Приблизна моторна щільність уроку у спеціальній медичній групі, %

Півріччя	Початок півріччя	Кінець півріччя
1	25-30	30-35
2	30-35	40-45
3	40-45	55-65
4	60-65	70-75

Моторна щільність занять у першому семестрі для підгрупи відносно слабших учнів (підгрупа «А») може бути невелика - приблизно 18-20%, у другому семестрі - 25-30%, у третьому і четвертому семестрах - 50-55%.

Збільшення щільності занять залежить від придбання учнями загальної тренуваності, оволодіння руховими навичками і поліпшення стану здоров'я.

Щільність заняття перевіряється один раз в місяць. Щільність занять контролюється особою, що перевіряє (викладачем іншої групи, лікарем) методом безупинного спостереження за виконанням фізичних вправ у процесі занять. Перед визначенням щільності занять необхідно перевірити план-конспект заняття, переглянути усі види рухової діяльності учнів. Для визначення щільності занять викликають одного чи двох учнів. До початку заняття особа, що перевіряє, записує всі дані про цих учнів: прізвище, ім'я, по батькові, медичну групу, діагноз захворювання; записуються також номер заняття, час усього заняття в цілому і за частинами, наявність необхідного інвентарю, вказується прізвище викладача. Під час заняття ведеться спостереження за вибраними учнями: підраховується корисний час, активний і пасивний відпочинок (с, хв.), кількість виконаних вправ за частинами заняття, простої і т.д. Усі дані записуються до протоколу. Після заняття підводяться підсумки спостереження, що повідомляються викладачу. Такий аналіз навчального часу корисний для викладача, сприяє покращенню якості проведення занять і спрямований на підвищення рівня педагогічної майстерності.

4. Інтенсивність фізичних навантажень

На початковому періоді занять використовують фізичні вправи малої інтенсивності, яка збільшує ЧСС до 25-30% від вихідного рівня (Фонарьов, 1983). Поступово включають дозовані фізичні навантаження середньої інтенсивності, які підвищують ЧСС до 40-50% від вихідної. До кінця занять у спеціальній медичній групі використовують фізичні вправи, які збільшують ЧСС до 70-80% від вихідного рівня.

В заняттях з ослабленими дітьми використовують вправи **малої, помірної і великої інтенсивності**.

Для оздоровчого ефекту реакція організму на навантаження повинно бути **малої** або **помірної інтенсивності**.

Вправи малої інтенсивності задіюють малі і середні м'язові групи і виконуються в повільному і середньому темпі. До них відносяться вправи: в розслабленні м'язів, статичні дихальні і для глибоких м'язів спини. При їх виконанні ЧСС змінюється трохи, спостерігається помірне підвищення максимального і пониження мінімального тиску крові, зрідження і поглиблення дихання. **Мала реакція:** - збільшення ЧСС до 120 уд/хв, з боку артеріального тиску — незначне підвищення або збереження колишнього рівня.

Вправи, що викликають **малу** реакцію, використовуються при значному ослабленні здоров'я або для прискорення відновних процесів в організмі після фізичного або інтелектуального навантаження. Вони ліквідують в організмі процеси, характерні для **стомлення**, і є обов'язковим компонентом **активного відпочинку**. Тільки після адаптації організму дитини до малих навантажень, коли їх оздоровчий ефект стає недостатнім, слід переходити до використання вправ з помірним навантаженням.

В загальному руховому режимі ослаблених дітей фізичні вправи з малим фізіологічним навантаженням повинні займати якомога більше часу (з урахуванням загального стану). Бажано їх використовувати у побутових навантаженнях: ходьба, пересувань на велосипеді, лижах, ковзанах в повільному темпі.

М'язові навантаження з ЧСС **100-120 ск/хв.** мало перспективні. Вони не сприяють удосконаленню фізичних якостей і повинні використовуватися у періоди навчання руховим

діям, під час вступної і підготовчої частин уроку, а також у перервах між вправами високої інтенсивності. Слід враховувати, що вживання вправ, що викликають малу і помірну реакції організму, недостатні для розвитку рухових якостей до рівня, що відповідає нормативним вимогам.

Вправи помірної інтенсивності залучають до руху середні (при роботі в середньому і швидкому темпі) і крупні (в середньому і повільному) м'язові групи. До них відносять динамічні дихальні вправи, вправи з предметами і невеликими обтяженнями, ходьбу в повільному і середньому темпі, малорухливі ігри. При виконанні вправ цієї групи трохи підвищується ЧСС, помірно підвищується максимальний артеріальний і пульсовий тиск, збільшується легенева вентиляція. Відновний період після цих вправ вимагає декількох хвилин. **Помірна реакція:** діапазон ЧСС **120—150 уд/хв**; при цьому тиск систоли не повинен перевищувати 150 мм. рт. ст.

При ЧСС **не вище 120-130 ск/хв.** виконуються вправи з дуже ослабленими дітьми підгрупи Б (слабка) протягом усього навчального року. За даними фізіологів при такій ЧСС навантаження сприяють гармонійній діяльності серцево-судинної, дихальної і нервової систем, опорно-рухового апарату та інших органів і систем організму: збільшується хвилиний об'єм крові (за рахунок систолічного об'єму), покращується зовнішнє і тканинне дихання. При таких навантаженнях формуються життєво необхідні навички і вміння, без пред'явлення при цьому неадекватних вимог ослабленому організмові.

Для школярів, віднесених до групи *А (сильніша)*, фізичні навантаження поступово збільшуються як за інтенсивністю, так і за об'ємом відповідно до адаптаційних можливостей організму. Для дітей підгрупи *А* руховий режим в діапазоні ЧСС **120-130 уд/хв** застосовується протягом 1—1,5 місяців з поступовим доведенням навантажень до ЧСС **140—150 уд/хв** в основній частині заняття.

Навантаження при ЧСС **130-150 ск/хв.** являються **оптимальними** для кардіореспіраторної системи в умовах аеробного дихання і дають хороший тренувальний оздоровчий ефект для серцево-судинної і дихальної систем в умовах аеробного енергозабезпечення. При цьому м'язовим навантаженням помірної потужності з ЧСС **130-140 ск/хв.** рекомендується відводити **85%** часу уроку, вправам великої потужності **140-150 ск/хв.** - **15%**.

Вправи великої інтенсивності включають в роботу одночасно велике число м'язових груп. Темп рухів середній і швидкий. Це швидка ходьба і біг, стрибки, вправи на гімнастичних снарядах, тренажерах або з обтяженнями, рухливі ігри. Вони викликають значне збільшення ЧСС, підвищення максимального артеріального і пульсового тиску, посилення обміну речовин. Відновний період перевищує 10 хв.

Діапазон ЧСС понад 150 уд/хв є оздоровчо-тренуючим для цієї групи школярів. Враховуючи, що більшість дітей в СМГ страждає гіпоксією і що інтенсивні фізичні навантаження їм неадекватні, рухові режими при ЧСС **вище 150 ск/хв.** вважаються не доцільними.

Інтенсивність навантажень при ЧСС в діапазоні **150—170 уд/хв** — перехідний рубіж від аеробного до анаеробного енергозабезпечення — використовуйте тільки у вигляді короткочасних вправ.

Таким чином область субмаксимальних та максимальних навантажень у заняттях зі школярами спеціальної медичної групи не використовують. Дозоване застосування вправ субмаксимальної потужності може бути дозволене у заняттях підготовчої медичної групи.

5. Дозування фізичного навантаження

Дозування фізичного навантаження в оздоровчих цілях здійснюється підбором фізичних вправ і рухливих ігор, тривалістю вправ, кількістю повторень, вибором початкових положень, вживанням обтяжили, опору, прийомів полегшення і допомоги, а також зміною темпу і ритму рухів.

В заняттях з ослабленими дітьми використовуються фізичні вправи, які викликають допустимі, відповідні функціональним можливостям організму реакції життєвозабезпечуючих систем. Ступінь навантаження в СМГ ретельно регламентується і контролюється. Субмаксимальні і максимальні фізичні навантаження в заняттях із учнями СМГ не застосовують. Дозується загальне і локальне фізичне навантаження.

Загальне фізичне навантаження — сума енергетичних витрат організму при виконанні м'язової роботи в усіх вправах і іграх протягом заняття.

Локальне фізичне навантаження — навантаження на певну м'язову групу.

Як правило, у фізичному вихованні ослаблених дітей використовується *тренуюче дозування* — поступове підвищення від заняття до заняття фізичних навантажень так, щоб викликати в кінці заняття легке стомлення.

У міру поліпшення функціонального стану змінюються реакції організму. Функціональні можливості організму, досягнувши певного рівня, перестають удосконалюватися. Для того, щоб фізична вправа викликала і надалі помірну фізіологічну реакцію, необхідно поступово збільшувати фізичне навантаження.

Збільшення навантаження здійснюється поперемінно – за рахунок об'єму або інтенсивності. (При цьому підвищення загального об'єму навантаження на 20% по енерговитратах еквівалентно збільшенню її інтенсивності на 2,5 %) (Матвеев, 1991). Відповідно до принципу диференціально-інтегрального оптимуму, об'єм і інтенсивність навантаження необхідно зберігати до тих пір, поки не відбудеться стабілізація ЧСС на рівні планованих енергетичних зон. Потім збільшується інтенсивність, і якийсь час необхідний для пристосування організму до нових умов рухової діяльності.

Залежно від загального стану організму, навантаження з **помірною** фізіологічною реакцією повинні займати від 15—20 хв до 30—40 хв.

На перших 15—20 заняттях не можна допускати проявів ознак втоми (підвищеного випоту, зміни кольору шкірних покривів). При перших ознаках утомленості навантаження припиняють, переводячи дітей на ходьбу. Є грубою помилкою, коли при прояві утомленості або через побоювання перевантаження, педагог зразу ж усаджує учнів, прагнучи забезпечити ним пасивний відпочинок. В подібній ситуації краще запропонувати їм виконати інші, полегшеного характеру фізичні вправи.

Критерієм правильності дозування навантаження в заняттях служить характер зміни ЧСС за один урок або за серію уроків. Після заняття ЧСС повинна відновитися до початкового рівня протягом 15—20 хв.

Ефективність занять залежить також від обліку вимог особистої і суспільної *гігієни*. Одна з умов ефективності занять оздоровчо-тренуючої спрямованості — використання системи *домашніх завдань*.

При визначенні фізичного навантаження повинні **суворо враховуватися** відхилення в стані здоров'я школярів, функціональний стан їх організму і фізичний розвиток, міра тренуваності, а також в якому семестрі навчального року проводиться заняття і в якій частині навчального заняття проводяться вправи. У процесі занять викладач повинен спостерігати за **зовнішніми ознаками втоми** у дітей.

Дозування фізичного навантаження на заняттях зі учнями СМГ має вирішальне значення, оскільки визначає лікувальний ефект від підібраних засобів, тому при складанні планів-конспектів занять цьому питанню повинна бути приділена велика увага.

Дозування фізичного навантаження при проведенні практичних занять *регулюється* таким чином:

- кількістю повторень і тривалістю вправ. Дає можливість не лише збільшити фізичне навантаження, але й індивідуально у відповідності до можливостей хворого, розподіляти зусилля. Оскільки одне навантаження може бути для однієї дитини роботою великої інтенсивності, а для іншої – малої;
- кількістю вправ;
- кількістю і величиною м'язів, що беруть участь у русі;
- темпом руху, (кількістю рухів в одиницю часу). Водночас необхідно брати до уваги більше фізіологічне навантаження при однократному виконанні вправ з залученням крупних м'язових груп у повільному темпі і меншу при тих самих вправах у швидкому темпі;
- складністю фізичних вправ;
- амплітудою руху, плавністю рухів (імпульси від пропріорецепторів збуджують центри головного мозку особи);
- вихідним положенням при виконанні вправ. Вихідне положення сприяє зменшенню чи збільшенню м'язової роботи при виконанні вправи в залежності від того, співпадає чи ні

траєкторія руху сегменту тіла з силою тяжіння. (Використовується велика кількість спеціальних і специфічних вправ, що вимагають положення сидячи, лежачи на спині, животі чи боці);

- мірою м'язового напруження (при цьому та ж фізична вправа може бути виконана з максимальним напруженням і без напруження). Зміни величини м'язової зусилля можна досягнути за рахунок довжини ричага: відведення зігнутої чи розігнутої у ліктьовому суглобі руки, піднімання випрямлених чи зігнутих у колінах ніг тощо. При виборі вправи і їх описі необхідно точно вказувати амплітуду і траєкторію руху в суглобі, передбачаючи відповідне навантаження, наприклад, відведення рук в сторону, назад, до кута 45°, рівня плеча тощо;
- включенням у заняття вправ на дихання і розслаблення;
- використанням уже знайомих чи нових вправ;
- виконанням вправ у водному середовищі;
- використанням предметів, що підсилюють напруження;
- емоційним чинником.

Емоційність заняття досягається включенням у нього ігрових елементів, рухливих і спортивних ігор, музичного супроводу, виконанням групових вправ, танцювальних кроків тощо. М'язова робота, виконувана на тлі емоційного фактора, є більш корисною, полегшує виконання рухів.

Часові характеристики, такі, як *тривалість* фізичної вправи, визначаються рівнем фізичної підготовленості дитини і задачами, які переслідують, виконуючи дану вправу. Виходячи з цього, *темп* може бути різним: повільний, середній і швидкий. Важливе планування і контроль послідовності вправ в часі, їх логічна (фізіологічна) узгодженість, своєчасність і синхронність. *Швидкість* як просторово-часова характеристика безпосередньо була пов'язана з динамічною характеристикою — *ритмом*. Правильно підібраний індивідуальний *ритм* сприятливо впливає на нервову систему і надає оздоровчий ефект на організм.

Вимоги до якісних характеристик: точності, економності, енергійності, координаційної узгодженості, раціональної силової напруги, плавності, еластичності рухів - зростають по ходу занять. Ускладнення вправ проводиться поступово у міру формування позитивних рухових навиків і зростання функціональних можливостей організму.

Для полегшення фізичного навантаження застосовуються відповідні *прийоми полегшення і допомоги*. Найбільш поширений з них – допомога самого вчителя. Ще один – за рахунок використання сили тяжіння у напрямку руху. Для зменшення сили тертя застосовують каретки, платформи тощо.

6. Особливості методики розвитку фізичних якостей

Загальні правила розвитку окремих рухових якостей при відхиленнях в стані здоров'я дітей і підлітків:

Проводити фізкультурно-оздоровчу роботу по розвитку певних рухових якостей можна тільки після досягнення (за допомогою системи попередніх занять фізичними вправами) достатнього рівня розвитку і функціонального стану провідних систем організму.

Обережно відноситися до засобів, які використовуються для розвитку відстаючої рухової якості, що важко піддається стимулюванню. З'ясувати причину відставання, не форсувати подолання відставання окремої рухової якості.

Практика показує, що на початку навчального року доцільно працювати над розвитком витривалості до виконання помірної роботи, а потім – інтенсивнішої, згодом силу, швидкість, швидкісно-силові якості. Така послідовність зберігається на подальших роках. Гнучкість і координаційні якості можна розвивати з перших занять.

При розвитку **витривалості** неприпустимо доводити учнів до значного стомлення. Доцільно міняти вправи, робити інтервали в процесі виконання вправ, оскільки причиною відставання може бути незадовільний функціональний стан нервової системи, висока стомлюваність під впливом монотонної роботи.

Поступово збільшувати інтенсивність і тривалість навантажень, якщо зниження витривалості обумовлено відхиленнями в стані органів дихання. Понижена унаслідок

захворювання функціональна здатність дихального апарату відновлюється поволі, і не можна допускати форсування тренувальних занять в уникнення можливих несприятливих реакцій з боку дихальної системи, що виявляються в зниженні ЖЕЛ і інших функціональних показників.

Особливістю занять з учнями спеціальних медичних груп є поступове підвищення навантаження за рахунок збільшення його *обсягу* а не інтенсивності. Тому для них є більш доцільним розвиток *загальної витривалості*, яка підвищує функціональні можливості вегетативних систем організму, а не спеціальної витривалості, яка направлена на вдосконалення механізмів локальної витривалості окремих м'язових груп. Обсяг і інтенсивність навантаження, інтервали відпочинку підбираються таким чином, щоби ЧСС у кожному завданні досягала би допустимого максимуму. Таким максимумом для учнів СМГ може бути ЧСС 120-130 - 150-160 ск./хв.

Розвиток витривалості циклічними вправами показано усім учням СМГ. Основним засобом розвитку загальної витривалості є циклічні вправи: ходьба з частотою кроків 110-120 в хв. (чоловіки) і 120-130 кроків за хв. у жінок; біг, плавання, ходьба на лижах тощо.

Біг є одним з найбільш доступних і ефективним засобом розвитку загальної витривалості. Спочатку використовується чергування рівномірного повільного бігу з ходьбою (тест Купера). Темп бігу – малої інтенсивності з Частотою кроків 150-160 за хв.. Обсяг бігового навантаження на занятті у перший тиждень для дівчат 200-400 м, для юнаків 400-800м. Дистанція бігу від 50 до 200 м- решта ходьба. Кількість повторень від 3 до 8-ми разів. Інтенсивність навантаження встановлюється індивідуально.

З ростом тренуваності обсяг бігового навантаження збільшується за рахунок зменшення інтервалів відпочинку і збільшення дистанції. Додається бігу перемінному темпі від 50 до 400м, спеціальні бігові вправи, кросовий біг від 500 до 2000м. Час безперервної роботи доводиться до 30-45 хвилин.

Сумарний обсяг бігового навантаження на кожному занятті може досягати таких величин: в I семестрі – 400-800м (для дівчат) і 600-1000м для юнаків. У наступних семестрах обсяг бігового навантаження збільшується на 500м і досягає у 8-му семестрі 2000-3000 (д) і 3000-4000 (ю).

Для розвитку витривалості рекомендується проводити піші походи по середньо пересіченій місцевості (на 2—3 км для дівчин і 5—6 км для юнаки). У походах повинні використовуватися стрибкові вправи, вправи на силу. Наприклад: швидкі спуски з гірки 15—20 м, подолання стрибком ям, канав, кидки каменів по цілі, перенесення товариша на 5—10м.

У літню пору для тренування витривалості рекомендується повільне плавання, веслування, катання на велосипеді. У зимовий час передбачаються прогулянки на лижах у лісі, по середньо пересіченій місцевості (юнаки не більш 5 км, дівчата 2—3 км), катання на ковзанах.

Вправи на витривалість виконуються без зайвої напруги, чергуються з відпочинком і вправами на розслаблення. Дихання повинне бути вільним, бажано дихати тільки носом.

Вважається, що оптимальним об'ємом спеціальних вправ на занятті, який забезпечує значний ріст *силових* і *швидкісно-силових* якостей протягом навчального року є обсяг, який складає **60% часу** основної частини заняття. Розвиток *швидкісних* якостей у школярів, які мають слабку фізичну підготовленість, відбувається найбільш ефективно, якщо у заняття цілеспрямовано включати спеціальні вправи в обсягу **40%** часу основної частини заняття.

Рекомендується *почергово змінювати* на кожному наступному занятті навантаження, які направлені на виховання швидкісних чи швидкісно-силових якостей і витривалості. Таке розподілення навантажень більш ефективно, ніж *послідовне* виховання цих якостей на одному занятті.

Розвиток **сили** здійснюється паралельно з розвитком інших фізичних якостей за допомогою комплексу засобів загальноорозвивального і силового спрямування. Особливу вагу приділяють силі м'язів спини, черевного пресу, верхнього плечового поясу, які сприяють утворенню м'язового корсету. Максимальна ЧСС при виконанні вправ на силу – 130-140 ск./хв. При гіпертонічній хворобі, прогресуючій міопії зі змінами на очному дні виключаються вправи зі значними обтяженнями, натужуваннями, стрибками, метаннями.

Не форсувати заняття фізичними вправами, якщо причиною відставання у витривалості служить незадовільний стан опорно-рухового апарату, надмірна маса тіла, вади центральної і периферичної нервової системи. В цьому випадку необхідна попередня підготовка кістково-м'язової системи і використання вправ помірно **силового** характеру, при яких перемикають роботу з однієї м'язової групи на іншу.

При розвитку сили не застосовувати вправи з граничним напруженням. Якщо порушення нервової регуляції перешкоджає розвитку сили обережно використовувати вправи, пов'язані з навантаженням на хребет (надмірні згинання і т.п.).

Спеціальні вправи для розвитку **сили**:

вправи з обтяженням — набивним м'ячем, вага м'яча для юнаків від 1,5 до 2 кг, для дівчат від 1 до 1,5 кг (застосовуються різноманітні кидки набивного м'яча з різних вихідних положень: сидячи, лежачи); стрибки на одній, двох ногах поперемінно з м'ячем і без м'яча в руках, стрибки з просуванням уперед; глибокі присідання з м'ячем (вищевказані вправи виконуються в приміщенні і на повітрі; кількість стрибків для юнаків і дівчат різна, встановлюється викладачем на заняттях); метання — м'яча, гранати, каменів, ядра (з місця, із кроку, розбігу, на дальність і в ціль);

ігри з бігом і метанням (юнаки і дівчата) — «салки» з вибиванням (гра проводиться з «осаливанием» граючих тенісним м'ячем), метання гумових дисків на дальність;

комбіновані вправи на гімнастичному ослоні, вправи з гімнастичним ослоном: групові присідання, піднімання й опускання ослона праворуч ліворуч не згинаючи ніг у колінах (для цієї вправи підбираються учні по росту) різного роду упори об ослін; стрибкові вправи з використанням гімнастичної лави, стрибки з підлоги на лаву, через лаву, з упором об лаву.

Розвиток **спритності** здійснюється протягом усього періоду навчання (здатність оцінювати і регулювати динамічні і просторово-часові параметри рухів; зберігати стійку рівновагу; відчувати і засвоювати ритм; доволіно розслабляти м'язи; узгоджувати рухи в руховій дії). Вправи на рівновагу тренують вестибулярний апарат, підвищують тонус нервової системи, сприяють розвитку координації рухів, орієнтації в просторі, ці вправи розвивають і вдосконалюють також м'язове відчуття, яке необхідне для формування постави. Використовуються вправи з елементами новизни і координаційної складності.

Для розвитку спритності використовуються ритмічна гімнастика, танцювальні вправи, рухливі і спортивні ігри.

Вправи на спритність призводять до швидкої втоми, тому їх кількість, інтервали відпочинку між ними встановлюються індивідуально. Для учнів з прогресуючою міопією виключаються вправи пов'язані з різкою зміною положень голови, стійки на голові тощо.

Учням з патологією кишково-шлункового тракту з підвищеною секрецією і моторикою слід обмежити участь в естафетах, спортивних іграх у зв'язку з підвищеною емоційністю цих занять.

Спеціальні вправи для розвитку **спритності**:

виконання елементів акробатики, як для юнаків, так і для дівчат (матеріал зазначений у програмі з фізичного виховання)

стрибки опорні (висота для юнаків 110 см, для дівчат - 1 м), різні наскоки в упор присівши, зіскоки прогнувши, з поворотом тіла на 180°, з ударами рук за спиною, над головою праворуч, ліворуч, стрибки зі згинанням правої, лівої ноги, з розведенням ніг у сторони; стрибки з пружинного містка, відпрацьовування техніки наскоку на місток і зіскоку з містка, виконання різних рухливих ігор (у залежності від підготовленості груп), наприклад «боротьба за м'яч», «м'яч капітану», «салки», «пятнашки»;

різні елементи спортивних ігор: у баскетбол, волейбол естафети з бігцем, стрибками, з передачею предметів, з лазанням по гімнастичній стіні і подлезанням під снаряди («козя» «козла»);

Розвиток **гнуцкості** слід починати з вправ на розслаблення, активних вправ на розтягування м'язів, використовуючи для цього різні пружні рухи, нахили, махові рухи. Потім поступово вводяться пасивні рухи, до яких відносяться вправи з використанням маси власного тіла, з самозахопами, з допомогою партнера.

Розвиток гнуцкості досягається за допомогою вправ, які можна поділити на три групи:

1. вправи, які забезпечують покращення рухомості у суглобах за рахунок збільшення

розтяжності м'язово-зв'язкового апарату;

2. вправи на розслаблення, які забезпечують збільшення амплітуди рухів у суглобах за рахунок здатності м'язів до максимального **розслаблення**;

3. **силові вправи** (за допомогою партнера і спеціальних пристосувань).

При розвитку **пружкості** на початкових етапах застосовуються швидкісні вправи, які розвивають швидкість рухової реакції, швидкість окремих рухів, здатність збільшувати у короткий час темп рухів (вправи зі зміною темпу і характеру рухів за сигналом, дріботливий біг, елементи рухливих і спортивних ігор). На подальших етапах застосовуються швидкісні вправи, які спрямовані на розвиток швидкості цілісного руху. Для учнів із захворюваннями серцево-судинної системи і органів травлення, зору не рекомендується пробігання дуже коротких відрізків, оскільки при цьому виникає різка зміна діяльності, що їм протипоказано.

Розвивати швидкість, використовуючи різноманітні вправи, пов'язані з швидким реагуванням по сигналу і виконуючи рухи у високому темпі. При цьому враховувати наявність відхилень в стані опорно-рухового апарату і серцево-судинної системи. Не проводити заняття, направлені на розвиток швидкості в холодних приміщеннях і на морозі без попереднього розігрівання м'язів. Добре зарекомендував себе інтервальний метод з достатньо тривалими інтервалами відпочинку між повтореннями вправ.

Для розвитку **швидкості** застосовують:

різні види бігових вправ - естафети на різні дистанції (юнаки 4x25 м, 4x30 м, 2-3 рази; дівчата 4x15 м, 4x20 м, 1—2 рази);

прискорення з низького старту (юнаки на дистанцію 20—30 м, 2—3 рази; дівчата — 15—20 м, 1—2 рази);

біг звичайний, перехідний у рівномірне прискорення (юнаки на дистанцію 40—45 м, дівчата—20—25 м, 2—3 рази для юнаків і дівчат), після прискорення продовжується біг по інерції 10-15 м;

біг в ігрових ситуаціях, наприклад, під час гри в баскетбол навчити швидкого пересування і раптових зупинок, пробіжкам уперед, назад, вправо, уліво;

гру в баскетбол за спрощеними правилами і зі скороченим часом (юнаки 15—20 хв, дівчата 8—10 хв, включаючи відпочинок, 2 рази);

елементи гри у футбол на малій площадці (для юнаків);

ведення м'яча, швидка передача м'яча партнеру, раптові зупинки при бігу з м'ячем; гра в бадмінтон (дівчата): розвиток реакції, короткі пробіжки вперед, назад, убік;

у зимовий час — біг на ковзанах на коротку дистанцію (юнаки 25—30 м, дівчата 15—20 м), пересування на лижах під ухил.

Усі перераховані вище вправи крім швидкості тренують швидкісну витривалість і загальну витривалість організму. Паралельно тренується дихання, підвищується адаптація організму до фізичних навантажень серцево-судинної системи. Створюються сприятливі умови для розвитку кістякової мускулатури, поліпшуються обмінні процеси. Пристосування організму до фізичних навантажень відбувається поступово.

ТАКИМ ЧИНОМ урок фізичної культури у дітей спеціальної медичної групи характеризується такими особливостями:

1. Обов'язкове включення в кожен урок вправ для формування правильної постави, на розслаблення і спеціальних дихальних вправ.
2. Урок складається з 4-х частин.
3. Шиккування дітей відбувається не за зростом.
4. Допустимим є застосування пасивного відпочинку.
5. Дозволяється виконання загальнорозвивальних вправ у довільному, зручному для дитини темпі.
6. Розучування (удосконалення, закріплення) лише однієї вправи в основній частині уроку.
7. Повторення основної вправи на більше 5ти разів.
8. Обов'язкове проведення гри.
9. Вимірювання ЧСС і ЧД, з записом у щоденнику самоконтролю.

ЛЕКЦІЯ № 6

ТЕМА: ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДИКИ ПОЗАУРОЧНИХ ЗАНЯТЬ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ УЧНІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ГРУПИ

Навчальні та виховні цілі:

освітня (інформаційна) — домогтися обізнаності слухачів, курсантів, студентів у теоретичних питаннях, що передбачаються програмою навчальної дисципліни, слугувати подальшому міцному засвоєнню знань, формуванню практичних умінь і навичок з конкретного навчального матеріалу;

розвиваюча — розвивати інтелектуальні здібності, мовлення, пам'ять, увагу, уяву, мислення, спостережливість, активність, творчість, самостійність слухачів, курсантів, студентів, прищеплювати їм раціональні способи пізнавальної діяльності та ін.;

виховна — сприяти формуванню наукового світогляду, моральних, естетичних та інших якостей особистості, вихованню колективу.

Навчальні питання і розподіл часу

Вступ	3 хв.
1. Додаткові уроки фізичної культури	10 хв.
2. Фізкультурні заходи в режимі дня школи	15 хв.
– гімнастика до уроків	
– фізкультхвилинки і фк-паузи на уроках	
– рухливі ігри на перерві	
3. Організаційно-методичні особливості самостійних (індивідуальних) занять	15 хв.
– ранкова (гігієнічна) гімнастика	
– виконання домашнього завдання з фізичної культури	
Заключення та відповіді на запитання	2 хв.

Навчально-матеріальне забезпечення – мультимедійний проектор, презентація

Навчальна література:

1. Боднар І. Інтегративне фізичне виховання школярів різних медичних груп: монографія / Іванна Боднар. – Л.: ЛДУФК, 2014. – 316 с. ISBN 978-966-2328-74-5
2. Арєф'єв В.Г., Єдинак А.Г. Фізична культура в школі (молодому спеціалісту): Навчальний посібник для студентів навчальних закладів II – IV рівнів акредитації. – 2-е вид. перероб. і доп. – Кам'янець-Подільський: Абетка – НОВА, 2001. – 384 с.
3. Боднар І. Теорія, методика і організація фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи Навч.-методичний посіб. – Львів, Українські технології. – 2005. – 48 с.
4. Дубогай О. Д. Методика фізичного виховання студентів спеціальної медичної групи : навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. / О. Д. Дубогай, А. В. Цьось. – Луцьк : Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2012. – 276 с.
5. Настольная книга учителя физической культуры / авт.-сост. Г.И. Погадаев. – 2-е изд., перераб и доп. – М.: Физкультура и спорт, 2000. – 496 с.
6. Наукові статті.
7. Полатайко Ю.О. Фізичне виховання школярів у спеціальних медичних групах. – Івано-Франківськ: Плай, 2004. – 161 с.
8. Тарасенко М.Н., Керзнер З.М., Степанов А.О. Физическое воспитание учащихся техникумов в специальных медицинских группах. Учеб.- методическое пособие. – М.: Высш. шк., 1978. – 176 с.
9. Теория и методика физического воспитания. Учебник для ин-тов ФК / Под ред. Т.Ю. Круцевич (в 2-х т.). К.: Олимпийская литература, 2003. – 422 с.
10. Язловецький В.С. Фізичне виховання учнів з відхиленнями в стані здоров'я. Навчальний посібник. Кіровоград: РВВ КДПУ імені В.Винниченка, 2004. – 352 с.

ВСТУП

Ряд авторів, в результаті проведених досліджень встановили, що 2-разові заняття з фізичного виховання не викликають позитивних змін в фізичному розвитку дітей, в яких

протягом більшої частини навчального року спостерігаються явища гіпокінезії. Тому організація фізичного виховання дітей спеціальної медичної групи повинна бути спрямована на розумне **збільшення рухової активності**.

Система взаємопов'язаних форм фізичного виховання складається з уроків фізичної культури, додаткових уроків (гурток фізкультури або секція загальної фізичної підготовки), фізкультурно-оздоровчої роботи в режимі дня (ранкова гімнастика, фізкультурні хвилини тощо) і масових формах позакласної роботи (прогулянки, години ігор і спортивних розваг).

Для більш повного вирішення оздоровчих задач, міцного закріплення знань, вмінь та навичок потрібно передбачити збільшення числа спеціально організованих занять фізичними вправами (окрім уроків фізичної культури ще одне-два додаткових заняття в тиждень) і всіляке залучення учнів у позакласні фізкультурно-оздоровчі і масові фізкультурні заходи.

З перших уроків необхідно прагнути привчити учнів до систематичного виконання фізичних вправ удома. Важливо переконати учнів у користі додаткових занять. З цією метою на уроках проводяться бесіди, даються завдання додому. Роз'яснювальні бесіди, консультації про організацію самостійних занять проводяться також з батьками на спеціальних семінарах, зборах тощо. Для наочності використовують результати медоглядів, антропометричних вимірів, оцінки фізичної підготовленості.

В роботі з учнями СМГ використовуються різні форми фізичного виховання. Кожна з них забезпечує властивий тільки їй результат. Найбільший ефект досягається лише при **комплексному** використанні різних організаційних форм занять фізичними вправами, наголошують фахівці.

Фізичне виховання учнів СМГ здійснюється в усіх без винятку формах, притаманних навчальним закладам. Проте використання кожної з них має свої особливості в учнів СМГ.

1. Додаткові уроки фізичної культури

Під час додаткових уроків з дітьми спеціальної медичної групи в більшій мірі можна враховувати особливості кожної дитини. На цих заняттях вчитель дає учням індивідуальні завдання для самостійних занять, включає індивідуальні вправи в загальний комплекс ранкової гімнастики, консультує школярів з питань самоконтролю. Вчитель і лікар стежать за поліпшенням здоров'я, за зсувами в фізичному розвитку і фізичній підготовленості. Контроль здійснюється під час лікарських обстежень і контрольних випробувань фізичної підготовленості, що проводяться три рази в рік (початку, в середині і в кінці навчального року).

Найбільш зручно групувати дітей по роках навчання. При невеликому числі школярів спеціальної медичної групи можливе інше групування, наприклад, групи I-III, IV-VI і VII-VIII класів. Наповнюваність кожної групи не повинна перевищувати 10-15 чоловік. В основній частині заняття діти кожної групи можуть бути розподілені по відділеннях по роках навчання. Наприклад, в одне відділення старшої групи будуть входити учні VII, в інше - VIII класу.

Додаткові заняття проводяться в школі у позаурочний час один раз (по 60 хвилин) або два рази в тиждень (по 45 хвилин кожне). У дворазових заняттях особливо мають потребу школярі з низьким рівнем фізичного розвитку, з непропорційно великою вагою (ожиріння), з сплющеною стопою, порушеною поставою, оскільки зсуви в поліпшенні показників фізичного розвитку цих дітей протікають більш повільно.

На додаткових заняттях більш глибоко вивчається навчальний матеріал шкільної програми з фізичної культури. Головний упор робиться на навчання і вдосконалення основних видів рухів: ходьби, бігу, стрибків, метання, лазіння, рівноваги. Значне місце в заняттях відводиться загальнорозвивальним, спеціальним і підвідним вправам, жвавим іграм з бігом, стрибками, лазінням, метанням. У зимовий час основним змістом повинні бути лижні прогулянки, катання на санках, ковзанах. У теплий час року, а також зимою при відповідних умовах, доцільно провести заняття з плавання.

При організації додаткових занять необхідно здійснювати зв'язок з уроками фізичної культури. Тому планувати матеріал для додаткових занять треба з урахуванням матеріалу уроків. Якщо заняття проводяться один раз в тиждень, матеріал перших двох уроків по фізичній культурі повинен стати змістом першого додаткового заняття. Матеріал наступних двох уроків стає змістом другого.

Масові фізкультурно-оздоровчі заходи. Масові оздоровчі, фізкультурні і спортивні заходи проводяться у вільний від навчальних занять час, у вихідні дні, в зимові і літні канікули, в оздоровчо-спортивних таборах, під час навчальних практик. В позаурочний час можуть проводитися: мама, тато, я – спортивна сім'я, футбольна вікторина, туристичні походи тощо. Учням СМГ рекомендується активно брати участь в **масових спортивних заходах** в якості організаторів, спортивних суддів, представників спортивних команд і т.п.. Учні СМГ можуть брати безпосередню участь в змаганнях з тих видів, які їм не протипоказані у зв'язку з захворюванням.

2. Фізкультурні заходи в режимі дня школи

Для учнів СМГ фізичні вправи в режимі навчального дня мають особливо важливе значення, оскільки допомагають забезпечити високу працездатність тим юнакам і дівчатам, які внаслідок перенесеного захворювання вирізняються зниженими функціональними можливостями.

2.1. Гімнастика до уроків

Гімнастика в режимі шкільного дня доповнює зарядку, проведену вдома. Її мета – сприяти організованому початку навчального дня, підвищення працездатності. Проведення гімнастики на повітрі сприяє загартуванню організму і підвищенню резистентності до застуди. Не рекомендується проведення гімнастики в класних кімнатах. Тривалість її не повинна перевищувати 6-7 хв. (в молодших класах – не більше 5-6 хв.)

Добиваючись якісного проведення гімнастики до початку навчальних занять, вчителям фізичної культури варто включати в комплекс прості вправи, які не вимагають складної координації, не дають силового навантаження, не включають упори присівши, віджимання тощо. Комплекси варто міняти не рідше одного разу на місяць (кожні 2 тижні). Кожен комплекс складається з 5-6 вправ. Кількість повторень – на розгляд вчителя. Гімнастику краще проводити під музику. Для проведення гімнастики можна об'єднувати учнів 1-3, 4-6, 7-8, 9-11 класів.

2.2. Фізкультхвилинки і фк-паузи на уроках

Як показали дослідження, і практика, фк-хв на загальноосвітніх уроках позитивно впливають на відновлення розумових здатностей, перешкоджають наростанню втоми, підвищують емоційний настрій учнів, знімають статичні навантаження. Для учнів СМГ фізичні вправи в режимі навчального дня мають особливо важливе значення, оскільки допомагають забезпечити високу працездатність тим юнакам і дівчатам, які внаслідок перенесеного захворювання вирізняються зниженими функціональними можливостями.

Фізкульт-хвилинки проводяться в 1-3-х класах в середині кожного уроку, в решті класів - 2-го і 4-го уроків.

Вправи виконуються сидячи і стоячи. Амплітуда повинна бути невеликою, що б учень не заважав своїм товаришам справа і зліва. По команді педагога черговий по класу відкриває кватирки. Учні припиняють заняття і починають виконувати вправи.

Комплекси фк-хв не повинні перевищувати 1-2 хв., фк-паузи – 6-8 хв. Найдоцільніше їх проводити тоді, коли в учнів з'являються перші ознаки втоми: знижується активність, порушується увага тощо. Кожен комплекс фк-хв складається з 3-5ти вправ, що повторюються 4-6 разів (фк-паузи – 7-9 вправ, 5-8 разів). Вправи включаються прості і доступні.

В ідеальному випадку добре підібраний комплекс вправ, як ключ замку, повинен відповідати рухам навчального процесу: незадіяні м'яз необхідно включити в діяльність, а ті, що працювали – забезпечити спокоєм, краще, якщо будуть задіяні їх антагоністи.

Вони повинні охоплювати великі групи м'язів – в основному ті, які безпосередньо беруть участь в підтриманні статичної пози під час уроку. Бажано застосовувати вправи в потягуванні, прогинанні тулуба, нахили і напівнахили, напівприсяди з різними рухами рук.

Якщо втома досягла великої глибини, не варто застосовувати активний відпочинок. Якщо діти перевтомилися на уроках, можна проводити **хвилини “тиші”**. Необхідність їх проведення визначає вчитель.

2.3. Рухливі ігри на перерві

Правильно організовані рухливі ігри позитивно відображаються на стані і самопочутті учнів СМГ: вони продуктивніше займаються, краще сприймають матеріал, уважно слухають учителя, спокійніше ведуть себе в класі. Ігри проводяться на великій перерві, бажано на відкритому повітрі під керівництвом учителя. Для ігор молодших і старших школярів варто відводити окремі місця. Добре проводити одночасно кілька ігор, що дає можливість вибору. Гра, що проводиться на перерві повинна відповідати таким правилам: допускати можливість зміни складу учасників; бути добре знайомою учням; мати прості правила; відповідати фізичній підготовленості учнів; бути цікавою. Необхідно спонукати учнів до самостійних ігор.

3. Організаційно-методичні особливості самостійних (індивідуальних) занять

Крім планових навчальних занять велике значення мають **самостійні заняття** учнів. Користь від самостійних занять для учнів СМГ відома. Самостійні заняття сприяють кращому засвоєнню учнями СМГ навчального матеріалу, підвищенню фізичної підготовленості і працездатності вони сприяють підвищенню в коротший термін працездатності організму, отриманню тренуваності і засвоєнню рухових навичок. В осіб що займаються самостійно, з'являється активність і здатність правильно розвивати свої рухові можливості.

Самостійні заняття слугують необхідною складовою частиною процесу фізичного виховання і оздоровлення учнів СМГ. Знижений загальний рівень фізичних навантажень на занятті з фізичного виховання, викликаний необхідністю забезпечити відновлення реакцій кровообігу і дихання. Включення більшої кількості дихальних вправ і пауз, що заповнюються вільним диханням, зменшують і обсяг і інтенсивність м'язової діяльності учнів СМГ. разом з тим, кількість пропусків занять у цього контингенту учнів більша через підвищену захворюваність ослаблених дітей. Тому самостійні заняття набувають важливого значення у фізичного виховання учнів СМГ.

Самостійні заняття можуть носити індивідуальний чи груповий характер. Самостійні заняття фізичними вправами, спортом, туризмом **у вільний від навчальних занять час**, у вихідні дні, в зимові і літні канікули здійснюються при методичному керівництві вчителів ФК. В період канікул заняття з фізичного виховання не рекомендується переривати. Вчитель зобов'язаний розробити індивідуальний план занять для кожного учня.

До самостійних занять можна віднести ще й такі організаційні форми, як ранкова гімнастика і виконання домашнього завдання з фізичної культури.

3.1. Ранкова зарядка (гімнастика)

Щодення ранкова гімнастика виховує звичку до регулярних занять фізичними вправами. Ранкова гімнастика виконується в домашніх умовах при відкритій квартирі або на свіжому повітрі. Комплекси вправ розучуються на уроках фізичної культури під керівництвом вчителя. Комплекси вправ потрібно регулярно змінювати. Приблизна тривалість одного комплексу – 12-15 днів. Дозування повинно бути таким, щоб учні відчували бадьорість, а не втоми.

Приблизна тривалість занять: для учнів 1-4 класів – 8-10 хв., 5-8 класів – 10-15 хв., 9-11 – 15-20 хв. Вправи ранкової гімнастики виконують в певній послідовності. Спочатку потягування, яке покращує дихання і кровопостачання. Потім вправи для м'язів рук і плечового поясу, тулуба і ніг. Далі виконується біг і стрибки, які позитивно впливають на обмінні процеси в організмі. Закінчується гімнастика вправами, які нормалізують діяльність органів дихання і кровообігу. Після зарядки необхідно прийняти душ.

Проведення ранкової гімнастики на відкритому повітрі в зимову пору рекомендується при температурі на нижче: мінус 6 – для учнів 1-2 класів, мінус 10 – 3-4 класів і до мінус 15 – 11 класів.

3.2. Виконання домашнього завдання з фізичної культури

Домашні завдання спрямовані на:

- вивчення комплексів РГГ, фк-паузи і фк-хвилинки. Учні СМГ в процесі виконання домашніх завдань з фізичної культури під час самостійних (індивідуальних) занять розучують комплекси вправ. В типовий комплекс вчитель може вносити в окремих випадках необхідні зміни. В залежності від індивідуальних особливостей юнака чи дівчини вчитель може виключити окремі вправи, змінити кількість повторів окремих вправ;

- самостійна робота по формуванню передбачених програмою рухових навичок і вмінь, які включаються в уроки, але не можуть бути належним чином виконані на цих заняттях, оскільки вимагають більше часу, або вищого рівня фізичної підготовленості;
- корекція окремих (незначних) порушень постави і тілобудови. У важких випадках варто звернутися до фахівців;
- покращення слабих сторін фізичної підготовленості учнів;
- удосконалення навичок довільного управління диханням;
- засвоєння окремих навичок самоконтролю за реакціями організму на фізичні навантаження.

Самостійним заняттям повинна передувати велика робота. З учнями потрібно обговорити режим дня, включити в цей режим виконання домашніх завдань з фізичного виховання.

Кожний повинен знати свої спортивно-технічні показники. Після виконання практичних нормативів на початку навчального року, учень записує в свій щоденник самоконтролю результати, що характеризують силу, спритність, швидкість і витривалість. Викладач допомагає учню оцінити свої показники, разом з ним складає індивідуальну програму занять, регулярно перевіряє домашні завдання.

До самостійних занять можна приступити через 2-4 тижні після початку навчання. Учні необхідно познайомитися з популярною медичною літературою, яка стосується питань їх захворювання. Самостійні заняття рекомендується починати після того, як учень з допомогою вчителя визнає свої сильні і слабкі сторони, навчиться самостійно дозувати навантаження, підбирати вправи. Перш ніж приступити до виконання домашніх завдань самостійно, учень за допомогою вчителя повинен навчитися правильно вести щоденник самоконтролю; знати основні положення профілактики травматизму; вміти користуватися необхідною літературою, знати вимоги щодо гігієни тіла, одягу, взуття, місць занять; вміти правильно записувати отримане завдання і виконати вправу; вміти дозувати фізичне навантаження при виконанні фізичних вправ.

Вчитель може задати домашнє завдання у вигляді комплексу вправ для класу в цілому і для кожного учня зокрема. Для усього класу одночасно, домашні завдання можуть полягати, наприклад, у складанні комплексу ранкової гімнастики.

Домашнє завдання для цілого класу складається з вправ, які сприяють видаленню найслабших сторін в фізичному розвитку учнів. Кожному видається картка, в якій записуються основна задача на чверть, (півріччя) і фізичні вправи. В основному це вправи загальнорозвивального характеру для розвитку і зміцнення усіх м'язових груп, а також спеціальні вправи для розвитку рухливості грудної клітки, хребта, гнучкості, спритності, сили, витривалості, освоєння правильного дихання тощо.

Слід практикувати й індивідуальні завдання, особливо вправи коригувальної гімнастики для виправлення порушень постави. Домашні завдання кожному учню призначаються викладачем індивідуально з урахуванням стану здоров'я, фізичної підготовленості, фізичного розвитку і особливостей відхилення в стані здоров'я. У період канікул в домашні завдання потрібно включати катання на ковзанах, прогулянки, ходьбу на лижах тощо.

Починати слід з легших вправ, поступово ускладнюючи їх за навантаженням і за координацією рухів. Але при цьому слід пам'ятати, що координаційно складні вправи, які учень не зможе виконати в домашніх умовах, можуть відбити у нього бажання займатися самостійно.

Домашнє завдання необхідно визначати на підставі пройденого ним навчального матеріалу, або для того матеріалу, який буде вивчатися.

Вправи повинні бути доступними для виконання їх в домашніх умовах і виключати можливість отримати травму..

Кожне домашнє завдання обумовлюється методичними вказівками з боку викладача

Домашнє завдання потрібно давати 1 раз в 2 тижні з подальшою перевіркою і оцінкою його виконання. Оцінка, отримана за виконання домашнього завдання виставляється в журнал і впливає на загальну оцінку з фізичної культури. Перевірка домашніх завдань частіш за все проводиться при проходженні відповідного матеріалу, а також в залежності від поставлених задач уроку.

В школярів з найслабшою фізичною підготовленістю перевірку домашнього завдання слід проводити індивідуально. При цьому необхідно звертати увагу на незначні успіхи.

ТАКИМ ЧИНОМ, Усі фахівці вважають, що для дітей спеціальної медичної групи необхідним є проведення додаткових занять фізичними вправами (окрім уроків фізичної культури). Назви, зміст і організація таких додаткових занять у різних фахівців є різними (факультативні заняття, додаткові уроки фізичної культури, групи "здоров'я", години "здоров'я" тощо.

Особливістю організації фізкультурної роботи в режимі навчального дня з дітьми спеціальної медичної групи є проведення на загальноосвітніх уроках т.зв.хвилин "тиші".

ЛЕКЦІЯ № 7-8

ТЕМА: ПЛАНУВАННЯ, ОБЛІК І КОНТРОЛЬ У ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННІ УЧНІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ГРУПИ

Навчальні та виховні цілі:

освітня (інформаційна) — домогтися обізнаності слухачів, курсантів, студентів у теоретичних питаннях, що передбачаються програмою навчальної дисципліни, слугувати подальшому міцному засвоєнню знань, формуванню практичних умінь і навичок з конкретного навчального матеріалу;

розвиваюча — розвивати інтелектуальні здібності, мовлення, пам'ять, увагу, уяву, мислення, спостережливість, активність, творчість, самостійність слухачів, курсантів, студентів, прищеплювати їм раціональні способи пізнавальної діяльності та ін.;

виховна — сприяти формуванню наукового світогляду, моральних, естетичних та інших якостей особистості, вихованню колективу.

Навчальні питання і розподіл часу

Вступ	5 хв.
1. Програма з фізичної культури для учнів СМГ	20 хв.
2. Періоди фізичного виховання учнів СМГ	20 хв.
3. Контрольні заходи	20 хв.
4. Медико-педагогічні спостереження	10 хв.
5. Самоконтроль	10 хв.
Заключення та відповіді на запитання	5 хв.

Навчально-матеріальне забезпечення – мультимедійний проектор, презентація

Навчальна література:

1. Боднар І. Інтегративне фізичне виховання школярів різних медичних груп: монографія / Іванна Боднар. – Л.: ЛДУФК, 2014. – 316 с. ISBN 978-966-2328-74-5
2. Боднар І. Теорія, методика і організація фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи Навч.-методичний посіб. – Львів, Українські технології. – 2005. – 48 с.
3. Дубогай О.В., Завацький В.В., Короп В.П. Фізичне виховання студентів, віднесених за станом здоров'я до спеціальної медичної групи. Луцьк, Надстир'я, 1996. – 222 с.
4. Програма з фізичної культури для спеціальної медичної групи, 2008.
5. Полатайко Ю.О. Фізичне виховання школярів у спеціальних медичних групах. – Івано-Франківськ: Плай, 2004. – 161 с.
6. Тарасенко М.Н., Керзнер З.М., Степанов А.О. Физическое воспитание учащихся техникумов в специальных медицинских группах. Учеб.- методическое пособие. – М.: Высш. шк. , 1978. – 176 с.
7. Теория и методика физического воспитания. Учебник для ин-тов ФК / Под ред. Т.Ю.Круцевич (в 2-х т.). К.: Олимпийская литература, 2003. – 422 с.
8. Язловецький В.С. Фізичне виховання учнів з відхиленнями в стані здоров'я. Навчальний посібник. Кіровоград: РВВ КДПУ імені В.Винниченка, 2004. – 352 с.
9. Семенова Н. Контроль і самоконтроль на заняттях фізичним вихованням у закладах вищої освіти та в процесі самостійних занять студентів. / Перспективи розвитку фізичної культури і спорту в Україні: Матеріали XII Всеукраїнської науково-практичної конференції. - Львів: Поліграфіст, 2018, - 55-64 с.
- 10.

ВСТУП

1. Програма з фізичної культури для учнів спеціальної медичної групи

Зміст уроків з фізичної культури в ЗОШ визначається на підставі “Програми з фізичної культури для *спеціальної медичної групи* 1–4 класів загальноосвітніх навчальних закладів” (Укл. В.І.Майер) і “...5–9 класів загальноосвітніх навчальних закладів” (Укл. В.І.Майер). Їх рекомендовано Міністерством освіти і науки України (лист №1/11-5812 від 05.10.2005) у 2007 році. Програми створені на основі існуючої програми для основної медичної групи, але з певними змінами і доповненнями. У **пояснювальній записці** зокрема говориться, що заняття фізичними вправами повинні стати фактором загального оздоровлення організму учнів і передумовою переведення їх до підготовчої або основної групи. У **вступі** йдеться про

важливість здоров'я, перераховані цілі роботи з учнями СМГ. Перераховано *основні завдання*, які повинні реалізовуватися в роботі СМГ, особливості *організації* навчально-виховного процесу, особливості проведення *уроку* СМГ (зокрема – орієнтовно-структурна організація занять учнів СМГ; форми ФВ для учнів СМГ і обов'язки адміністрації навчального закладу); критерії оцінювання учнів СМГ і умовна сітка розподілу навчальних годин за темами для учнів 1-4 (5-9) класів.

УМОВНА СІТКА РОЗПОДІЛУ НАВЧАЛЬНИХ ГОДИН ЗА ТЕМАМИ ПРОГРАМОВОГО МАТЕРІАЛУ

№	Тема	Клас				
		5	6	7	8	9
1	Теоретичний матеріал	На всіх уроках				
2	Гімнастика	14	14	12	12	12
3	Спортивні ігри (баскетбол, волейбол, гандбол, футбол обмежено)	28	28	26	26	26
4	Легка атлетика	10	10	12	12	12
5	Плавання	8	8	10	10	10
6	Лижна або ковзанярська підготовка	6	6	6	6	6
7	Туризм	4	4	4	4	4
8	Практичне виконання методик корегування захворювання: - комплекс вправ профілактичної та оздоровчої спрямованості; - дихальні вправи; - вправи для зняття психологічних і фізичних навантажень.	на кожному занятті до 12 – 15 хвилин на кожному занятті до 10 хвилин на кожному занятті до 5 хвилин				
	Разом	70	70	70	70	70

Примітка:

1. Плавання, при дотриманні температурного режиму та лікарняних показань, проводиться за рахунок годин іншого навчального матеріалу. За відсутності умов години віддаються на інші теми.

2. Сітка розподілу навчальних годин може змінюватися відповідно до умов матеріально-технічного забезпечення, лікарських показань, фахової підготовки учителя (керівника) спеціальної медичної групи при дотриманні сприятливих реабілітаційних умов для учнів.

3. З метою виявлення відхилень у стані здоров'я дітей та надання індивідуальних рекомендацій з оздоровлення для лікарів, батьків та вчителів фізичної культури передбачена комп'ютерна інформаційна діагностично-оздоровча програма «Школяр». Вона дає змогу вести корекцію рухових навантажень для учнів від 6 до 17 років.

4. Вчитель фізичної культури (керівник групи) працює з персональним складом спеціальної медичної групи, який визначається виключно на підставі заключень про стан здоров'я та допустимих навантажень для конкретної дитини, що мають бути виконаними медичними фахівцями. Лікарі при наданні вищезгаданих заключень користуються відповідними нормативними документами МОЗ України.

До змісту програми включені: *теоретичні* знання з фізичної культури. Зокрема для 1 класу передбачено знання правил техніки безпеки під час занять у спортивному залі, на майданчику, під час занять на лижах та плавання; значення занять у СМГ для поліпшення стану здоров'я; загальні відомості про шкідливі звички та їх згубний вплив на організм людини; режим дня учнів як складова підтримки високого рівня здоров'я і навчання.

Основні розділи: гімнастика, елементи спортивних ігор, легка атлетика, лижна і ковзанярська підготовки, рухливі і спортивні ігри, плавання. Кожен з розділів містить перелік

вимог до учнів. Для кожного класу сформульовані **орієнтовні домашні завдання** з індивідуальним дозуванням. Наприклад для учнів 1 класу рекомендується: виконувати стройові вправи, дихальні вправи, для правильної постави, профілактики плоскостопості, виконувати к-си ранкової гімнастики, стрибки на місці з м'яким приземленням, метання малого м'яча з місця, вправи на вузькій смузі по підлозі (в рівновазі), катання на лижах з батьками.

У **додатках** подаються: обмеження та протипоказання до фізичних вправ, загальні рекомендації по ФВ учнів, комплекси вправ для профілактики і корекції плоскостопості, визначення кров'яного тиску, частоти дихання і пульсу, примірні терміни відновлення заняття після деяких гострих захворювань, показник для визначення медичної групи при деяких відхиленнях у стані здоров'я учнів (за Мотилянською Р.С.), комплекси спеціальних вправ для учнів з різними захворюваннями, тест для виявлення порушень постави, дихальні вправи.

Відмінності програми для учнів СМГ

У порівнянні з програмою для основних медичних груп, обмежені вправи на швидкість, силу, витривалість, зменшені дистанції ходьби і бігу, знижені вимоги до учнів.

Як обов'язковий введений розділ дихальних вправ, які необхідно включати в кожен урок.

Більш широко представлені засоби виховання правильної постави (вправи для зміцнення м'язів спини і черевного пресу).

Введений розділ на розслаблення м'язів.

З розділу Гімнастика виключені лазіння по канату, акробатичні вправи, силові вправи з натужуванням і затримкою дихання.

В програму включені стрибки без значних одномоментних напружень, які не викликають негативних реакцій при правильній організації уроку і невеликому дозуванні. Після 2-3 стрибків необхідно перейти на ходьбу, виконати вправи на дихання і на розслаблення.

Теоретичний і методичний розділ програми для учнів СМГ дещо розширюється. Поглиблюються знання учнів з тем щодо особливостей фізичного виховання при певних (конкретних) захворюваннях і самоконтролю у фізичному вихованні. Рекомендується поглибити знання СМГ про нетрадиційні системи оздоровлення. Викладання теоретичного розділу програми проводяться вчителем в формі бесіди. Для цього рекомендується в процесі уроків фізичної культури відводити до 30 хвилин.

Згідно програми з фізичної культури для учнів загальноосвітніх навчальних закладів, учні СМГ повинні відвідувати обов'язкові уроки, але виконувати загальнорозвивальні і коригувальні вправи з різним фізичним навантаженням та ті, які їм не протипоказані. Крім цього для учнів СМГ організують додаткові заняття за спеціальною програмою, які проводить відповідно підготований учитель.

Учні **підготовчої** групи займаються фізичною культурою з учнями основної групи за загальною програмою. Головна, але не єдина!, відмінність – у дозуванні фізичних навантажень. У вступній частині уроку вчитель дає меншу кількість повторень вправи і пропонує триваліші паузи для відпочинку. Особливо це необхідно у разі виконання вправ, що потребують прояву швидкості, сили і витривалості. В основній частині вчитель використовує більшу кількість підвідних і підготовчих вправ. Кількість повторень залежить від засвоєння матеріалу і реакції учнів на фізичне навантаження. В заключній частині уроку основна і підготовча групи об'єднуються разом виконують заплановані завдання.

Навчальна документація з планування та обліку в роботі спеціальної медичної групи:

1. Календарний план на семестр.
2. План- конспект уроку.
3. Журнал (з обов'язковою вказівкою діагнозу захворювання) обліку відвідувань та оцінювання навчальних досягнень учнів.

2. Періоди фізичного виховання учнів СМГ

Заняття з фізичного виховання з дітьми спеціальної медичної групи окремі фахівці умовно поділяють на два періоди: підготовчий і основний, інші – на три, виокремлюючи при цьому ще і заключний період.

Підготовчий період, зазвичай, займає всю першу чверть. Його задачі: поступово підготувати серцево-судинну і дихальну системи і увесь організм до виконання фізичного навантаження, виховати потребу в регулярних заняттях фізичними вправами, навчити швидко знаходити і правильно підраховувати пульс, навчити елементарним правилам самоконтролю (судити про стан здоров'я за самопочуттям, характером сну, наявністю апетиту, за різною ступінню втомлюваності на уроці фізичної культури). В цей період на уроці фізичної культури особливу увагу приділяють навчанню правильно поєднувати дихання з рухами. Співвідношення дихальних вправ з іншими в цьому періоді в перші 2-3 уроки 1:1, 1:2, потім 1:3 і 1:4. Протягом 1-ї чверті рекомендується вивчати індивідуальні особливості кожного школяра, його фізичну підготовленість, побутові умови, психічні особливості, здатність організму переносити фізичне навантаження уроку фізичної культури.

Тривалість основного періоду залежить від пристосованості організму учня переносити фізичне навантаження, від стану здоров'я, від пластичності і рухливості нервової системи. Основний період передуює переведенню школяра в сильнішу за станом здоров'я групу. **Завдання:** засвоєння основних рухових вмінь і навичок програми з фізичної культури для школярів СМГ; підвищення загальної тренуваності і функціональної здатності організму до перенесення фізичного навантаження в школі і вдома. В зміст уроків цього періоду поступово вводяться види легкої атлетики, гімнастики тощо.

Суттєва різниця спостерігається між підготовчим і основним періодами. Вона полягає в тому, що на попередньому етапі практикується тактика "в обхід слабкої ланки" – підбираються такі засоби, які завантажуючи в достатній мірі усі здорові органи і системи організму, практично не впливали на органи чи функції тих систем, які постраждали внаслідок захворювання. Засоби основного періоду - спеціальні вправи, навпаки, спрямовуються на тренування пошкодженої функції.

Заключний період спрямований на підвищення загальної і спеціальної працездатності і захисних сил організму і виховання професійно важливих якостей і вдосконалення рухових навичок.

3. Контрольні заходи

Мета контрольних заходів – перевірка знань і вмінь **учнів**, яких вони набули під час занять з фізичного виховання. Контрольні вимоги складаються вчителем ФК на весь період навчання і включають теоретичний і практичний розділи програми по кожному року навчання. Знання з теоретичного розділу перевіряються в ході співбесіди, а фізична підготовленість – на практичних заняттях.

Учні СМГ оцінюються за знання теоретичного компонента, виконання домашніх завдань, техніку виконання вправ з кожного розділу програми протягом навчального року (учні 1-го класу не оцінюються). Оцінки виставляються в журнал СМГ і переносяться до класного журналу як оцінка за тематичні атестації, семестри і річна. (Програма, 2008)

Учня СМГ можна виставляти поточну оцінку за знання і техніку виконання корегувальних вправ (за сприятливих для учня умов), а наприкінці навчального року ставиться «зараховано». Для учнів СМГ, які навчаються за новими програмами, здійснюється оцінювання навчальних досягнень за вміщеними в них критеріями (Методичний лист 2008-09).

Вчитель фізичної культури індивідуально визначає контрольні вимоги для кожного учня. До уваги приймається загострення хвороби протягом навчального року, погана адаптація до певних фізичних навантажень. В усіх випадках при виставлянні учням оцінки враховується індивідуальний стан здоров'я.

Облік засвоєного програмного матеріалу.

Перевірка і оцінка успішності учнів включає в себе попередній облік, поточну перевірку і підсумковий облік. Попередній облік проводиться протягом першої чверті, полягає у виявленні фізичної підготовленості учнів, тому за першу чверть оцінка не ставиться, вважають окремі фахівці .

В кожному розділі програми оцінюється якість виконання вправ, визначаються індивідуальні кількісні досягнення. Основним методом перевірки успішності учнів спеціальної медичної групи являються спостереження. Ряд вправ оцінюється без виклику дітей зі строю. Усій групі оголошується, що сьогодні така-то вправа виконується на оцінку. При цьому вибирається 1-3 учні і їм виставляється оцінка, яка супроводжується поясненням. При перевірці

з викликом зі строю учням пропонується виконати ту чи іншу вправу з пройденого матеріалу. Зі строю, зазвичай, викликаються учні з кращою фізичною підготовленістю. З допомогою опитування перевіряються знання техніки виконання фізичних вправ, основні правила суддівства, прийомів самоконтролю, вміння пояснити як впливають фізичні вправи на фізичний розвиток тощо.

Поки що немає єдиної думки про облік успішності з фізичної культури в учнів СМГ. Досвід роботи з фізичної культури зі школярами спеціальної медичної групи дозволяє зробити висновок, що цих учнів необхідно відповідним чином атестувати з фізичної культури. В роботі ряду авторів А.А.Аскеров, М.Г.Мацук, М.Н.Тарасенко та інших вказується на необхідність ведення **диференційованих** оцінок з фізичної культури для учнів СМГ. Оцінка виховує в учнів відчуття відповідальності за свою навчальну працю, привчає до регулярної і систематичної роботи. Підвищується якість знань, рухових вмінь та навичок шляхом їх систематичної перевірки та оцінювання. Зростає інтерес учнів до стану свого фізичного розвитку та фізичної підготовленості, підвищуються практичні досягнення. За виставляння оцінки з фізичної культури говорять і прагнення учнів з ослабленим здоров'ям не відставати від здорових однолітків і не бути позбавленим оцінки з фізичної культури.

До оцінки успішності учнів СМГ з фізичної культури пред'являються такі вимоги:

1. Суворий індивідуальний контроль до учнів при перевірці і оцінці успішності, яка полягає в обліку стану здоров'я, фізичної підготовленості, особливостей психічного стану, тілобудови учнів. Для цього створюються такі умови, які дозволяють кожному учню найбільш повно показати рівень своїх знань, рухових вмінь та навичок. Так, вправи з рівноваги найбільш підготовані учні здають на колоді, а учні з гіршою фізичною підготовленістю – на гімнастичній лаві і навіть на підлозі. Найбільш сором'язливі і замкнуті учні деколи здають контрольні вправи вчителю без присутності сторонніх.
2. Перевірка і оцінка успішності проводиться систематично по мірі засвоєння програмного матеріалу.
3. Оцінка повинна бути об'єктивною. Вона відображає засвоєння знань, рухових вмінь і навичок учнів, відвідування уроків фізичної культури, сумлінність учнів з врахуванням їх індивідуальних особливостей. Оцінка учнів за виконання вправ і всі підсумкові оцінки супроводжуються роз'ясненням. Вчитель вказує, що виконано добре, які помилки чи неточності були допущені і над чим необхідно ще попрацювати. При дотриманні педагогічного такту і при чуйному, уважному ставленні до учнів, навіть негативну оцінку вони сприймають як справедливу. Індивідуальна оцінка ставиться з урахуванням попередніх показників успішності. Ряд фахівців радить враховувати не абсолютний результат, а приріст показників в техніці виконання вправи.

4. Медико-педагогічні спостереження

Лікарсько-педагогічні спостереження здійснюються лікарем в тісному контакті з учителем, який веде навчальну роботу з учнями спеціальної медичної групи і проводяться один раз в місяць.

До **завдань** медико-педагогічного спостереження належать:

- ознайомлення з навчально-методичною *документацією* (класний журнал, календарно-тематичний план, конспект уроку);
- контроль за *навантаженням* учнів, віднесених за станом здоров'я до основної, підготовчої та спеціальної груп, під час проведення уроків із фізичної культури;
- оцінка *методики* проведення уроків із фізичної культури та фізкультурно-оздоровчих заходів, матеріально-технічного забезпечення, відповідність нормативам щодо забезпечення обладнанням та інвентарем, їх справність;
- оцінка *гігієнічних умов місць* проведення уроків із фізичної культури (температура та вологість повітря, ефективність вентиляції, рівень освітленості, якість і своєчасність вологого прибирання приміщень, дотримання правил техніки безпеки, наявність засобів першої медичної допомоги тощо);
- контроль за відповідністю *одягу та взуття* умовам проведення занять;
- контроль за *відповідністю* фізичного навантаження статі учнів;
- вивчення *реакції* організму дітей на фізичне навантаження, хронометраж уроку.

Спостереження за проведенням навчальних занять, їх організацією і методикою. За 10-15 хвилин до початку уроку лікар і вчитель перевіряють конспект заняття, навчальний журнал, місце заняття і його гігієнічний стан. Для обстежень вибірково запрошують одного або двох учнів. У них підраховують пульс, вимірюють артеріальний тиск, динамометрію кистей, потужність вдиху і видиху. Дані заносяться в протокол.

У процесі занять оцінюється відповідність фізичного навантаження силам учнів, перевіряються виконання поставлених завдань, дисципліна та інтерес до вправ, що виконуються. За результатами медико-педагогічного спостереження у разі необхідності проводиться корекція планування процесу фізичного виховання та дозування фізичних навантажень учнів.

В учнів спеціальної медичної групи часто знижений самоаналіз стану організму. Підвищена емоційність, бажання рухатися, переважання процесів збудження над гальмуванням та інші фактори стирають суб'єктивні відчуття початку перевтоми. Тому на уроках фізичної культури вчитель визначає ЧСС до уроку і після уроку в усіх дітей і вибірково протягом уроку в одного-двох учнів. Дані ЧСС сповіщають дітям з проханням запам'ятати цифри, після уроку показники ЧСС заносять в журнал. Особливе значення надається часу відновлення ЧСС, яке не повинно перевищувати 5-6хв.

Після закінчення уроку будується фізіологічна крива, за допомогою хронометражу визначається загальна і моторна щільність цього заняття. Хронометраж рекомендується провести по частинах заняття.

Повторне лікарсько-педагогічне спостереження проводиться за тими ж учнями, які обстежувалися раніше при тому ж фізичному навантаженні. Результати лікарсько-педагогічних спостережень дозволяють розробити рекомендації щодо вдосконалення навчального процесу.

Медико-педагогічні спостереження проводяться медичним працівником (лікарем, медсестрою) разом з вчителем безпосередньо **під час уроків з фізичного виховання**, динамічної перерви, занять спортивних секцій, змагань та інших форм фізичного виховання. Під час проведення уроку враховуються основні зовнішні ознаки втоми: колір шкіри обличчя, пітливість, характер дихання і рухів, міміка, увага і самопочуття учнів за схемою візуального визначення втоми учнів під час фізичного навантаження

Схема візуального визначення втоми учнів під час фізичного навантаження

Об'єкти спостереження	Ознаки втоми		
	початкова	середня	недопустима
Колір шкіри обличчя	невелике почервоніння	значне почервоніння	різке почервоніння або поява синюшності
Міміка		вираз обличчя напружений	
Пітливість	відсутня або невелика	виразна у верхній половині тіла	пітливість різка, поширюється на все тіло
Дихання	прискорене, рівне	значно прискорене, уривчасте дихання через рот	різко прискорене, поверхневе дихання через рот, задуха
Постава, хода, рухи	постава не змінена, хода бадьора	постава невпевнена, м'язи розслаблені, хитання, нетвердий крок	погана постава, плечі опущені, хода некоординована
Самопочуття		скарги на втому, біль у м'язах, серцебиття, задуха, шум у вухах, запаморочення	
Увага й інтерес до занять, активність	стійкий інтерес до занять, вправи виконуються точно	увага знижена, спостерігаються в'ялість, неточність	неуважність, відсутність інтересу до занять, апатія, сприймає лише

		виконання команд, помилки при виконанні команд	гучну команду
--	--	--	---------------

Підготовча частина була проведена правильно, якщо:

1. тривалість її була в межах 18-20 хв (1-й рік навчання і 13-15 хв у наступні роки);
2. моторна щільність коливалася в межах від 25-30% до 70-75% (див табл. лекції №3)
3. у кінці підготовчої частини ЧСС складала 100-130 ск/хв.
4. ЖЄЛ збільшилася,
5. тіло укрилося легким потом,
6. настій учнів бадьорий, постава правильна, вигляд підтягнутий.

Критеріями для оцінки основної частини уроку є:

1. виконання учнями основних завдань уроку,
2. збереження працездатності до кінця основної частини уроку,
3. підвищення ЧСС до 140-160 ск/хв., а також підвищення АТ і швидке повернення його до вихідного рівня після закінчення вправи.
4. збереження, або незначне зниження ЖЄЛ,
5. наявність ознак невеликої втоми,
6. задоволеність учнів проведеним уроком.

5. Самоконтроль

Самоконтроль – одна з форм спостереження за станом здоров'я. Дані самоконтролю є важливим доповненням до лікарських спостережень. Лікар і вчитель фізичної культури навчають учнів найпростішим методам самоспостереження за результатами занять фізичними вправами. Систематичні самоспостереження привчають вдумливо ставитися до занять, способу життя, раціонально, тобто з більшим ефектом використовувати фізичні вправи для збереження і зміцнення здоров'я, підвищення працездатності, уникнути фізичних перевантажень і пов'язаних з ними негативних наслідків для здоров'я. Знання необхідні для самоконтролю викладаються на 1-му занятті і поступово поглиблюються.

Ведення щоденника самоконтролю виробляє в учнів свідоме відношення до занять, а також слугує великою допомогою лікарю і вчителю у визначенні фізичного навантаження. Нерідко причиною підвищеної нервової збудливості, погіршення сну, поганого настрою, дратівливості, апатії, зниження апетиту, появи швидкої втоми є надмірне фізичне навантаження на заняттях. Аналіз (спільно з лікарем) щоденника самоконтролю допоможе встановити причину і своєчасно виявити розлад окремих органів і систем. Багато учнів довго не звертаються до лікаря, оскільки не знають, що причиною поганого стану може бути не відповідне стану здоров'я дозування фізичного навантаження на уроках фізичної культури.

В числі показників, які фіксуються в щоденнику самоконтролю, є показники об'єктивні, які фіксуються приборами, і є суб'єктивні, як, наприклад, настрій, самопочуття, бажання займатися, сон, апетит, працездатність і т. п. Проте їх також слід оцінювати.

Суб'єктивні показники: *Настрій* відображає психічний стан особи, що займається. Настрій можна класифікувати як бадьорий, невизначений, нормальний, пригнічений. Можна також вважати: "4", якщо особа впевнена в собі, спокійна і життєрадісна,

"3" - при нестійкому емоційному стані,

"2" - якщо особа розсіяна, пригнічена.

Самопочуття часто вважають недостатньо об'єктивним, оскільки людина може іноді добре себе почувати, хоча в її організмі виникли больові відчуття. Або навпаки. Під час емоційної азартної гри особа може не помітити перших симптомів перенавантаження. Проте погіршення самопочуття може бути результатом різних неприємних відчуттів, пов'язаних з надмірним навантаженням і погіршенням загального стану організму. Це вимагає консультації з лікарем і перегляду системи тренувань.

При "4" самопочутті відмічається почуття бадьорості, сили;

при "3" - невелика в'ялість;

при "2" - може спостерігатися виражена слабкість, понижена працездатність, пригнічений стан.

Бажання займатися в щоденнику відображається словами “велике”, “байдуже”, “нема бажання”. При перевтомі бажання займатися фізичними вправами пропадає.

Переносимість навантаження. В щоденнику відмічається чи виконане навантаження, що заплановано, якщо ні - то чому.

Больові відчуття. Болі можуть бути ознакою травми, захворювання чи перенапруження. В щоденнику необхідно відмічати при виконанні яких вправ з’являються болі, їх сила, тривалість. Болі в правому підребер’ї під час тривалих циклічних навантажень пояснюються перенаповненням печінки кров’ю. При цьому печінка набубнявіє і тисне на оболонку, що її покриває. Болі в лівій частині живота є наслідком перенаповнення кров’ю селезінки. Також можуть бути наслідком недостатнього розвитку дихальних м’язів, що не дозволяє необхідного розширення грудної клітини. Зменшити больові відчуття, які виникають в осіб, які тільки приступили до занять фізичними вправами, можна самомасажем, прийняттям ванни, парною.

Сон, апетит, працездатність та інші показники реєструються в щоденнику зранку, після сну і після тренування. **Сон** важливий суб’єктивний показник самоконтролю. Він є ефективним засобом відновлення після розумової і фізичної працездатності. Міцний нічний сон тривалістю 7-8 годин свідчить про оптимальні фізичні навантаження. Різні його порушення (часті пробудження, поверхневий сон, ускладнені засинання, відчуття недосипання тощо) - показники того, що необхідно зменшити чи збільшити обсяг рухової активності.

При хворобливих станах, перевтомі **апетит** стає гіршим. Проте не потрібно забувати про можливі переїдання. Апетит можна визначити як хороший, задовільний, поганий (повне небажання їсти, відраза до їжі).

Об’єктивні показники. У щоденники самоконтролю необхідно заносити такі показники: частота пульсу, частота дихання (до і після заняття, ранком наступного дня), динамометрія, життєва ємність легенів, маса тіла, обхвати тіла, результати тестів тощо).

ТАКИМ ЧИНОМ, процес фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи можна поділити на періоди, кожен з яких характеризується певними завданнями, специфічними засобами. Тривалість періодів чітко не встановлена фахівцями (1 чверть-навчальний рік), зазначається лише про залежність тривалості вступного періоду від швидкості одужання дитини. Характерною відмінністю підготовчого періоду фізичного виховання є відсутність спеціальних вправ.

Вибір контрольних нормативів індивідуальних для кожного школяра повністю покладається на вчителя фізичної культури, який проводить уроки з учнями спеціальної медичної групи. Проте фахівці одностайні у тому, що учневі спеціальної медичної групи необхідно виставляти диференційовану оцінку з фізичної культури.

Ведення учнями щоденника самоконтролю є важливою допомогою вчителю фізичної культури.

ЛЕКЦІЯ № 9-11

ТЕМА: ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДИКИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ УЧНІВ З РІЗНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Навчальні та виховні цілі:

освітня (інформаційна) — домогтися обізнаності слухачів, курсантів, студентів у теоретичних питаннях, що передбачаються програмою навчальної дисципліни, слугувати подальшому міцному засвоєнню знань, формуванню практичних умінь і навичок з конкретного навчального матеріалу;

розвиваюча — розвивати інтелектуальні здібності, мовлення, пам'ять, увагу, уяву, мислення, спостережливість, активність, творчість, самостійність слухачів, курсантів, студентів, прищеплювати їм раціональні способи пізнавальної діяльності та ін.;

виховна — сприяти формуванню наукового світогляду, моральних, естетичних та інших якостей особистості, вихованню колективу.

Навчальні питання і розподіл часу

Вступ	5 хв.
1. Терміни допуску учнів до занять у спеціальній медичній групі	5 хв.
2. Особливості методики занять з фізичного виховання учнів з серцево-судинними захворюваннями	20 хв.
3. Методичні особливості занять при захворюваннях органів травлення	20 хв.
4. Особливості методики при захворюваннях залоз внутрішньої секреції і розладах обміну речовин	15 хв.
5. Особливості методики фізичного виховання з учнями, які страждають нервово-психічними захворюваннями	15 хв.
6. Особливості фізичного виховання вагітних	15 хв.
7. Організація і методика занять з учнями, які мають порушення зору	15 хв.
8. Фізичне виховання з учнями, які мають вади постави.	15 хв.
9. Методика занять зі учнями з пошкодженнями опорно-рухового апарату	15 хв.
Заключення та відповіді на запитання	10 хв.

Навчально-матеріальне забезпечення – мультимедійний проєктор, презентація

Навчальна література:

1. Боднар І. Інтегративне фізичне виховання школярів різних медичних груп: монографія / Іванна Боднар. – Л.: ЛДУФК, 2014. – 316 с. ISBN 978-966-2328-74-5
2. Боднар І. Теорія, методика і організація фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи Навч.-методичний посіб. – Львів, Українські технології. – 2005. – 48 с.
3. Булич Э.Г. Физическое воспитание в специальных медицинских группах: Учеб. пособие для техникумов. – М.: Высш. шк., 1986. – 255 с.
4. Дубогай О. Д. Методика фізичного виховання студентів спеціальної медичної групи : навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. / О. Д. Дубогай, А. В. Цьось. – Луцьк : Східноєвроп. нац. ун-т ім. Лесі Українки, 2012. – 276 с.
5. Занятия физкультурой при близорукости /А.А.Аветисов, Ю.И.Курпан, Е.И.Ливадо. – Изд.2-е перераб, доп. – М.: ФиС, 1983. – 103с.
6. Макаренко О. Особливості занять фізичними вправами з дітьми із слабким зором. // Друга Всеукр наук. конф. аспірантів “Молода спортивна наука України” Львів: ЛДІФК, ПРАМІДА, 1998. – С. 129 – 134.
7. Макарова Е. Покращення стану здоров'я та фізичної працездатності дітей дошкільного віку з порушеннями постави та хворих на сколіоз. // II Всеукр наук. конф. аспірантів “Молода спортивна наука України” Львів: ЛДІФК, 1998. – С.103-108.
8. Мурза В.П. Фізичні вправи і здоров'я. К. – Здоров'я, 1991. – 256 с.
9. Навчально-методичний посібник з навчальної дисципліни “Фізичне виховання” (галузь знань 0304 “Право”, освітньо-кваліфікаційний рівень “Бакалавр”, напрям підготовки 6.030401 “Правознавство”) для студентів спеціальної медичної групи із захворюванням серцево-судинної та дихальної систем I-II курсу денної форми навчання / авт.: О. В.

- Попрошаєв, В. С. Мунтян. – Х.: Нац. ун-т “Юрид. акад. України ім. Ярослава Мудрого”, 2013. – 52 с.
17. Навчально-методичний посібник з навчальної дисципліни “Фізичне виховання” (галузь знань 0304 “Право”, освітньо-кваліфікаційний рівень “Бакалавр”, напрям підготовки 6.030401 “Правознавство”) для студентів спеціальної медичної групи із захворюванням серцево-судинної та дихальної систем I-II курсу денної форми навчання / авт.: О. В. Попрошаєв, В. С. Мунтян. – Х.: Нац. ун-т “Юрид. акад. України ім. Ярослава Мудрого”, 2013. – 52 с.
10. Наукові статті
11. Ніцеля О. Вплив фізичного навантаження на стан зорової функції. // Молода спортивна наука України. Зб. наук. статей з галузі фізичної культури та спорту. Львів: ЛДІФК, 2000. – Випуск 4. - С.328-330.
12. Полатайко Ю.О. Фізичне виховання школярів у спеціальних медичних групах. – Івано-Франківськ: Плай, 2004. – 161 с.
13. Тарасенко М.Н., Керзнер З.М., Степанов А.О. Физическое воспитание учащихся техникумов в специальных медицинских группах. Учеб- методическое пособие. – М.: Высш. шк., 1978. – 176 с.
14. Тарасенко М.Н., Пономарьова В.В. физическое воспитание студентов вузов в специальном учебном отделении. Москва: Высш. шк., 1976. – 150с.
15. Теория и методика физического воспитания. Учебник для ин-тов ФК / Под ред. Т.Ю.Круцевич (в 2-х т.). К.: Олимпийская литература, 2003. – 422 с.
16. Шологон Р., Івашенко П. Особливості методики фізичного виховання при міопії зі студентами СМГ / Збірка наук. статей галузі фізичної культури та спорту: Молода спортивна наука України. Львів: ЛДІФК, 2000. - Вип. 4. – С. 320 – 322.
18. Шрім Мурад. Вплив кінезіотерапії на сколіотичну хворобу дітей. // Друга Всеукр наук. конф. аспірантів “Молода спортивна наука України” Львів: ЛДІФК, ПІРАМІДА, 1998. – С.179-182.
19. Язловецький В.С. Фізичне виховання учнів з відхиленнями в стані здоров'я. Навчальний посібник. Кіровоград: РВВ КДПУ імені В.Винниченка, 2004. – 352 с.

1. Терміни допуску учнів до занять у спеціальній медичній групі

Нижче приведена таблиця, складена І. В. Тамбіаном, в якій даються терміни допуску учнів до занять в спеціальній медичній групі (табл.8.1).

Таблиця 8.1

Терміни допуску до занять у спеціальній медичній групі учнів з захворюваннями серцево-судинної системи

Захворювання і його стадія	Час допуску до занять в спеціальній медичній групі
Ураження м'язу серця: а) реконвалесценція після перенесеного міокардиту	Через 6-8 місяців після закінчення приступу, при відсутності недостатності кровообігу
б) міокардіострафія інфекційно-алергічного походження	Протягом навчального року
Враження клапанного апарату серця: а) недостатність мітрального клапана аорти, комбіновані вади серця з переважанням недостатності	Через 6-8 місяців після закінчення гострого і підгострого ендокардиту, при відсутності явищ активності ревматичного прогресу і недостатності кровообігу
б) мітральний стеноз, комбіновані вади серця з переважанням стенозу	Призначення індивідуальне

Вроджені вади серця	Протягом навчального року, при відсутності ознак перевантаження правого шлуночка серця і гемодинамічних розладів
Тонзилокардіальний синдром	При відсутності органічних змін
Гіпертонічна хвороба	При 1б стадії цієї хвороби (транзиторна гіпертонія)
Гіпотонічна хвороба	При АТ не нижче за 90/60 мм рт.ст.
Різні функціональні зсуви в серцево-судинній системі підлітків: зміна конфігурації серця, порушення ряду функцій серця, наявність функціональних шумів над областю серця	Протягом навчального року, якщо не ревматичного враження серця, є схильність до брадикардії іноді до невеликого систолічного підвищення тиску (130-140 м.м рт.ст.)
Хронічна пневмонія, хронічний бронхіт 2. Бронхіальна астма 3. Бронхоектатична хвороба після операції на легенях 4. Туберкульоз легенів при стійкій компенсації серця	Через 1 місяць після перенесеної хвороби, при відсутності дихальної і серцево-судинної недостатності. Через 6-8 місяців після останнього приступу, при відсутності дихальної і серцево-судинної недостатності. Через 6-8 місяців після операції при відсутності рецидивів дихальної і серцево-судинної недостатності при задовільній адаптації до фізичних навантажень. Протягом учбового року при відсутності інтоксикації і дихальної недостатності.
Вроджені і набуті деформації опорно-рухового апарату	При не різко виражених порушеннях рухових функцій
Переломи верхніх і нижніх кінцівок	Через 2 місяці після зняття іммобілізуючої пов'язки при хорошій консолідації і відсутності неврогенних ускладнень
Забої м'яких тканин, вивихи, розтягнення в'язів опорно-рухового апарату	Через 2-3 місяці, при відсутності хворобливості і набряку
Деформація хребта: викривлення в боковій, фронтальній і сагітальній площинах	Протягом навчального року, при 1 і 2 ступенях викривлення
Компресійний перелом хребця	Через 12 місяців після перелому, при відсутності скарг
Плоскостопість	Протягом навчального року
хронічний гастрит коліт	при задовільному загальному стані, при відсутності загострень протягом 6 місяців
виразкова хвороба	через 1 рік після лікування
хронічний нефрит	при компенсованій нирковій функції поза періодом загострення і відсутності змін у стані серцево-судинної системи
гіпертиреоз, діабет, ожиріння	при помірних порушеннях

2. Особливості методики занять з ФВ учнів з серцево-судинними захворюваннями

Відновлення здоров'я учнів із серцево-судинними захворюваннями засобами фізичного виховання є однією з найбільш актуальних проблем, оскільки сьогодні в усіх країнах світу, за даними ВООЗ, їх кількість значно зросла. Серцево-судинні захворювання займають перше місце серед причин смерті. Незначні уроджені вади спостерігаються в кожній сотій народженої живою дитини, а значніші відхилення – у кожній п'ятисотій.

Будь-яке захворювання серцево-судинної системи призводить до більш-менш вираженого зниження функції кровопостачання. У таких умовах знижується адаптаційні можливості усієї киснево-транспортної системи, унаслідок чого фізична працездатність понижується. Захворювання серцево-судинної системи характеризується розвитком функціональних відхилень не лише в системі кровообігу, але й інших систем, що тісно пов'язані з нею: ЦНС, дихальної, ендокринної, травної та інших.

Працездатність людини визначається переважно тим, яка кількість кисню, абсорбованого з повітря, надійшла в тканини та клітини. Як відомо, функцію переносу газів здійснюють системи кровообігу та крові. Тому ці системи тісно пов'язані між собою й володіють взаємною компенсацією. Так, при серцевій недостатності виникає задишка, при нестачі кисню в атмосферному повітрі збільшується кількість еритроцитів – транспортувальників кисню, при захворюваннях легенів настає тахікардія.

Серцевий м'яз, ушкоджений захворюваннями, на тривалий період після хвороби залишається «слабкою ланкою» серцево-судинної системи та всього організму. Тому в **підготовчому періоді** фізичного виховання необхідно використовувати засоби й методи фізичної культури таким чином, щоб, не знижуючи величини навантаження на незахоплені ланки системи кровообігу, забезпечити на початку процесу фізичного виховання відносно послаблення міри функціонального напруження, що припадає на серце. Згодом, у міру відновлення функціональних резервів серцевого м'яза, необхідність у спеціальному щадінні відпадає. Тому в **основному періоді** фізичного виховання навантаження на серце збільшується.

Для полегшення роботи ураженого серця в підготовчому періоді можуть бути використані методичні прийоми, подані нижче (табл. 8.2). Вони забезпечують зниження функціонального напруження серцевого м'яза й судин під час виконання фізичних вправ і відразу ж після них (Е. Г. Булич, 1971; В. Н. Мошков, 1977; І. В. Мурахов, 1979)

Таблиця 8.2

Методичні прийоми розвантаження серцевого м'язу і судин

Ефект, що розвивається	Метод його досягнення
Полегшення роботи серця, зниження частоти серцевих скорочень	Перехід в горизонтальне положення або положення сидячи і виконання таких вправ, які полегшуються цими положеннями Виконання фізичних вправ у воді в горизонтальному положенні (повільне плавання і із зануренням липа у воду)
Полегшення роботи серця за рахунок подовження діастолічного періоду і зниження частоти серцевих скорочень	Виконання вправ, що супроводяться глибоким і рідким, з подовженим видихом диханням Повільне плавання брасом з диханням на два цикли
Зниження міри приросту частоти серцевих скорочень, економізація роботи серця в умовах фізичних напружень	«Розсіювання» навантаження на великі м'язи тулуба і кінцівок, чергування роботи м'язів До 4 повторень вправи Звичні природні рухи Заміна елементарних рухів сполученими при збереженні загальної величини фізичного навантаження Обмеження максимальної амплітуди виконання фізичних вправ і великих суглобах рук, ніг і тулуба Плавність, «м'якість» виконання фізичних вправ

«Розвантаження» роботи серця за рахунок стимуляції периферичного кровообігу	Чергування вправ з елементами самомасажу кінцівок Періодичний перехід в положення лежачи, а також виконання таких вправ, які супроводяться почерговим підняттям рук і ніг Холодові впливи помірної інтенсивності
Полегшення діяльності серця при виконанні подальших навантажень	Короткочасне виконання вправ в потягуванні
Прискорене відновлення функціонального стану серця після виконання фізичних навантажень	Короткочасна (15-30с) розминка з подальшим відпочинком (40-60с) Використання фізичних вправ для не втомлених м'язів в якості активного відпочинку
Полегшення периферичного кровообігу і тренування регіональних гемодинамічних реакцій	Фізичні вправи зі зміною положення тулуба, рухами тіла, рухами рук і ніг.
Полегшення притоки венозної крові до серця	Дихальні вправи, особливо діафрагмальне дихання. Дихання з посиленням вдихом при напівзакритій голосовій щілині
Полегшення артеріального притоку при ускладненні венозного стоку крові в кінцівці	Піднімання рук (ніг)
Полегшення кровотоку в судинах головного мозку	Масаж області потилиці, вправи для м'язів ший
Полегшення притоку крові до головного мозку	Дозоване застосування антиортостатичних поз
Тренування регуляції тонус судин рук/ніг	<i>Махові рухи руками/ногами</i>

Приведені вище рекомендації, що забезпечують можливість використати заняття фізичними вправами при деякому зниженні міри функціонального напруження серцевого м'яза, набувають особливого значення на підготовчому етапі фізичного виховання. В умовах, коли учні після занять лікувальною фізкультурою отримують допуск до групових занять в навчальному закладі або, більш того, приступають до цих занять після тривалого періоду суворого обмеження в руховій активності, необхідно певною мірою обмежити навантаження на серце, не знижуючи рівень впливів, що припадають на інші органи і системи. Надалі, по мірі відновлення функціонального стану серця, необхідність у цих впливах зменшується.

Особливості методики фізичного виховання учнів з серцево-судинними захворюваннями в основному періоді

Ступінь індивідуально допустимого навантаження осіб, що перенесли захворювання дихальної і серцево-судинної систем, визначається лікарем. При виборі характеру фізичного навантаження, його типу, інтенсивності і тривалості слід враховувати, окрім медичних показників, бажання і можливості учня, його індивідуальні інтереси: навантаження повинно бути приємним і викликати задоволення. Необхідною умовою є постійний самоконтроль.

Перш ніж визначити учню фізичне навантаження після з'ясування міри пристосування організму до фізичних навантажень, викладач і лікар зобов'язані провести **два-три контрольні заняття**. У ці заняття включаються такі вправи, як дозована ходьба на певні відрізки дистанції, вправи зі зміною ритму дихання під час ходьби, зміною темпу руху; найпростіші вправи для рук, ніг, тулуба. Для контрольних занять можна використати ігри на повітрі (малорухливі і середньої рухливості). Між усіма вправами потрібно включати вправи на дихання в співвідношенні 1:1. Після з'ясування реакції організму на фізичне навантаження заняття можна проводити за планами, розробленими спеціально для цієї підгрупи.

На перших заняттях застосовуються прості за координацією вправи і без вираженого м'язового напруження. Через 4-6 вправ - відпочинок, ходьба і вправи на розслаблення, поглиблене дихання. Поступово вправи ускладнюються як за координацією, так і за зусиллям. Поступово включаються в роботу усі м'язові групи.

При проведенні занять слід дотримуватися принципу "**розсіювання**" навантаження - фізичні вправи застосовуються по черзі для різних м'язових груп, після важких вправ виконуються більш легкі.

Необхідною умовою є дотримання фізіологічної кривої заняття. Особливостями методики є поєднання загальнорозвивальних і спеціальних вправ. Виконання **загальнорозвивальних вправ** має свої особливості. Вправи повинні виконуватися з повною амплітудою, вільно. Не варто виконувати вправи з затримкою дихання і натужуванням, що можуть викликати різке підвищення артеріального тиску.

На початку занять обмежується кількість вправ із зміною положень тулуба. **Вихідні положення** вправ у комплексі можуть чергуватися за схемою: стоячи, сидячи, лежачи, стоячи.

На початку слід звертати увагу на формування **вміння довільно розслабляти м'язи**. Вправи з довільним розслабленням м'язів сприяють зніманню збудження судинно-рухового центру, зниження тону м'язів і судин, що призводить до зниження артеріального тиску.

Значний лікувальний ефект приносять гімнастика **у воді** та плавання. У воді утворюються умови для розслаблення м'язів. Для занять у воді підбирають такі вправи, виконання яких полегшується завдяки виштовхувальній силі води. Вихідне положення лежачи полегшує функцію кровообігу. Занурення у воду створює навантаження на дихальні м'язи.

Особам, що перенесли захворювання дихальної і серцево-судинної системи показані вправи тонізуючого характеру, які викликають стан бадьорості, вправи для вестибулярного апарату.

Засоби **ігрового та змагального характеру** загрожують зростанню артеріального тиску і тому вимагають суворого контролю навантаження при заняттях зі школярами з серцево-судинними захворюваннями.

На заняттях з учнями, що мають захворювання серцево-судинної системи, треба прагнути методом суворо дозованого фізичного тренування розвивати і вдосконалити пристосувальні реакції системи кровообігу загалом. Заняття бажано проводити груповим методом як на повітрі, так і в приміщенні. Рекомендуються прогулянки по середньо пересіченій місцевості, в літній час – плавання, взимку катання на ковзанах і лижах.

На заняттях можна використати гімнастичну стінку, лавку. Займатися на цих снарядах починають з найпростіших вправ: махи ногами, комбіновані упори, виси, прогини, присідання і нахили. Велике значення грають правильно підібрані вправи з обтяженнями; використовуються вправи з тенісним м'ячем, гімнастичною палицею, скакалкою.

Важливим в оздоровленні учнів СМГ є використання окрім обов'язкових занять у школі **усіх організаційних форм** фізичного виховання. Під час уроків з фізичної культури учителем разом з учнями вивчається комплекс вправ ранкової гігієнічної гімнастики. Для комплексу гігієнічної гімнастики, вправи підбираються індивідуально з урахуванням характеру захворювання. Вправи повинні бути для всіх м'язових груп, нескладними, вони не повинні викликати стомлення і напруження. Використовуються вправи для верхніх і нижніх кінцівок в поєднанні з диханням з різних початкових положень (по схемі: стоячи, сидячи, лежачи, стоячи). Всі вправи суворо дозуються, особливо присідання, згинання і розгинання рук в упорі. Важливо підкреслити необхідність не відмовлятися від застосування **усього розмаїття різних гімнастичних вправ** для цього контингенту учнів, не зводячи впливи, що призначаються, до надто обмеженого числа. Доцільна, найбільш ефективна в оздоровчому відношенні тактика складається в підході, що передбачає якісну різноманітність використовуваних вправ, кожену з яких застосовують в тому **дозуванні, яке відповідає можливостям організму**.

Темп виконання вправ для загального розвитку повинен бути повільним, особливо в першому півріччі. З підвищенням рівня підготовленості й оволодіння технікою вправ темп виконання підвищується. Комплекси фізичних вправ повинні складатися з простих вправ, що не вимагають особливого напруження й зусиль. Бажано всі вправи виконувати з великою (але не максимальною) амплітудою без затримки дихання.

Не рекомендується подавати гучних команд. Ставлення вчителя повинно бути доброзичливим, спокійним; варто утриматися від голосних критичних реплік на адресу учнів; при неякісному виконанні вправи поправляти необхідно тактовно, не акцентуючи уваги цілого

класу. Для хворих на гіпертонічну хворобу слід виключити вправи силового характеру, складні за координацією, вправи з різкою зміною напрямку та швидкості рухів голови й тулуба; статичні вправи, пов'язані із затримкою дихання й великим напруженням; вправи, під час виконання яких голова тривалий час знаходиться нижче ніж проекція серця: стійки на лопатках (кистях, передпліччях, голові), тривалі виси вниз головою. Ці вправи можуть призвести до підвищення артеріального тиску. При артеріальній гіпертонії слід уникати вправ і з швидкими нахилами й підніманнями тулуба, оскільки внаслідок таких вправ може порушитися мозковий кровообіг.

Характеристика захворювань дихальної системи і особливості методики занять з фізичної культури.

Хвороби дихальної системи посідають одне з ведучих місць в патології дитячого віку. Це пов'язано і з анатомо-фізіологічними особливостями і з особливістю реактивності організму дитини. Найважливішою з морфологічних особливостей є "експіраторна" побудова грудної клітки в ранньому віці (ніби знаходиться в стані вдиху), відносній вузькості трахеї, бронхів, бідності еластичних волокон, м'якості і піддатливості ребер, хрящів тощо.

При захворюваннях дихальної системи потрібно особливо ретельно стежити за чистотою повітря і комфортністю температури, уникати переохолодження. В перші тижні занять необхідно обмежити вправи на витривалість, швидкість і силу, щоб зменшити задуху.

Важливим у фізичному вихованні учнів, що перенесли захворювання дихальної системи є використання окрім обов'язкових занять у закладі освіти **усіх форм** фізичного виховання: ранкової гімнастики, загартовуючих заходів, фізкульт-хвилинок, прогулянок, а також самостійного використання засобів фізичного виховання.

Треба пам'ятати, що фізичні вправи принесуть користь, якщо вони виконуються в **правильному сполученні з диханням**. Одним з основних завдань занять осіб, що перенесли захворювання дихальної системи, є вироблення правильного дихання (повного, глибокого, з акцентом на видиху) з підняттям ребер і опусканням діафрагми при помітній рухливості грудної клітки і передньої стінки живота. Важливе значення має оволодіння учнями технікою фізичних вправ, спрямованих на дренаж бронхів. Суть цих фізичних вправ полягає в тому, що з великою силою здійснюється стискання грудної клітки в ділянці нижніх ребер і діафрагми, тому ці прийоми носять назву "вижимання".

Важливим моментом, що здійснює вплив на ефективність засобів, які застосовуються при захворюваннях органів дихання, є вихідні положення. Для активізації дихання в вражених відділах легенів застосовуються вихідні положення на здоровому боці. Навпаки, для зменшення вентиляції враженої сторони дитину вкладають на хворий бік. При необхідності посилення екскурсії верхніх відділів легенів застосовуються вихідні положення з переключенням ваги верхніх кінцівок на таз (руки на талії) чи на опору (руки в упорі на кріслі). Часта зміна вихідних положень доцільна при поширених осередкових процесах і для посилення дренажно функції бронхіального дерева. Також застосовують і спеціальні (дренажні) положення.

При побудові занять бажано в його основній частині 50-55% часу відводити на виконання дихальних вправ, чергуючи їх з виконанням запланованих вправ.

Учням із захворюваннями органів дихання рекомендуються загальнозміцнюючі вправи, вправи для **розвитку рухливості грудної клітки**, зміцнення мускулатури, дихальні вправи динамічного і статичного характеру. Заняття проводяться груповим методом, бажано на повітрі. У заняття включаються бігові і стрибкові вправи, що чергуються з різними видами ходьби; ходьба в поєднанні з дихальними вправами, з рухами рук. Особливо корисні жваві і спортивні ігри волейбол, баскетбол, бадмінтон, а також плавання, заняття веслуванням, катання на ковзанах і лижах, акробатика і спеціальні вправи, які також можна виконувати в домашніх умовах. Особливу увагу звертають на тривалий видих через рот. Застосовують дихальні вправи з подовженим і ступінчато-подовженим видихом, так зване «саккадоване дихання», дихальні вправи з вимовлянням на видиху шиплячих і свистячих звуків, що викликають тремтіння голосової щілини та бронхіального дерева, дихальні вправи зі зменшенням частоти й затримкою дихання на видиху, вправи на розслаблення, фізичні вправи для м'язів верхніх

кінцівок і грудної клітки, дренажні вправи, коригувальні вправи, надування іграшок. Треба давати спеціальні дихальні динамічні та статичні вправи. Згідно з іншими даними, у фізичному вихованні з дітьми СМГ вправи з надуванням і затримкою дихання, що призводять до гіпоксемії й гіпоксії тканин і викликають спазми бронхів, виключаються.

Під час виконання статичних вправ рекомендується під час видиху вимовляти букви алфавіту: спочатку приголосні, потім голосні. Звук на видиху треба подовжувати спочатку до 7–10 секунд, потім – до 20–30 секунд. Далі переходять до різноманітних звукових комбінацій на видиху, наприклад, вимовляння звуків із трьох голосних букв після приголосних.

У заняття додаються бігові та стрибкові вправи, що чергуються з різними видами ходьби: ходьба в поєднанні з дихальними вправами, з рухами рук. Особливо корисні жваві та спортивні ігри: волейбол, баскетбол, бадмінтон, а також плавання, веслування, катання на ковзанах і лижах, акробатика. Заняття супроводжуються музикою, що сприяє зниженню тонуусу дихальних м'язів. Не рекомендується загартування холодною водою. Рекомендуються заняття плаванням, поза тим не рекомендується плавати в басейнах, у приміщенні яких низька температура повітря й високий вміст хлору у воді.

Спеціальні засоби: дихальні вправи для дренажу бронхів, гімнастика грудної клітки, масаж обличчя, гімнастика О.М.Стрельнікової та Бутейко. Дихальна гімнастика (з подовженим видихом) в положенні лежачи і сидячи. Масаж обличчя допомагає зменшити набряк слизової оболонки носоглотки, очистити придаткові пазухи (гайморові, решітчаті, фронтальні) від патологічного вмісту, нормалізувати дихання. Масаж та самомасаж задньої поверхні ший, потилиці сприяє покращенню кровообігу, чинить сприятливий вплив на ЦНС.

Фізичне навантаження від заняття до заняття збільшується.

3. Методичні особливості занять при захворюваннях органів травлення

Хвороби системи травлення займають суттєве місце в клінічній медицині. Захворювання органів травлення часто вражають людей найбільш працездатного віку, обумовлюючи високий показник тимчасової непрацездатності і інвалідизації. Серед захворювань внутрішніх органів нозологія розподілилася таким чином: хронічний холецистит – 54%, дискінезія жовчного міхура і жовчних шляхів – 46%, органи травлення – 62%, хронічні гастрити – 40%, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки – 19%, коліти – 13% випадків. Тісний анатомо-фізіологічний зв'язок між органами травлення робить неможливим окреме лікування того чи іншого органу при його захворюванні.

Рівень змін нервово-психічного статусу в групі здорових сягає 45%, рівень факторів ризику дистресу – 64%. Ще серйозніших змін зазнає стан психічного здоров'я дітей. У 27% виявлені затримка психічного розвитку, або схильність до неї, у 10% - акцентуація рис характеру особистості, в 17% - схильність до психопатій. Таким чином виникає загроза знищення в ХХІ столітті інтелектуального рівня нації, різкого росту числа психічних захворювань.

Загальні риси методики

Необхідним є ретельний контроль з боку викладача за учнями, які мають захворювання органів травлення, оскільки вони схильні переоцінювати свої можливості.

Відновлення умовно-рефлекторної діяльності органів травлення починається через 3-3,5 год. після їжі. Відчуття ситості супроводжується зниженням збудливості скелетної мускулатури. Таким чином, виконання фізичних вправ відразу після їжі порушує природні процеси травлення. Недотримання цих правил призведе до погіршення функціональних і регенеративних процесів в кишково-шлунковому тракті (КШТ).

Характер впливу тренувань на травлення різний: невеликі помірні навантаження стимулюють, а сильні, інтенсивні, тривалі пригнічують рухову, секреторну, всмоктувальну функції кишково-шлункового тракту.

Урок необхідно проводити на відкритому повітрі. В холодну і вітряну погоду заняття на вулиці проводити не варто.

Можна використовувати усі вправи, рекомендовані програмою, але з обмеженим обсягом та інтенсивністю. В перший час потрібно щадити черевний прес, уникати вправ на тренажерах.

При підвищеній подразливості і порушеннях сну заняття доцільно проводити в супроводі музики (світломузики).

Допускаються вправи для всіх груп м'язів. Корисними є **циклічні** вправи невеликої та середньої інтенсивності, які залучають великі групи м'язів.

Слід проявляти обережність у вправах з різкими струсами тіла, стрибками.

Спеціальними (II період) є вправи, в яких беруть участь м'язи живота, тулуба і таза, а також вправи на розслаблення і дихальні вправи. Вправи для м'язів живота сприяють зміцненню "м'язового корсету" підвищують тонус і перистальтику шлунку. Фізичні вправи для м'язів тулуба слід виконувати з невеликою амплітудою, щоб захистити ділянку виразкового процесу. Використовуючи фізичні вправи для черевного пресу, необхідно уникати статичних напружень у хворих; необхідно, щоб у них підвищення внутрішньочеревного тиску чергувалося з його зниженням при розслабленні м'язових стінок черевної порожнини.

Рекомендується виконання вправ в положенні тіла лежачи на боці, спині, животі. У положенні лежачи створюються кращі умови для кровообігу у черевній порожнині, відтоку жовчі, рухливості діафрагми і знижується навантаження на м'язи живота. Вихідне положення рекомендується часто змінювати.

Вправи з обтяженням слід чергувати з вправами на розслаблення м'язів, дихальними вправами. Особливо корисними є дихальні вправи на діафрагмальне дихання.

Показано вправи на координацію, увагу, рівновагу.

Для стимуляції коркових процесів і вегетативних функцій, створення позитивних емоцій у заняття треба вводити елементи ігор естафети.

Через 2-3 місяці після лікування можна використовувати плавання, біг.

Фізичне навантаження не повинне викликати явної втоми. Темп виконання частіше всього - середній. Щільність занять 40-50% - 60-70%.

На учнів, в яких **підвищена моторна функція**, заняття з фізичного виховання повинні впливати заспокійливо. Інтенсивність повинна бути такою, щоб трохи пригальмувати прискорену перистальтику. Тому не бажані стрибки, підскоки і вправи для м'язів черевного пресу.

4. Особливості методики при захворюваннях залоз внутрішньої секреції і розладах обміну речовин

Порушення обміну речовин (ожиріння, подагра, діабет) варто розглядати не як ізольовані порушення тієї чи іншої сторони обміну речовин, а як стани при яких спостерігаються різні сполучення порушень нервово трофічної і гормональної регуляції обміну речовин в організмі. При ожирінні, наприклад, порушується не тільки жировий обмін. Важливе значення має нездатність печінки і м'язів відкладати глікоген. І тоді вуглеводи перетворюються в жир. При діабеті порушується водний і жировий обмін, а при подагрі поряд зі змінами пуринового обміну спотворюються жировий (ожиріння) і вуглеводний (діабет) обміни. У профілактиці цих захворювань велике значення надають раціональному харчуванню і помірним фізичним навантаженням, які впливають на обмін речовин шляхом активізації нервових і гуморальних впливів.

Діабет. За останні роки значно збільшилася кількість захворювань діабетом і кількість смертельних випадків внаслідок нього. Як відомо діабет невиліковний і зустрічається в будь-якому віці. Недостатність інсуліну в організмі призводить до порушення вуглеводного, жирового і білкового обмінів.

Виділяють три стадії в розвитку діабету: **потенційний**, коли є лише схильність до захворювання; **латентний**, коли виявляється з допомогою проби на толерантність до вуглеводів; **явний** діабет коли є характерні клінічні і біохімічні симптоми захворювання.

На заняттях з учнями, які страждають на діабет намагаються не допускати перевтоми. Застосовуються вправи для усіх м'язових груп. Рухи виконують з великою амплітудою в повільному і середньому темпі, а для дрібних – у швидкому. Поступово вводяться координаційно складні вправи. Широко застосовують вправи з предметами, на снарядах.

Застосовують дозовану ходьбу, веслування, ковзани, лижі, біг, ігри при суворому лікарському контролі.

Ожиріння. Виділяють три ступені надлишок маси на 30% - I ступінь; на 30-49% - II ступінь, на 50% і вище – III ступінь ожиріння.

Активний руховий режим і дієтотерапія на фоні раціонального загартування організму складають основу профілактики і лікування ожиріння. Обмежують вживання солі і рідин, приправи та екстракти речовин, що викликають апетит. Для збільшення енерговитрат корисне плавання (2-3 рази на тиждень) і регулярні заняття улюбленим видом фізичних вправ.

Починати заняття потрібно з виконання вправ, які розвивають великі м'язові групи. В першу чергу, це м'язи живота й спини, бокові м'язи тулуба, а також м'язи рук і ніг. Тут у найбільшій ступені відкладається жир. Треба намагатися, щоб більшість вправ комплексу базувалося на одночасному залученні в рух різних частин тіла. Наприклад піднімання рук вгору через сторони з одночасним присіданням. Ефективним є виконання вправ з обтяженням невеликої маси 1-5 кг. Вага обтяження підбирається індивідуально. Вона повинна дозволити виконати вправу більше 10-15 разів у серії.

Великий потенціал для оздоровчих цілей мають танцювальні рухи і аеробіка. Вони не тільки розвивають загальну витривалість, а й зміцнюють серцево-судинну і дихальну систему, сприяють витраті енергії, а також створюють позитивний емоційний тонус.

При **захворюваннях ендокринної системи**, при струмах, що протікають без порушень вазоветегативного характеру, можливі заняття фізичними вправами в основній медичній групі. При струмі з явищами тиреотоксикозу, в залежності від вираженості симптомів, учні прямують для заняття в спеціальну або підготовчу медичну групу.

5. Особливості методики фізичного виховання з учнями, які страждають нервово-психічними захворюваннями

Попереково-крижовий радикуліт.

Попереково-крижовий радикуліт відноситься до хвороб периферичної нервової системи. Патологічний процес при цьому захворюванні уражає нервові корінці, що виходять із хребта в його попереково-крижовому відділі В результаті травми чи переохолодження, а найчастіше сполучення обох факторів, у корінцях спинномозкових нервів розвивається запальний процес. Фактором, що призводить до захворювання попереково-крижовим радикулітом, є грип чи інша респіраторна інфекція, що знижує опірність організму і полегшує розвиток запального процесу.

Перший період занять фізичними вправами доцільно виділяти для індивідуальних занять. Ці заняття рекомендують проводити у формі домашніх завдань.

Основна мета занять фізичними вправами учнів, віднесених до СМГ після перенесеного попереково-крижового радикуліту, полягає у попередженні можливих приступів, підвищенні опірності організму до дії факторів, здатних спровокувати це захворювання. З огляду на підвищену вразливість організму учнів, які перенесли раніше хоча б один приступ радикуліту, тривалий час (з 3-го по 6-й місяць від початку занять) не використовують фізичні вправи, здатні спровокувати приступ: енергійні нахили тулуба (обережно застосовують пружні нахили), стрибки, піднімання вантажів понад 6 кг, а також різкі рухи тулуба і ніг. Протипоказані на цей період рухливі і спортивні ігри і їхні елементи, пов'язані з необхідністю виконання різких рухів. З 6-го місяця в заняття починають обережно включати вправи для м'язів спини, тазового пояса і ніг, а з 10-12 місяців, при гарному загальному самопочутті, застосовують ті вправи, що раніше вважали протипоказаними (основний період ФВ).

Самомасаж рекомендують проводити безпосередньо перед фізичними вправами. Він усуває застій крові і лімфи в поперековій області, а це зменшує біль, нормалізує тонус м'язів і підготовляє організм до фізичних вправ. Спочатку, протягом першого тижня, самомасаж займає 5-6 хв., поступово тривалість його збільшують до 7-10 хв.

В уроки фізичної культури включаються вправи на розтягування, особливо, якщо біль віддає в кінцівку, дихальні вправи (діафрагмальне дихання), ходьба лежачи. Темп – повільний, 5-7 повторів, невелика амплітуда, виключаються різкі нахили, стрибки, підскоки, вправи з гантелями в нахилі, з поворотом тулуба.

Особливості методики занять з учнями, які страждають невротами

Фізичні вправи є могутніми умовно-рефлекторними, специфічними подразниками, що впливають великим чином на функціональну перебудову нервової системи, створення нових стереотипів. Вирішальне значення серед педагогічних впливів, при допомозі котрих вдається забезпечити можливість реадптації хворих до умов навчання й праці, тим самим створюючи передумови для видужання від захворювання, має ФВ. Систематичні правильно організовані заняття фізичними вправами і загартуванням дозволяють не тільки відволікти увагу хворого від патологічних змін і переключити увагу на реальні справи і соціально важливі інтереси, але і дають можливість суттєво змінити реактивність центральної нервової системи, що грає важливу роль у властивих цим захворюванням порушеннях.

Механізм впливу фізичних вправ на психіку є найбільш складним і найменш дослідженим. У даний час більшість авторів віддають перевагу дуальній концепції, яка виділяє біологічні і психічні механізми.

При нервово-психічних захворюваннях **симптоми** хвороби виявляються у різних формах: нервово-психічна нерівноваженість, дратівливість, поганий настрій, зниження загальної працездатності, нестійкість уваги, пригнічений стан, поганий сон і апетит. Неврози можуть виникнути внаслідок конституційної схильності, а також на ґрунті слабості нервової системи на фоні загальної перевтоми або наявності інтенсифікації чи інфекції в організмі. Розлад нервової системи може наступити і внаслідок перенесених серйозних травм, ударів, перелому, струсу мозку тощо.

Під час призначення в спеціальну медичну групу при цих захворюваннях лікар спочатку з'ясовує причину, що викликала захворювання, і в залежності від цього призначається методика занять.

Завданнями фізичного виховання учнів з невротами являється поступове підвищення сили, врівноваженості і рухливості нервових процесів, розвиток адаптації до впливу м'язової діяльності, факторів зовнішнього середовища, зниження температурної чутливості, підвищення працездатності організму, а також нормалізації порушених соматичних, психічних і вегетативних функцій. Для вирішення цих задач використовують усі форми занять, що рекомендуються для учнів спеціальних медичних груп. Такий **комплексний** підхід до засобів і методів фізичного виховання для учнів з невротами і неврозоподібними станами має особливе значення. Учні з невротами і неврозоподібними станами рекомендують, крім навчальних занять, РГГ, ввідну гімнастику, заняття ФК-паузами і ФК-хвилинками. Обов'язкова і виключно важлива складова частина процесу фізичного виховання цих учнів – домашні завдання, що включають дозовані фізичні навантаження і загартувуючі процедури.

На заняттях з особами, що мають захворювання нервової системи, не треба виділяти або підкреслювавши їх часом дивну поведінку. Таких учнів рекомендується розсіювати по різних підгрупах. З ними необхідно вести індивідуальні бесіди, виховати інтерес до занять, викликати у них активність, наполегливість.

Неврози – психогенні розлади, обумовлені порушеннями в системі відносин особистості, що в значній мірі формуються чи провокуються конфліктною ситуацією в побуті і навчанні. Цей патологічний процес неможливо вилікувати за рахунок ізольованих впливів на організм, узятих поза конкретними умовами його життєдіяльності. Одужання можливе при допомозі засобів фізичного виховання. Саме тому заняття фізичними вправами в раціональних формах повинні пронизувати увесь режим навчання, праці і відпочинку учнів з такими захворюваннями. Забезпечити цілеспрямоване використання усіх форм фізичного виховання в заняттях з учнями з невротами і неврозоподібними станами, можна лише у випадку хорошого контакту цих учнів з учителем і повного взаєморозуміння між ними. Тільки при цій умові учень зможе активно протидіяти захворюванню, долаючи стереотипи своєї взаємодії з оточуючими.

Загальними особливостями методики фізичного виховання учнів з астеничними й істеричними невротами є такі:

1. Виконання помірних і поступово зростаючих за інтенсивністю аеробних навантажень.
2. Обов'язкове включення в комплекс вправ дихальної спрямованості, які здатні в значній мірі компенсувати явища енергодефіциту.

3. Використання фізичних вправ спрямованих на розвиток гнучкості, рівноваги, статокінетичної стійкості з метою впливу їх на такі психічні якості як впевненість в собі, спокій а також особистісну самооцінку.
4. Застосування комплексів релаксаційних вправ, медитативних поз, вправ для нормалізації процесів психічної саморегуляції і релаксації.
5. Застосування засобів емоційного впливу (музичний супровід, доброзичливе ставлення вчителя до учнів під час занять фізичними вправами) для створення необхідного ступеня оптимістичного, здорового ставлення учнів до занять.
6. Поступове тренування різних м'язових груп на витривалість при умові дозованого застосування фізичних навантажень, що не доводять до стану граничної втоми.
7. Застосування активного відпочинку.
8. Широке використання елементів ігор і змагань в заняттях для тренування активної уваги і покращення психоемоційного стану учнів.
9. Широке, але дозоване застосування елементів загартування у вигляді водних заходів, повітряних ванн, ультрафіолетового опромінення.
10. Застосування засобів фізичного виховання на фоні загального гігієнічно обґрунтованого способу життя, навчання, сну і відпочинку.
11. Самоконтроль, орієнтований, передусім, на вивчення динаміки наростання ознак тренуваності і фізичної підготовленості, з обов'язковою реєстрацією самими учнями досягнутих результатів. Використання цих результатів для переконання учнів у їх можливості зміцнення здоров'я і досягнення високої працездатності.

Кожне **окреме захворювання** вимагає дотримання окремешніх методичних положень. Так, особливістю фізичного виховання учнів з **астенічним неврозом** є використання викладачем в заняттях при вивченні фізичних вправ переважно методу розповіді як основного, а показу – як допоміжного. Навпаки, при **істеричному неврозі** частіше найбільшого ефекту досягають при використанні методу показу фізичних вправ, тоді як розповідь про них звичайно займає підпорядковане значення в навчанні техніці фізичних вправ. В роботі з учнями, які мають різні форми системного неврозу, слід враховувати також і те, що при істеричному неврозі виключно важливі групові заняття фізичними вправами, які сприяють набуттю при цьому захворюванні навичок спілкування учнів з оточуючими.

Дітям з **високим рівнем тривожності** варто включати в заняття вправи на координацію і рівновагу, тому що вони сприяють формуванню зосередженості, концентрації уваги, зниженню різноманітного роду фобій.

Дітям з **астенічним синдромом** рекомендується застосовувати фізичні вправи на розвиток рухливості в суглобах, оскільки гнучкість сприяє тренуванню й посиленню процесу активного гальмування, відновленню й упорядкуванню збуджувального процесу, підвищенню емоційного тону.

У випадках домінування іпохондричної і **депресивної** симптоматики варто визнати доцільним використання ігор, естафет, вправ, що розвивають якості швидкості і спритності, що сприяє підвищенню емоційного фону, розвитку комунікабельності. Позитивний ефект дають рухливі ігри, що передбачають функцію лідера, або шефську роль.

При **істерії**, коли виявляється підвищена чутливість, надмірна емоційність, часта зміна настрою, розлад мови, а іноді і ходи, заняття перший час рекомендується проводити індивідуально. На заняттях увага приділяється прогулянкам на повітрі, катанню на лижах, ковзанах, іграм. При появі в учнів інтересу до занять фізичними вправами їх підключають в загальну групу. Фізичне навантаження для таких учнів обмежується. При **психастенії** індивідуальні заняття не проводяться.

При залишкових явищах після струсу мозку, удару хребта, перенесеного **менінгіту** тощо, заняття проводяться з поступово зростаючим фізичним навантаженням, без різких рухів, перенапруг, бігових вправ, стрибків. Надалі при сприятливій реакції організму на заняття фізичними вправами цю категорію осіб можна переводити в підготовчу групу, а при повному видужанні - в основну медичну групу.

6. Особливості фізичного виховання вагітних

Основні зміни які настають в організмі жінки під впливом вагітності й пологів зводяться до такого: розтягаються м'язи зв'язки пухка клітковинна шкіра черевної стінки і тазового дна; послаблюється вся м'язова система; змінюється ритм дихання; знижується тонуус серцево-судинної системи. І якщо в цей період відсутні зміцнювальні заходи ці зміни, як правило, призводять до розладу діяльності внутрішніх органів.

Особливу увагу звертають на м'язи черевної стінки, що зазнають значного розтягу. Чим краще вони зміцнюватимуться до настання вагітності, тим менше позначиться на них розтяг. У слабких жінок астенічної будови тіла під час вагітності спостерігаються значно більше, ніж звичайно, випинання живота, западання грудної клітки, опускання плечей й закруглення спини. Наукові дані неспростовно свідчать, що у тих жінок, які займаються фізичною культурою і спортом діти народжуються більшими, здоровішими, пологи відбуваються легше і здебільшого без ускладнень. За даними професора С.А.Ягунова, тривалість перших пологів у тренуваних жінок – 13, у нетренуваних – 18 годин. Набагато легше перебігає і у тренуваних жінок післяпологовий період.

Засоби підготовки вагітної до пологів, це регламентація режиму дня і рухового режиму; формування спеціальних навичок особистої гігієни; набуття знань про протікання вагітності і пологів, про внутрішньоутробний розвиток плоду; заняття спеціальною гімнастикою.

Оздоровчо-лікувальна гімнастика показана жінкам з вагітністю, що протікає нормально; вагітним, які страждають захворюваннями серцево-судинної системи в стадії компенсації. Протипоказано займатися гімнастикою при: гострих стадіях захворювань серцево-судинної системи з розладами кровообігу; туберкульозу легенів у фазі спалаху, а також ускладненому плевритом, кровохарканням тощо; гострих захворюваннях нирок, сечового міхура (нефрит, нефроз, пієлонефрит); всіх гострих пропасних захворюваннях (тромбофлебіти тощо); різко виражених токсикозах вагітності, маточних кровотечах, викиднях.

Відомо, що протягом вагітності в жіночому організмі проходять гормональні, анатомічні і фізіологічні зміни, які не обмежуються лише дітородними органами. Змінюється водно-сольовий обмін, збільшується склад внутрішньо- і зовнішньо-клітинної рідини підвищується крово- та лімфо-наповнення судин, зростає хвилиний обсяг крові. У зв'язку зі збільшенням матки розтягуються оболонки черевної порожнини і діафрагми, що призводить до напруження міжреберне м'язів під час дихання.

Наукові розробки і практичний досвід спеціалістів гінекологів і методистів лікувальної фізкультури свідчать про те, що під впливом вправ функції основних систем організму вагітної жінки значно покращуються. Наведені дані і комплекс інших змін свідчать, що процес фізичного виховання вагітних потребує окремої уваги. Вузівська програма фізичного виховання для них не передбачає послідовність використання спеціальних фізичних вправ, їх дозування потужність, навантаження. Вважається, що перші три місяці вагітності обсяг навантажень може бути звичайним, лише з четвертого він повинен зменшуватися, а з шостого пропонують їх різке обмеження, аж до повного виключення.

Фізичні навантаження на заняттях (число повторень, моторна щільність, інтенсивність зростання навантаження тощо) лімітуються для здорових вагітних їх фізичним розвитком, ступенем адаптації до вправ і регулюються викладачем або методистом при безпосередньому нагляді лікаря. Необхідно суворо стежити за самопочуттям жінки, за станом і реакціями її організму і плода (за ЧСС до і після кожного заняття) на навантаження.

Вагітні, які раніше не займалися фізичною культурою в перші 2 тижні мають вправлятися не більше 15 хв. починають заняття з простих вправ, комбінуючи їх з дихальними. Вагітні, які раніше займалися, можуть збільшити час заняття до 20 хв, а при доброму самопочутті – до 25-30 хв.

Найбільш часто зустрічаються такі відхилення в стані здоров'я й фізичному розвитку, що ускладнюють протікання вагітності й пологів: ожиріння, гіпотонія, варикозні розширення вен нижніх кінцівок, залишкові явища перенесених запальних захворювань внутрішніх статевих органів. На 1-х трьох відхиленнях ми зустрінемося, при четвертій – необхідно звернутись до лікаря-гінеколога.

Для вагітних, які хворіють **ожирінням**, характерні: надмірна вага, порушення процесів обміну речовин, відхилення в діяльності різних органів, порушення функції зовнішнього дихання (поверхневе, аритмічне, дискоординоване), схильність до гіпоксії (гіпоксемії, судинних дистоній (гіпертонії, гіпотонії), до розвитку пізніх токсикозів вагітності. Такі вагітні потребують ретельного обстеження з метою визначення стану різних органів і систем. У заняттях з ними особливу увагу звертають на вдосконалення функції зовнішнього дихання і поєднання глибокого ритмічного дихання з напруженням скелетної мускулатури. Вагітним при ожирінні показані плавання і прогулянки на лижах.

Вагітним, які хворіють на **гіпотонію** характерні АТ не вищий за 100/60 мм.рт.ст., понижена витривалість, швидка втомлюваність, схильність до судинних дистоній і тахікардії, лабільність пульсу, головні болі, запаморочення, неспокійний сон, в'ялість і апатичність. При заняттях гімнастикою з цією групою вагітних слід знизити щільність навантаження, обов'язково чергувати напруження з розслабленням і дихальними вправами, зберігати стриманий емоційний фон. Для них показаними є нетривалі спокійні прогулянки. Найкраще їх робити у ранкові години і перед сном. Прогулянки проходять у повільному темпі із зупинками для відпочинку в міру необхідності. Тривалість прогулянки – 1-1,5 год. У другій половині вагітності відстань для піших прогулянок скорочують до 0,5-1 км, а час перебування на повітрі – збільшують. Перебувати на повітрі взимку необхідно не менше 1,5 год., влітку – довше. Під час вагітності, якщо жінка не займатиметься профілактикою, варикозне розширення вен з'являється в більшості випадків. Для вагітних з варикозним розширенням вен нижніх кінцівок характерні: неповноцінність судинної системи з мало вираженими порушеннями гемодинаміки і застоєм крові у вузлах розширених вен, схильність до тромбоутворення, болі в ногах. Для тих, хто має початкову форму варикозного розширення вен (без наявності вузлів) рекомендується 3-4 рази на день лежати по 15-20 хв з піднятими на опору ногами, після чого виконуються прості вправи. Для таких вагітних рекомендується плавання, яке забезпечує тонізуючий вплив води на кровоносні судини і поліпшення гемодинаміки.

Розроблена експериментальна програма з фізичної виховання для вагітних спеціального відділення враховує планування фізичних навантажень і вибір вправ в залежності від терміну вагітності. Ми використовуємо періодуку, яка включає 5 етапів згідно врахування розмірів матки. При проведенні вправ з вагітними ми додержуємося основних дидактичних принципів: лише поступове збільшення навантажень, послідовний перехід від легких вправ до більш складних; рівномірне включення в роботу м'язів хребта, тулуба, нижніх кінцівок; обмеження виконання великої кількості вправ підряд для м'язів черевної стінки; необхідність підтримання ритмічного дихання під час виконання кожної вправи; вибір вправ згідно періоду вагітності, можливостей їх виконання, стану здоров'я і самопочуття.

На початковому стані вагітності ми пропонуємо вагітним складати реферати, в яких висвітлюються питання використання засобів фізичної культури в цей період життєдіяльності. Після цього кожна жінка сумісно з викладачем розробляють індивідуальні плани фізичних вправ, їх послідовність та інтенсивність. На заняттях в спецвідділенні вони навчаються методиці їх виконання і дозування, отримують завдання для самостійного виконання, знайомляться з прийомами самоконтролю, веденню щоденників, демонструють комплекси вправ, проводять аналіз того, що зроблено вдома самостійно.

При встановленні вагітності спортивні тренування та участь в змаганнях слід припинити. З програми занять вилучають силові вправи і вправи з натужуванням, струсами тіла, особливо в перші 3-4 місяці, коли запліднена яйцеклітина ще недостатньо міцно з'єднана із слизовою оболонкою матки. У це період спеціальними вправами зміцнюють м'язи черевного пресу, спини, тазового дна, міжреберні м'язи; застосовують вправи для підвищення рухливості у зчленуваннях малого тазу поліпшенні кровообігу в ньому.

Дотримувалась наступна направленість і послідовність процесу фізичного виховання. **На першому етапі вагітності (до 16 тижня)** ті вагітні, які активно займалися спортом до вагітності виконують звичайні вправи, але в обмеженому темпі. Вагітним, у яких фізичний стан не відповідає необхідним нормам, ми пропонуємо вправи невисокої інтенсивності, крім днів, в які повинні бути три перші менструації. Направленість фізичних вправ спрямована на підтримання координації, нормалізацію ритму дихання, також використовуються невеликі м'язові напруження дистальних відділів кінцівок.

В організмі проходять гормональні перебудови які в окремих жінок обумовлюють виникнення ряду функціональних розладів нервової системи. Заняття гімнастикою в цій фазі сприяють значному покращенню загального стану і самопочуття вагітної, регулюючи протікання гальмівно-збудливих процесів в ЦНС, покращуючи кровопостачання і процеси обміну речовин. Вони попередять розвиток ранніх токсикозів чи понижують силу їх прояву.

Вправи можуть виконуватися з різних вихідних положень, включаючи лежачи на животі. Заняття в I фазу повинні включати дихальні вправи з глибоким, спокійним диференційованим (черевне, грудне, змішане) диханням. Корисні вправи з великою амплітудою в суглобах з произвольним напруженням і розслабленням різних м'язових груп скелетної мускулатури. Необхідно уникати вправ зі струсами тіла (стрибками, зістрибуваннями, навіть різкими рухами руками), зі значним підвищенням черевного тиску (виси, підтягування, упори), щоб не спровокувати переривання вагітності.

На другому етапі, з 17-го по 24-й тиждень, коли матка починає розміщуватись у порожнині великого тазу, застосовуються вправи, метою яких є збереження повного обсягу рухів в суглобах, підвищення еластичності м'язів за рахунок їх напруження і розслаблення, звертається увага на координацію виконуваних рухів з диханням, поступове оволодіння диханням діафрагмального типу з включенням в цей процес м'язів передньої стінки черева.

В II фазу вагітності (16 - 24 тижні) відбувається прогресивний ріст плоду і збільшення розмірів вагітної матки. Проте ці зміни не обмежують моторики жінки, зв'язок плоду з маткою зміцнюється за рахунок формування плаценти. Зникають функціональні розлади в ЦНС і явища токсикозів. В 2 половину II фази вагітності мати починає відчувати ворушіння плоду. Спрямованість вправ в цю фазу полягає в зміцненні скелетної мускулатури, особливо довгих м'язів спини, черевного пресу і внутрішньотазових м'язів; в оволодінні глибоким, ритмічним і диференційованим диханням в процесі виконання фізичних вправ, що дуже важливо для повноцінного постачання матері і плоду киснем при виконанні виробничих і побутових фізичних навантажень. Важливе значення має вдосконалення рухливості кульшових суглобів, гнучкості хребта і розтягування м'язів тазового дна.

У зв'язку з тим, що на **третьому етапі вагітності, тобто з 25-го до 32-го тижня,** збільшена матка починає викликати стискання судин малого тазу і утруднює відтік крові і лімфи, вже обмежується виконання вправ в положенні *стоячи*, зменшується їх *темп*. В цей час збільшується недоцільна напруга м'язів спини і нижніх кінцівок. тому приділяється особлива увага вправам на розтягування поперекового відділу хребта, дна тазу і його внутрішніх м'язів. Продовжується удосконалення активної о розслаблення м'язів. На 7-8 місяці у зв'язку із значними збільшенням матки більшість вправ виконують в положенні лежачи. В цей період треба навчатися правильно дихати через напружений черевний прес, напружувати й розслаблювати м'язи живота, тобто використовувати вправи, що полегшують процес пологів.

III фаза вагітності (24-32 тижні) характеризується значним збільшенням розмірів плода, і, як наслідок - розмірів і маси матки, дно якої до кінця III фази розміщується вже посередині відстані між пупком і мечеподібним відростком. Об'ємна важка матка займає значну частину черевної порожнини, переміщуючи центр ваги тіла жінки. За рахунок вирячування вперед округлого живота і грудної клітини, відкидання назад плечових суглобів і збільшення поперекового вигину хребта формується "горда постава вагітної". З III фази вагітності ускладнюється крово- і лімфообіг в черевній порожнині. Можуть з'являтися невеликі набряки нижніх кінцівок і порушення сечотоку внаслідок стискання вагітною маткою сечопроходів і кровоносних судин черевної порожнини.

Основна мета занять в цей період – покращення кровообігу і усунення венозних застоїв в органах, покращення процесів обміну речовин і діяльності кишківника; вдосконалення у вагітної навичок до послідовного напруження і розслаблення усіх м'язових груп скелетної мускулатури і збереження глибокого ритмічного дихання при виконанні різних фізичних вправ (при напруженій черевній стінці). Це слугує підготовкою вагітної до керування м'язами і диханням при пологах. Вправи виконуються в основному сидячи на підлозі, кріслі, гімнастичній лавці, лежачи на спині чи на боці, стоячи на колінах, ліктях і колінах. Вправи стоячи обов'язково виконуються біля опори.

Четвертий етап вагітності (з 33 по 36 тиждень) характеризується тим, що змінюється розташування органів в черевній порожнині і їх функціонування. Це призводить до збільшення

поперекового лордозу і напруження м'язів спини і, як наслідок, постави і ходи вагітної. Тому на цьому етапі ми включаємо вправи на **корекцію постави**, укріплення м'язів **спини**. Всі вправи проводяться у **щадному темпі**, в основному в положенні **сидячи** та **лежачи**. На цьому етапі вагітним вагітним рекомендується виключати енергійне **піднімання рук вище плеч**, вдосконалювати проведення **дихальних вправ**, які можуть бути використані при пологах (зміна ритму, затримки і ін.).

IV фаза вагітності (від 32 до 36 тижнів) – період початку декретної відпустки, яку кожна жінка повинна відвести виключно для зміцнення свого здоров'я, і сприяння повноцінному розвитку своєї дитини. В цю фазу вагітна матка розміщується максимально високо, обмежуючи екскурсію діафрагми і понижуючи ЖЄЛ. Посилюються обмінні процеси і зростає потреба в кисні матері і в дитини. Маса тіла вагітної значно зростає, зміщується центр маси тіла, що може викликати плоскостопість.

Заняття фізичними вправами використовуються для того, щоб вдосконалити дихання, забезпечуючи цим злагоджену функцію серцево-судинної і дихальної системи, а також з метою покращення крово- і лімфотоку в усіх органах і тканинах матері і плода, усунення венозних застоїв і попередження розвитку плоскостопості. Систематичні вправи покращують гнучкість хребта, рухливість кульшових суглобів, розтягування тазового дна, забезпечують більш вільне просування плода по родовим шляхам під час пологів.

В V фазу вагітності (36 тижнів до початку пологової діяльності) закінчується дозрівання плода і його підготовка до постнатального існування. Мета занять така ж як і в попередній фазі. В 5 фазі повинно завершуватися закріплення навичок до раціонального розподілу зусиль при виконанні фізичних навантажень, до керування своєю мускулатурою, до ритмічного дихання при напруженій фізичній діяльності і розслабленням м'язів. Хороша фізична підготованість до пологів забезпечить їх швидке безболісне протікання і відсутність ускладнень. Рекомендується використання в якості засобів фізичного виховання природних факторів повітря, світла, води.

Хоча фізичні вправи на п'ятому етапі вагітності виконуються лише в медичних установах і лише під наглядом лікаря або акушерки, їх вивченням і дозуванням вагітні заздалегідь займаються на навчальних заняттях з фізичного виховання в спеціальному відділенні. Направленість цих вправ спрямована на **тренування режиму дихання і потуг**, вироблення рефлексу для розслаблення м'язів після останнього видиху, або при скороченні матки.

Окрема увага на заняттях з фізичного виховання в спеціальному відділенні з вагітними приділяється методичним підходам для направленої впливу фізичних вправ в післяпологовий період. Вони навчаються вправам на укріплення м'язів черева, на профілактику та попередження тромбозів, стимуляцію кровообігу і обміну речовин.

Накопичений на протязі двох років досвід організації фізичного виховання з вагітними, аналіз їх стану здоров'я і фізичної працездатності дозволяє нам вирішувати його у вигляді гнучкої програми для спеціального відділення. Вважаємо, що активна участь вагітних в розробці і організації такого роду діяльності, крім суто оздоровчих і підготовчих до пологів умов, забезпечує певний досвід фахової підготовки майбутніх лікарів.

7. Організація і методика занять з учнями, які мають порушення зору

В даний час установлено, що короткозорість частіше виникає в осіб з відхиленнями в загальному стані **здоров'я**. За даними Т.С. Смирнової, серед дітей, що страждають короткозорістю, кількість практично здорових виявилось в два рази менше, ніж серед усієї групи обстежених школярів. Відзначається зв'язок короткозорості з такими захворюваннями, як ревматизм, рахіт, хронічний тонзиліт, важкі інфекційні захворювання.

Помічено, що в короткозорих дітей частіше, ніж у здорових, зустрічаються зміни опорно-рухового апарата: **порушення постави**, сколіоз, плоскостопість (таблиця). Це зв'язано з неправильною позою при читанні і письмі, а також зі швидким стомленням м'язів шиї і спини. Порушення постави, у свою чергу, впливає на стан внутрішніх органів і систем, особливо дихальної і серцево-судинної, викликаючи підвищене стомлення.

Залежність порушень опорно-рухового апарату від гостроти зору

Вади	Сколіоз	Порушення постави	Деформація грудної клітки	Плоскостопість	
Абсолютна сліпота	8	3	1	2	1
Світловідчуття	9	3	4	3	2
0,01-0,04	9	7	3	3	4
0,05-0,08	1	4	0	5	1
0,09 і вище	15	4	1	8	5
Разом	42	24	9	21	13

Ниж глибші порушення зору, тим більш значні відхилення в фізичному розвитку.

Порівняльні дані про порушення опорно-рухового апарату в сліпих учнів Горківської школи-інтернату і зрячих учнів ЗОШ №53 %

Вік, років	Викривлення хребта		Деформація грудної клітки		Сутулість	
	Сліпі	Зрячі	Сліпі	Зрячі	Сліпі	Зрячі
8	8,3	2,6	2,7	0,4	2,6	1,3
10	8,1	2,5	3,1	0,4	2,7	1,4
12	7,5	3,0	2,8	0,1	2,9	1,4
14	7,6	3,5	2,8	0,3	2,6	1,3
16	7,1	3,1	3,0	0,3	0,4	1,4

И.В. Сухиненко (1980) установила, що дівчата 15- 17 років, що страждають короткозорістю середнього ступеня, значно відстають за рівнем фізичної підготовленості від ровесниць з розмірною рефракцією. У них відзначається істотне зниження кровотоку в судинах ока й ослаблення акомодативної здатності. Систематичне застосування циклічних фізичних вправ (біг, плавання, ходьба на лижах) помірної інтенсивності в комплексі зі спеціальним тренуванням акомодативної сприяли значному підвищенню рівня витривалості і впливали на всі показники акомодативної здатності очей. Разом з тим, після циклічних вправ *значної інтенсивності*, а також вправ на гімнастичних снарядах, *стрибків* зі скакалкою, *акробатичних вправ* в осіб з міопією середнього ступеня відзначалася виражена ішемія очей, що зберігалася протягом тривалого часу.

Короткозорість частіше розвивається в шкільному віці, у роки навчання, і пов'язана головним чином із тривалою зоровою роботою на близькій відстані (читання, писання, креслення), особливо при недостатнім чи неправильному освітленні й у недостатніх гігієнічних умовах. Постійне напруження зору, неправильна поза і постава за письмом, читанням, призводить до втоми зору та позначається на функціональному стані всієї ЦНС. Дослідження показали, що зниження працездатності слабозорих дітей зумовлене підвищеною втомою очей, яка щодня збільшується. Це відповідає даним А.Н.Гнезушина, який стверджує, що втома зору зростає протягом навчального дня. У деяких слабозорих дітей відзначається зниження гостроти зору, зміна лабільності, електричної чутливості, бачення очей після 3-го уроку. На 4 уроці спостерігається значне зниження зорових функцій. На 5-му уроці зір погіршується настільки, що учні відмовляються сприймати навчальний матеріал.

Встановлено, що однією з причин короткозорості є послаблення ціліарних м'язів ока. Цей недолік можна виправити з допомогою спеціально розроблених комплексів фізичних вправ для зміцнення м'язів ока. В результаті прогресування короткозорості часто зупиняється або сповільнюється. Однак надмірне навантаження може і негативно вплинути на здоров'я. Тому необхідно з особливою увагою організовувати заняття з фізичного виховання .

Розрізняють 3 ступені короткозорості: слабка – до 3.0 діоптрій; середня – 3.5 – 6.0 діоптрій і сильна – 6.0 і більше дпт.

Дітей з порушенням зору доцільно розподіляти з урахуванням характеру захворювання очей, загального стану здоров'я і ортопедичних дефектів. Розподіл здійснюється за такими групами: основна, підготовча, СМГ№1, СМГ№2, група ЛФК. В **основній медичній групі** займаються учні з слабкою ступінню короткозорості. Учні зі слабкою ступінню короткозорості (до 3 дпт) входять в основну медичну групу і можуть займатися на уроках фізичною культурою і в спортивних секціях. Тому усі засоби, які передбачені програмою можуть використовуватися учнями з порушенням зору. Програмні вимоги виконуються учнями зі слабкою ступінню короткозорості без обмежень .

Діти з середньою ступінню - належать до **підготовчої медичної групи**. Учні з короткозорістю середнього ступеня (3,5-6 дпт) входять в підготовчу медичну групу і під час уроків фізичної культури займаються разом з практично здоровими дітьми. Перед ними стоять ті ж задачі, що і перед здоровими дітьми. Проте практичні заняття з фізичної культури з такими учнями фахівці радять проводитися **окремо** від учнів основної медичної групи. В програму для учнів з середньою ступінню короткозорості варто внести обмеження. Так, при виборі засобів фізичного виховання потрібно виключити стрибки з висоти більше 1,5 м, вправи з великим і тривалим фізичним напруженням. Ступінь нервово-м'язового напруження і загальне навантаження при заняттях фізичного виховання повинні бути дещо меншими, ніж в однокласників основної медичної групи . Якщо немає можливості виділити учнів з короткозорістю в самостійну групу, їх доцільно розділити на 2 підгрупи: учнів з короткозорістю 3,5 – 4,5 дпт включити в підготовчу групу, а учнів 5-5,5 дпт – в спеціальну.

До **спеціальної медичної групи** спрямовуються діти з відхиленнями більше 6-ти дпт. Поряд з іншими задачами важливими є профілактика прогресування короткозорості, профілактика і корекція змін постави . При цьому до **СМГ№1** виділяють дітей з певними захворюваннями: підвивих кришталика, глаукома, висока міопія, ускладнена гіперметропія. За загально клінічними характеристиками ці діти – здорові і могли б займатися в підготовчій медичній групі, проте їм протипоказані вправи пов'язані з підніманням вантажів, поштовхами, різкими нахилами голови тощо. В **СМГ№2** займаються діти, що страждають важкими загально клінічними захворюваннями (серцево-судинні і дихальні, органічними порушеннями ЦНС тощо).

Окрім ступеня порушень має значення наявність (чи відсутність) інших змін органу зору. Учні з хронічними запальними і дегенеративними захворюваннями очей незалежно від гостроти зору зараховуються до СМГ. У відповідності до інструкції 15 листопада 1974 року відбір школярів в кожен з медичних груп за станом органа зору здійснюється таким чином:

група ЛФК учні з високим ступенем короткозорості (8 діоптрій), але без патологічних змін очного дна при гарній фізичній підготовленості можуть виконувати майже всі вправи з навчальної програми. **Небажані** лише вправи на високій і середній колоді, стрибки і зіскоки, опорні стрибки, перекиди і стійки на голові, вправи на гімнастичній стінці вище 4 – і поперечини, стрибки з підкидного містка, стрибки у воду вниз головою, тривалі стрибки через скакалку, а також інші вправи, при виконанні яких можливі падіння і різкі струси тіла. У цій групі **варто більш широко** використовувати дихальні і коригувальні вправи, а також спеціальні вправи для зовнішніх і внутрішніх м'язів очей .

Умовно виділяють 2 групи осіб з порушеннями зору. До 1 групи належать особи, які мають короткозорість із зміною очного дна, підвивих кришталика, косоокість, 2-ї – особи з атрофією зорового нерва, далекозорістю (гіперметропією) і альбінізмом.

Учням 1 групи **протипоказані**: вправи зі статичним напруженням, значними обтяженнями, прискореннями, стійки на голові, руках, стрибки в воду, нахили вперед з положення стоячи, далекі і високі стрибки, волейбол, футбол, де можливі зіткнення, бадмінтон, штовхання кулі, метання гранати.

Дозволені: загальнорозвивальні вправи, ходьба і повільний біг, вправи на швидкість реакції і частоту рухів, на гнучкість і рівновагу, на розслаблення м'язів, диференціацію простору, часу і ступеня м'язових зусиль, лижні прогулянки, плавання, метання м'ячів, настільний теніс

Дані отримані в результаті проведеного експерименту показують, що реакція на фізичне навантаження будь-якого характеру у короткозорих відрізняється від показників нормальнозорих школярів. Якщо в останніх погіршення зорових функцій складають 20-25%, то

у короткозорих – 25-62,5%. З цього можна зробити висновок, що силові вправи та статичні навантаження не дають бажаних результатів. Для короткозорих більше підходять навантаження на витривалість та швидкість. Але потрібні більш глибокі дослідження.

Методика проведення занять в підгрупі “В” дещо відрізняється від інших груп. У занятті зі школярами 20 хв відводиться на підготовчу частину, яка ділиться на два проміжки по 10 хвилин. У першій половині учні виконують вправи гігієнічного характеру з впливом на всі м'язові групи, у другій - учні самостійно виконують спеціальні вправи.

Для виконання індивідуальних вправ в умовах залу учні розбиваються на мікрогрупи по 3-4 особи (за характером захворювання), їм пропонуються комплекси з описами і фотоілюстраціями. Викладач заздалегідь складає комплекси фізичних вправ, з урахуванням специфіки захворювання для кожного що займається. Викладач допомагає правильно вивчити вправу. Спочатку вправи виконуються тільки під спостереженням викладача, за тим їх можна і потрібно виконувати самостійно в домашніх умовах.

На всіх заняттях у підготовчій і вступній частинах обов'язково повинні виконуватися коригувальні вправи. Необхідно звертати увагу учнів на правильне виконання навіть самих звичайних і простих вправ, вчасно виправляти неточності. Складні вправи розучуються тільки після міцного засвоєння простих вправ, при цьому необхідно домагатися краси у виконанні.

В основній частині викладач допомагає правильно вивчити вправу, на яку відводиться 15-20 хвилин. Для в групі “В” не виключаються із занять і елементи легкої атлетики (біг, стрибки, метання, штовхання ядра). У заняттях передбачаються також вправи на розвиток сили, спритності, швидкості і витривалості. Для занять використовуються всі засоби фізичної культури, передбачені програмою з фізичного виховання. В основній частині також проводиться гра або ж вправи ігрового характеру під рахунок або музику, за планом для груп “А” і “Б”.

У заключній частині заняття проводяться ходьба, вправи на увагу, спокійні ігри.

8. Фізичне виховання з учнями, які мають вади постави.

Кількісне розповсюдження порушень постави серед молодших школярів досягає більше 60%, причому приблизно в однаковому співвідношенні у хлопців і дівчат. При цьому серед учнів молодших класів України часто мають місце початкові елементи порушення постави, що не враховується в більшості праць.

Порушення постави найчастіше спостерігається у фізично слабких дітей, які перенесли важкі захворювання різної етіології чи травматичні ушкодження хребта. У деяких юнаків і дівчат причиною скривлення хребта є й ендокринні захворювання в період статевого дозрівання.

Великий вплив на функцію кістково-м'язової системи має спосіб життя, що веде дитина, її звички протягом тривалого часу. Наприклад, однобічна робота одних частин тіла чи бездіяльність мускулатури всього тіла можуть викликати небажані відхилення від норми.

Порушення постави тісно корелюють з низькими показниками фізичної підготовленості, фізичного розвитку і ряду функціональних показників. У молодших учнів, які мають порушення постави зафіксовано і невисокий функціональну готовність, нижчу середньої фізичну підготовленість, дисгармонійність у фізичному розвитку. Дані медичних обстежень учнів свідчать, що в більшості юнаків і дівчат, які мають деформації хребта, погану поставу і ходу, спостерігаються і негативні функціональні зміни серцево-судинної і дихальної систем. Вони значно відстають від своїх однолітків за фізичним розвитком і підготовленістю, у них невелика життєва ємність легень і екскурсія грудної клітки, низькі показники кистьової і станової динамометрії. Так, при визначенні сили м'язів кисті з'ясувалася закономірність: чим більшим є прояв деформації, тим нижчими є показники динамометрії. Результати досліджень виявили зниження функціонального стану дихальної системи у дітей з порушеннями постави та хворих на сколіоз. Спроба з дозованим навантаженням (20 присідань за 30 с) виявила, що дітям з порушеннями постави та хворих на сколіоз властиві не тільки низькі функціональні можливості, а й недосконалість координації між диханням і кровообігом.

Викладач повинний з перших днів занять виробити в учнів правильну уяву про поставу, розповісти про її значення і про міри попередження порушення правильної постави. З цієї

метою варто провести бесіди, показати учнем, як треба правильно ходити, стояти і сидіти за робочим столом.

При порушеннях опорно-рухового апарата, травмах хребта порушується ритм дихання. Багато учнів утримується від глибокого дихання, від усіх рухів, що сприяють глибокому диханню, нерідко причиною такого обмеження є болі, що з'являються під час руху. Легенева недостатність викликається наявністю залишкових явищ після перенесеної хвороби, тобто утворенням структурних змін у легеневій тканині чи функціональним порушенням ритму дихання (фаз вдиху і видиху). Тому на заняттях необхідно приділити особливу увагу вправам на дихання.

Тільки шляхом проведення комплексних заходів, тобто сполучення спеціальних і різнобічних вправ, спрямованих на зміцнення організму і розвиток рухової можливості учнів, можна зупинити розвиток деформації хребта, а в деяких випадках домогтися його виправлення.

Так в результаті проведеного комплексного лікування дітей (раціональний режим, ортопедичний режим, лікувальна гімнастика, масаж, лікувальне плавання, електростимуляція м'язів спини, гідротерапія, загальнозміцнююче лікування, раціональне харчування, лікування, лікування супутніх захворювань та ін.) протягом 2 років 145 дітей 7-12 років з 1 ступінню сколіотичної хвороби: 72 дитини (49,6%), з 2-ю – 45 (31%), 3-ю – 28 (19,3%). В результаті педексперименту отримані такі результати: 19,3% дітей отримали покращення, 70,2% - сколіоз не збільшився, 10,5% - деформація хребта зростала.

Сколіоз

Практично варто розглядати **вади постави** і власне сколіоз. Постава організму визначається не тільки біомеханікою хребта, але і статико-динамічними умовами.

Сколіоз варто розглядати як складне захворювання кісткової і нервово - м'язової системи організму, що росте, з переважаючими проявами хвороби в області хребта. Тому в теперішній час прийнято вживати термін “**сколіотична хвороба**”.

Перші ознаки захворювання проявляються у віці 7-9, 11-12 років. На ранніх стадіях вони виражені не чітко. Найбільш типовим раннім симптомом є дугоподібне викривлення лінії, що з'єднує остисті відростки грудних хребців. Випуклістю дуга частіше звернена вправо. У худорлявих дітей дугоподібність помітна і без спеціальних прийомів. Якщо обережно потягнути дитину за голову вертикально вгору, то дугоподібне викривлення може зникнути. В таких випадках говорять про функціональний сколіоз. При цьому відмічається тільки бокова флексія хребта, без будь-яких анатомічних змін. Про ступінь прогресування захворювання судять величиною зростання бокового викривлення хребта за рентгенологічними знімками. До числа хворих з прогресуючими формами сколіотичної хвороби варто відносити тільки тих, в яких приріст величини викривлення хребта сягає за рік 15°.

Чаклін В.Д. виділяє такі **форми сколіозу**. 1. Простий однобічний, при якому виявляється невелике локальне викривлення, наприклад вправо. 2. Дугоподібний – викривлення захоплює значну частину хребта, але випуклістю звернена в один бік. 3. S – подібний – окрім основного викривлення, наприклад, в грудному відділі, спостерігаються додаткові - в нижчій частині хребта. Це найбільш поширена форма сколіозу. 4. Кіфосколіоз – окрім бокового викривлення хребта спостерігається реберний горб, який добре помітний при нахилі вперед.

Розрізняють 4 **ступеня** розвитку **сколіозу**:

I – вади постави обумовлені м'язовою слабкістю, початковими ознаками бокового викривлення хребта з асиметрією плечового поясу і неоднаковими боковими трикутниками. Дитина в стані активно випрямити хребет.

II – бокові відхилення хребта більше виражені, помітні зміни грудної клітини, чітко проявляється компенсаторне викривлення. Кут викривлення до 25°. Наростає фіксація хребта в області викривлення. Формується реберний горб, особливо при збільшенні торсії хребців, клінічно проявляється утворенням м'язового валика. Дитина ще може частково активно випрямити хребет.

III – виражений сколіоз з фіксацією, торсією і наявністю реберного горба. Кут викривлення - 60°. Спостерігається асиметрія грудної клітки. Сколіоз не викривлення мало піддається пасивній корекції.

IV – значна деформація хребта з кутом викривлення більше 60°, з фіксацією хребта, вираженою торсією вторинним викривленням, (наявністю спондилоартрозу у дорослих), невіддатливим реберним горбом і зміщенням органів грудної порожнини. Пасивній корекції не піддається.

Учні з I і II ступінню **викривленням хребта**, яким потрібне загальне зміцнення м'язів тулуба і коригуючі вправи спрямовують у групу “В”, учні з III ступінню викривлення хребта спрямовуються в лікувальну групу, а з IV - звільняються від занять фізичними вправами.

Фізичні вправи при сколіозі першого і другого ступеня застосовуються для надання стабілізуючого впливу на хребет шляхом різнобічного зміцнення м'язової системи. Рівномірне зміцнення м'язової системи допомагає правильно зберегти положення тіла при статичному і динамічному навантаженні. Особливо велике значення мають вправи, спрямовані на зміцнення м'язів черевного пресу, спини, клубно-поперекового м'язу.

Методика проведення коригувальних вправ.

Заняття коригувальною гімнастикою проводяться груповим методом (тривалість уроку 30-45хв.) та індивідуально в кабінетах ЛФК при дитячих лікувальних закладах.

В склад групи рекомендується включати дітей однієї вікової групи з однаковими викривленнями хребта.

При сколіозі доцільно підбирати вправи суворо за анатомо-фізіологічним впливом у відповідності до форми, напрямку і ступінню викривлення хребта. Вони повинні відповідати принципам корекції.

При корекції зміщення тіл хребців у фронтальній площині виконують вправи для розтягування м'язів з врахуванням напрямку викривлення хребта у вигнутий бік і скорочення розтягнутих м'язів на випуклій. При сколіозі грудного відділу хребта застосовують асиметричне положення рук, поперекового – ніг. Нахил слід виконувати тільки в бік випуклості викривлення. Дітей з S-подібним викривленням навчають фіксувати відповідні відділи хребта: слідкують, щоб скорочувались м'язи того відділу хребта, корекцію якого проводять.

У випадку сколіотичного посилення фізіологічних вигинів в сагітальній площині (кіфозу у грудному відділі хребта і лордозу - у поперековому) суворо слідкують, щоб розгинання тулуба виконувалось на рівні вершини грудного кіфозу, а для зменшення поперекового лордозу (в.п. лежачи на животі) під живіт підкладають мішечок з піском. Нахили вперед виконують в поперековому відділі.

При сколіотичній хворобі викривлення хребта у сагітальній площині може бути відсутнім, а може бути виражено в різних ступенях. Інколи замість кіфозу в грудному відділі відмічається лордоз, а в поперековому – кіфоз. В таких випадках заняття варто будувати відповідно до патології, яка є в дитини. Особливо важко коригувати торсію хребців, яка потребує точності виконання вправи. Наприклад, при правобічному грудному сколіозі необхідно виконувати поворот плечового поясу і правої руки справа наліво при фіксованому тазі і поперековому відділі хребта. Фіксуючи грудний відділ, можна виконувати торсію поперекового відділу зліва направо. Дотримуючись цих принципів складають приблизний індивідуальний комплекс вправ з врахуванням ступеня і характеру викривлення хребта, віку, статі, тренуваності дитини. Протягом курсу лікування вправи слід періодично змінювати.

9. Методика занять зі учнями з пошкодженнями опорно-рухового апарату

У спеціальну медичну групу направляються особи з залишковими явищами, тобто наявністю контрактури, спайок, м'язової атрофії, частковою утратою функцій руху тощо, тому в залежності від характеру ушкодження потрібно підбирати такі вправи, що будуть сприяти відновленню загублених чи функцій у випадку повної втрати розвивати замісні функції.

При рекомендації фізичних вправ для учнів з даними захворюваннями, насамперед, необхідно вивчити і правильно оцінити ушкодження чи травму, визначити залишкові явища. Наприклад, при переломах можуть бути місцеві зміни: зміни форми кісти, суглобів, порушення фізіологічного м'язового тону, лімфо- і кровообігу й ін.

Спеціальні вправи необхідно сполучати з вправами на розслаблення.

При **переломах верхніх кінцівок** рекомендуються вправи з рухами у всіх напрямках, у повільному і середньому темпі з поступовим збільшенням амплітуди рухів і навантаження. Поступово й обережно в заняття можна включати вправи з предметами: гантелями невеликої ваги (200-300 г) з набивними м'ячами (1,5-2 кг); протипоказані різні прості і змішані виси, різкі рухи, вправи з опором.

Для учнів, які перенесли **перелом кульшового суглобу**, із занять виключаються стрибки в глибину, на дальність і у висоту, різкі рухи ногами; рекомендуються вправи зі згинанням і розгинанням ніг і колінних суглобах з вихідного положення лежачи, сидячи, лежачи, махові рухи ногами лежачи біля опори і тримаючись об неї однієї чи двома руками, вправи з напруженням (піднімання і повільне опускання однієї, обох ніг). У заняття поступово включаються ходьба (спочатку повільна), присідання, випади вперед, вправо, уліво. Усі ці вправи сприяють відновленню рухливості в суглобах і розвитку сили м'язів ніг.

При *переломах гомілки, вивихах у гомілковостопних суглобах* методика проведення занять та ж. Додатково включаються вправи для пальців ніг, переднього відділу стопи. Функцію стопи відновлюють повільною ходьбою, виконанням присідань на пальцях, повній ступні, з опорою і без опори рук. Рекомендується повільна їзда на велосипеді, ходьба на лижах по слабо пересіченій місцевості, дуже корисне плавання брасом.

Учням, які перенесли *травми грудної клітки, забої чи розтягнення м'язів*, рекомендується спочатку виконувати найпростіші вправи без предметів, з невеликою амплітудою руху. Після придбання необхідної адаптації організму до фізичних навантажень включаються вправи з предметами: гантелями (вагою 100—150 г), ціпком, волейбольними чи баскетбольними м'ячами. Необхідно увесь час стежити за правильним диханням, щоб під час виконання вправ не було затримки дихання. Потрібно поступово привчати до повного дихання, особливо звертати увагу на видих. Не можна давати вправ з великою напругою, зусиллями, а також форсувати розвиток рухливості грудної клітки. Виконувати спеціальні дихальні вправи ці особами повинні з великою обережністю. Фізичне навантаження можна поступово підвищувати: спочатку за рахунок зміни вихідних положень, потім за рахунок характеру виконання вправ (з малою, середньою і великою амплітудою), за рахунок скорочення пауз між вправами і збільшення кількості повторень.

Плоскостопість — одне з найбільш частих відхилень у юнаків і дівчат. Плоскостопість, що почалася в дитинстві, з віком прогресує і зберігається в дорослому періоді життя у 60–70% осіб, обумовлюючи розвиток порушень постави, деформацій грудної клітини і нижніх кінцівок, дегенеративно-дистрофічних захворювань, що призводять до погіршення якості життя і ранньої втрати працездатності. У період дошкільного віку стопа знаходиться в стадії інтенсивного розвитку, її формування не завершено, тому будь-які несприятливі умови можуть призводити до виникнення її функціональних відхилень. Для попередження розвитку плоскостопості надзвичайно важливо саме в цей час вжити профілактичних заходів, тим більше, що саме дошкільний вік вважається найбільш сприятливим для корекції статичних порушень стоп. Вивчення науково-методичної літератури показало, що сучасна система реабілітації дітей з ортопедичною патологією передбачає використання різних засобів і методів кінезітерапії, де особливе місце відводиться гімнастичним та спортивно-прикладним вправам, спрямованим на зміцнення м'язів, що формують склепіння стопи.

ТАКИМ ЧИНОМ, у профілактиці захворювань серцево-судинної і дихальної систем провідне місце належить фізичним вправам, як найбільш дієвому засобу підвищення опірності організму до інфекцій та загартування організму. Вправи справляють сильну тонізуючу дію на організм, сприяють підвищенню його стійкості до захворювань.

Особливості методики занять з учнями, які мають захворювання серцево-судинної і дихальної систем, такі:

- рекомендовані вправи у воді, плавання, з зануренням обличчя у воду; у вихідному положенні лежачи, сидячи; розсіяне навантаження; застосування сполучених вправ; виконання м'яких і плавних рухів; вправ з довольним розслабленням м'язів, вправи з предметами; важливим є участь дітей в заняттях різних організаційних форм і загартування організму.

- не рекомендуються: різкі рухи, вправи з максимальною граничною амплітудою у великих суглобах, вправи силового характеру, в складній координації, з різкою зміною напрямку і швидкості рухів голови й тулуба; статичні вправи, пов'язані із затримкою дихання, з великим напруженням, виключаються вправи з натужуванням. Усі вправи на розвиток пружкості, сили, витривалість включаються в заняття на другому році навчання.

Крім навчальних занять, для учнів, які страждають захворюваннями **органів травлення**, порушеннями обміну речовин рекомендують, РГТ, виконання вправ ФК-пауз і ФК-хвилинок. Обов'язкова і виключно важлива складова частина процесу фізичного виховання цих учнів – домашні завдання, що включають дозовані фізичні навантаження і загартувуючі процедури.

У фізичному вихованні застосовуються вправи для усіх м'язових груп. Рухи виконують з великою амплітудою в повільному і середньому темпі, а для дрібних м'язових груп – у швидкому.

Можна використовувати усі вправи, рекомендовані програмою, але з обмеженим обсягом та інтенсивністю. В перший час потрібно щадити черевний прес, уникати вправ на тренажерах. Слід проявляти обережність у вправах з різкими струсами тіла, стрибками. Фізичні вправи для м'язів тулуба слід виконувати з невеликою амплітудою, щоб захистити ділянку виразкового процесу. Використовуючи фізичні вправи для черевного пресу, необхідно уникати статичних напружень у хворих; необхідно, щоб у них підвищення внутрішньочеревного тиску чергувалося з його зниженням при розслабленні м'язових стінок черевної порожнини. Рекомендується виконання вправ в положенні тіла лежачи на боці, спині, животі. Вихідні положення рекомендується часто змінювати. Вправи з обтяженням слід чергувати з вправами на розслаблення м'язів, дихальними вправами. Особливо

корисними є дихальні вправи на діафрагмальне дихання. Показане використання фізичних вправ спрямованих на розвиток гнучкості, рівноваги, статико-кінетичної стійкості.

Поступово вводяться координаційно складні вправи. Широко застосовують вправи з предметами, на снарядах. Застосовують дозовану ходьбу, веслування, ковзани, лижі, біг, ігри при суворому лікарському контролі.

Для нормалізації процесів психічної саморегуляції і релаксації рекомендується застосування комплексів релаксаційних вправ, медитативних поз.