

Іванна БОДНАР

ТЕОРІЯ, МЕТОДИКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У СПЕЦІАЛЬНІЙ МЕДИЧНІЙ ГРУПІ

Навчальний посібник



Боднар І.Р.

**ТЕОРІЯ, МЕТОДИКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ
ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ
У СПЕЦІАЛЬНІЙ МЕДИЧНІЙ ГРУПІ**

**навчальний посібник для студентів
факультетів фізичного виховання
вищих навчальних закладів**

**рекомендовано Міністерством
освіти і науки, молоді та спорту
України як навчальний посібник
для студентів факультетів
фізичного виховання вищих
навчальних закладів (Лист № 1/11-
8957 від 28.05.13)**

УДК 796.011.1:371.71(075.8)

ББК 75.1:74.254я73

Б 75

Боднар І.Р.

Теорія, методика та організація фізичного виховання у спеціальній медичній групі: навч. посіб. для студ. ф-тів фіз. виховання вищ. навч. закл. / Боднар І. Р. – Л.: *Видавництво*, 2013. – 187 с.

Рецензенти:

Магльований А. В. – доктор біол. наук, професор з науково-педагогічної роботи, завідувач кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини, фізичного виховання та валеології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького;

Ротерс Т. Т. – доктор пед. наук, професор, завідувач кафедри теорії і методики фізичного виховання і спорту Луганського національного університету імені Тараса Шевченка;

Лук'янченко М. І. – доктор пед. наук, професор, заслужений працівник фізичної культури і спорту, проректор з науково-педагогічної роботи та стратегії соціально-економічного розвитку, завідувач кафедри теорії та методики фізичного виховання і оздоровчих технологій Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка

У навчальному посібнику обґрунтовано важливість занять з фізичної культури учнів загальноосвітніх навчальних закладів, за станом здоров'я скерованих до спеціальної медичної групи. Викладено теоретичні основи фізичного виховання з такими дітьми (особливості формулювання мети й завдань, специфічні принципи). Подано особливості застосування засобів, методів і методичних прийомів під час обов'язкових і додаткових організаційних форм фізичного виховання. Викладено методику занять з фізичної культури для дітей із різними захворюваннями.

Навчальний посібник рекомендується для студентів факультетів фізичного виховання вищих навчальних закладів, учителів фізичної культури, які проводять уроки з учнями спеціальних медичних груп, слухачів курсів підвищення кваліфікації, батьків, усіх небайдужих до здоров'я дітей шкільного віку.

© Боднар І.Р., 2013

ISBN 978-966-2328-58-5

ЗМІСТ

Передмова

1. Сучасний стан і перспективи вдосконалення фізичного виховання учнів у спеціальній медичній групі. Завдання, принципи фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи з урахуванням показників стану їх здоров'я та фізичного розвитку

1.1. Сучасні проблеми фізичного виховання в спеціальній медичній групі

1.2. Характеристика стану здоров'я та психофізичного розвитку учнів спеціальної медичної групи

1.3. Завдання фізичного виховання учнів із відхиленнями у стані здоров'я

1.4. Принципи фізичного виховання

2. Комплектування груп та підгруп школярів для занять із фізичного виховання в загальноосвітніх школах

2.1. Організація фізичного виховання учнів різних медичних груп у загальноосвітніх школах

2.2. Поділ школярів на групи здоров'я

2.3. Поділ школярів на медичні групи

2.4. Комплектування підгруп спеціальної медичної групи

2.5. Протипоказання й обмеження у навантаженні при заняттях фізичними вправами

3. Характеристика засобів і методів фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи

3.1. Класифікація засобів фізичного виховання

3.2. Характеристика допоміжних засобів фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи

3.3. Гігієнічні вимоги до організації режиму дня

3.4. Характеристика фізичних вправ у фізичному вихованні дітей спеціальної медичної групи

3.5. Методи фізичного виховання

4. Урок фізичної культури з учнями спеціальної медичної групи. Організаційні та методичні особливості

4.1. Вимоги до уроку фізичної культури у спеціальній медичній групі (за Погадаєвим Г.І., 2000)

4.2. Побудова й методика уроку

4.3. Загальна й моторна щільність уроку

4.4. Інтенсивність фізичних навантажень

4.5. Дозування фізичного навантаження

4.6. Особливості методики розвитку фізичних якостей

5. Особливості методики позаурочних занять із фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи

5.1. Додаткові уроки фізичної культури

5.2. Фізкультурні заходи в режимі дня школи

5.3. Масові форми фізкультурно-оздоровчої роботи

5.4. Організаційно-методичні особливості самостійних (індивідуальних) занять

6. Планування, облік і контроль у фізичному вихованні учнів спеціальної медичної групи

6.1. Характеристика змісту програм з фізичної культури для учнів спеціальної медичної групи

6.2. Періоди фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи

6.3. Контрольні заходи. Облік засвоєного програмного матеріалу

6.4. Лікарсько-педагогічні спостереження

6.5. Самоконтроль

7. Особливості методики фізичного виховання школярів із різними захворюваннями

Завдання для самостійної роботи

Основна використана література

Рекомендована література для поглибленого вивчення курсу

Термінологічний покажчик

Додатки

Додаток 1. Наказ про розподіл учнів за медичними групами

Додаток 2. Листок здоров'я класу

Додаток 3. Терміни відновлення допуску учнів до фізичних навантажень після перенесених захворювань і травм

Додаток 4. Розрахунок загальної щільності уроку, показника моторної щільності уроку

Додаток 5. Схема візуального визначення втоми учнів під час фізичного навантаження

Додаток 6. Положення про медико-педагогічний контроль за фізичним вихованням учнів у загальноосвітніх навчальних закладах

Додаток 7. Орієнтовна кратність проведення спеціалістами медико-педагогічного спостереження за уроками фізичного виховання в 1 – 12 класах загальноосвітнього навчального закладу

Передмова

Сучасний стан вимагає високої професійної підготовленості фахівців з питань теорії, методики та практичної реалізації фізичного виховання дітей із послабленим здоров'ям. Зміст навчального посібника розроблено з урахуванням вимог «Кваліфікаційних характеристик» щодо підготовленості спеціалістів галузі «Фізичне виховання і спорт». Інформація, викладена в навчальному посібнику, поглиблює знання студентів із «Теорії та методики фізичного виховання» — фахової дисципліни у професійній підготовці фахівців із фізичної культури та спорту.

Мета дисципліни — закріплення знань загальних теоретико-методичних основ фізичного виховання школярів і засвоєння методичних й організаційних особливостей фізичного виховання учнів, які за станом здоров'я скеровуються до спеціальних медичних груп. Вивчення цієї дисципліни базується на знаннях із курсів анатомії, фізіології, біохімії, педагогіки, психології, гігієни фізичного виховання, основ медичних знань та інших курсів; поєднується з педагогічною практикою студентів, яка передбачає вдосконалення організаційних і практичних навичок студентів.

У результаті вивчення курсу «Теорія, методика та організація фізичного виховання у спеціальних медичних групах» студенти повинні **знати таке:** сучасний стан і перспективи вдосконалення фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи; сучасні теоретико-методичні підходи щодо змісту й організації фізичного виховання в загальноосвітній школі (ЗОШ); завдання, принципи та функції фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи; критерії поділу учнів спеціальної медичної групи на групи й підгрупи для занять із фізичного виховання; особливості побудови та методики уроку фізичної культури, позакласних і позашкільних організаційних форм фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи; сучасні підходи щодо планування, обліку й контролю фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи; особливості методики занять із фізичного виховання для учнів із різними

захворюваннями; рекомендовані та протипоказані їм засоби фізичного виховання.

Після вивчення курсу «Теорія, методика та організація фізичного виховання у спеціальних медичних групах» студенти повинні **вміти** планувати, організовувати та здійснювати процес фізичного виховання зі школярами, які за станом здоров'я зараховані до спеціальної медичної групи в умовах ЗОШ; організувати та провести урок фізичної культури, різні загартовувальні форми фізичного виховання, вести облік і контроль.

Студенти повинні **оволодіти** новими та традиційними методиками, що сприяють ліквідації або формуванню стійкої компенсації порушень в органах і системах, викликаних тим чи іншим захворюванням; методиками загартування, різнобічного фізичного розвитку, формування знань, умінь і навичок, а також звички та потреби в заняттях фізичними вправами.

1. СУЧАСНИЙ СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ ВДОСКОНАЛЕННЯ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ УЧНІВ У СПЕЦІАЛЬНІЙ МЕДИЧНІЙ ГРУПІ. ЗАВДАННЯ, ПРИНЦИПИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ УЧНІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ГРУПИ З УРАХУВАННЯМ ПОКАЗНИКІВ СТАНУ ЇХ ЗДОРОВ'Я ТА ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

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

Робота з дітьми, скерованими за станом здоров'я до спеціальної медичної групи (СМГ), займає одне з важливих місць у реалізації завдань фізичного виховання школярів. Цей контингент дітей вимагає уважного ставлення до себе з боку працівників сфери фізичного виховання й охорони здоров'я у зв'язку з тим, що відсоток захворюваності дітей

залишається високим і при цьому спостерігається тенденція до його зростання. Тільки систематичне й науково обгрунтоване фізичне виховання стає ефективним засобом збереження та зміцнення здоров'я дітей, поліпшення їх фізичного розвитку.

Захворюваність дітей шкільного віку за останні 10 років зросла на 26,8%. Існує інформація, що за результатами медичних оглядів, які проводяться в загальноосвітніх школах (ЗОШ) України, до категорії здорових можна зарахувати не більше ніж 10% учнів. За даними інших літературних джерел, до 30% дітей для занять із фізичного виховання за станом здоров'я медики скеровують до спеціальної медичної групи.

У 1-му класі нараховується 30% дітей, які мають хронічні захворювання, у 5 класі – 50%, у 9 класі – 64%. Від 1-го до 9-го класу частота зниження гостроти зору зростає в 1,5 рази; частота порушень постави – у 1,5 рази; поширеність хвороб органів травлення – у 1,4 разу, хвороб ендокринної системи – у 2,6 разу. Водночас лише 5% учнів, за даними медичної документації, належать до спеціальної медичної групи з фізичного виховання. Зокрема, у 1-му класі ослаблені діти становлять 2,8%, у 2-му – 4,6%, у третьому – 7,4%. Зростання захворюваності з віком пов'язане зі збільшенням обсягу навчального навантаження. Робочий день сучасних учнів з урахуванням домашніх завдань триває 10 – 12 годин, що призводить до формування в дітей синдрому хронічної втоми та дезадаптаційних станів. Це посилюється зниженням обсягу рухової активності та скороченням часу перебування дітей на свіжому повітрі. Тобто погіршення рівня здоров'я дітей шкільного віку частіше відбувається не за рахунок погіршення стану органів чи систем організму внаслідок захворювання, а в результаті зниження рівня рухової активності. Ця тенденція яскравіше проявляється у дівчат, оскільки відомо, що обсяг рухової активності дівчат є відносно нижчим, аніж у хлопців.

Найчастіше в молодших школярів трапляються захворювання органів дихання. Так, кожна 2 – 5 дитина молодшого шкільного віку

страждає від хвороб дихальної системи. Уже в 1-му класі відхилення з боку опорно-рухового апарату мають до 11% школярів, носоглотки – 25%, нервової системи – 30%, органів травлення – 30%, алергійні прояви – 25%. Загалом у дітей шкільного віку часто (у 30 – 70% випадків) трапляється міопія (короткозорість), порушення постави – у 60% випадків. При цьому кількість дітей із вадами зору і з вадами постави зростає з кожним роком навчання. Захворювання органів чуття, нервової системи спостерігається в кожній 10 – 25-ї дитини, хвороби органів травлення у кожній 10 – 25-ї дитини, у 4 – 2,6% трапляються захворювання сечовидільної системи. З кожним роком зростає кількість дітей шкільного віку 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 спеціальної медичної групи страждають одночасно від 2–3 хвороб. Із віком ситуація погіршується. Серед учнів старших класів, які скеровані до СМГ, 72% мають дві, а 13,5% – три й більше патології.

Систему проведення обов'язкових регулярних занять із дітьми спеціальної медичної групи у ЗОШ практично зруйновано. Відсутність фізкультурно-оздоровчої роботи зі школярами призводить до того, що значна кількість первинних хвороб набуває хронічних, рецидивних форм.

Міністерством освіти і науки України затверджено програму з фізичної культури для учнів ЗОШ, котрі за станом здоров'я скеровані до спеціальної медичної групи. Проте виконання цієї програми повністю гальмується мізерною доплатою спеціалістам із фізичної культури за позашкільну роботу. Разом із тим фізичне виховання для спеціальної медичної групи здійснюється в усіх спеціальних відділеннях вищих навчальних закладів. Парадоксальність ситуації полягає в тому, що не існує наступності переходу від шкільного фізичного виховання до

вишівського. У 36,2% випадків діти, котрі були звільнені від уроків фізичної культури у ЗОШ, приступають до виконання фізичних навантажень із початком навчання у вищому навчальному закладі.

Традиційно програми з фізичного виховання для спеціальної медичної групи є наближеними за своїм змістом до програм основної, підготовчої медичних груп; і в цьому є сенс, оскільки ідеальна мета спеціальної медичної групи – перевести того, хто займається, до підготовчої, а згодом – до основної медичної групи після певного курсу занять.

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

1.1. Сучасні проблеми фізичного виховання в спеціальній медичній групі

Учитель фізичної культури, який проводить уроки з учнями СМГ, повинен бути достатньо підготовленим з питань впливу фізичних вправ на організм учня загальноосвітньої школи, гігієни фізичного виховання, організації та методики фізичного виховання з урахуванням анатомо-фізіологічних особливостей, лікарсько-педагогічного контролю.

Фахівці галузі фізичної культури володіють значним запасом фізичних вправ і можуть поглиблювати знання про функції окремих органів та систем організму, а також про специфіку впливу конкретних хвороб на ці функції, що сприяє оптимальному використанню вправ як неспецифічних засобів оздоровлення чи стабілізації відносно благополучного стану здоров'я тих, хто займається у спеціальній медичній групі.

1. Проте багато вчителів не володіють у належній мірі методикою занять зі школярами, скерованими до спеціальних медичних груп. У

зв'язку з цим, **підготовка спеціалістів** у сфері фізичного виховання для занять з учнями спеціальної медичної групи вимагає особливої уваги та є актуальною проблемою.

Підготовка спеціалістів, які здійснюють процес фізичного виховання у спеціальній медичній групі, передбачає наявність таких **знань і умінь**:

- чітка уява про картину захворювання, його прояви;
- обізнаність в питаннях впливу на організм дітей фізичних вправ і загартування;
- знання про протипоказання під час виконання визначених фізичних вправ, про точне дозування фізичних навантажень за обсягом та інтенсивністю;
- регулярність проведення спостережень за реакцією учнів на навантаження;
- уміння навчити дітей вести щоденник самоконтролю й ознайомлюватися з його змістом;
- знання щодо обмежень у використанні фізичних вправ і фізичних навантажень, характерних для конкретного захворювання;
- уміння добирати тести, що відповідають стану здоров'я, дозволяють простежити індивідуальну динаміку фізичної підготовленості в межах засобів, методів, параметрів навантаження, що рекомендується;
- уміння оцінити ефект занять у спеціальній медичній групі за певний період (півріччя, рік), добирати найінформативніші критерії оцінювання.

2. Зарахування до спеціальної медичної групи дітей без достатніх підстав. Кількість дітей у спеціальній медичній групі часто надмірна. До цієї групи зазвичай потрапляють діти, які могли б займатися в підготовчій і навіть в основній медичній групі. Нерідко лікарі скеровують учнів із незначним порушенням опорно-рухового апарату чи серцево-судинної системи до спеціальної медичної групи без достатніх підстав. Формулювання діагнозів здебільшого має довільний і часто непрофесійний

характер, іноді «не вписується» в поняття «діагноз» (носові кровотечі, герпес, викривлення носової перетинки) (Е. Сівохоп, 2008).

3. Застарілі рекомендації щодо призначення лікарями медичної групи не враховують сучасного стану проблеми (збільшення кількості нозологічних одиниць хвороб, їх перебіг у сучасних умовах, рівень сучасної медицини), потребують перегляду й суттєвої корекції. Для визначення групи для занять із фізичної культури необхідні нові підходи, які враховували б не тільки наявність патології (діагноз), а й ступінь функціональних порушень, фізичний розвиток, фізичну працездатність, адаптаційні можливості дитини.

4. Серйозною перешкодою в оздоровленні учнів, які захворіли, є заборона, або так зване «звільнення» від занять із **фізичного виховання**. Слід відзначити, що ті фізичні вправи, до яких організм погано адаптований (становлять небезпеку при передозуванні), і є найціннішими в умовах обережного, суворо дозованого використання. Вправи можуть бути *виключеними лише на деякий час*, після чого вони повинні поступово застосовуватися. Заборона може стосуватися рухів, які не мають прикладного значення. Жодна фізична вправа, яка має прикладне значення, не може бути протипоказаною взагалі, без вказівки періоду, упродовж якого діє заборона. Не видаляти, а дозовано використовувати з урахуванням ступеня пристосованості організму – одне з важливих завдань фізичного виховання у спеціальній медичній групі.

5. Досягнення максимально оздоровчого ефекту під час занять із дітьми спеціальної медичної групи можливе при використанні конкретних **диференційованих методик** занять (залежно від нозології чи рівня функціональних відхилень). Ось чому неприпустимими є об'єднання учнів спеціальної медичної групи з учнями інших груп чи на все заняття, чи на підготовчу й заключну частини заняття; і лише кількісні (за кількістю повторень окремих вправ, довжиною дистанції, величиною обтяження

тощо) відмінності в руховій активності учнів. Важливо пам'ятати, що учням спеціальної медичної групи потрібна якісно інша рухова активність.

6. Ставлення учнів спеціальних медичних груп до фізичного виховання формується під впливом думки батьків і медичних працівників. Порівняння результатів дослідження (табл. 1.1) ціннісних орієнтацій учнів, скерованих за станом здоров'я до основної, підготовчої та спеціальної медичних груп, показує менш стійку та нижчу мотивацію до занять фізичними вправами в дітей із послабленим здоров'ям.

Таблиця 1.1

**Співвідношення різних мотивів до занять фізичними вправами, %
(за Е.Булч, 1986)**

	Показники	Усі діти	Спеціальна медична група	Підготовча медична група	Основна медична група
1	Зміцнення здоров'я	20,33	32,2	16,7	12,10
2	Підвищення фізичної підготовленості	32,27	11,7	39,30	45,80
3	Покращення будови тіла, формування фігури	47,40	56,10	44,0	42,10

Як бачимо з даних табл. 1.1, більше ніж половина дітей спеціальної медичної групи приділяють увагу поліпшенню будови тіла, тобто зовнішнім ознакам здоров'я.

Серед дітей із відхиленнями у стані здоров'я є менше тих, які на дозвіллі займаються фізичними вправами (табл. 1.2), що також свідчить про відносно гірше ставлення до фізичного виховання у школярів із відхиленнями у стані здоров'я порівняно з практично здоровими.

**Регулярність виконання фізичних вправ здорових дітей
і дітей із вадами здоров'я (за Н.Голєвою, 2000)**

Займаються фізичними вправами	Практично здорові учні	Із відхиленнями у стані здоров'я
Систематично	38%	16%
Епізодично	52%	43%
Не займаються зовсім	10%	51%

7. Також актуальною проблемою фізичного виховання школярів спеціальної медичної групи можна вважати **відсутність науково обґрунтованих підходів у тестуванні рівня фізичної підготовленості й оцінюванні успішності з фізичної культури.**

1.2. Характеристика стану здоров'я та психофізичного розвитку учнів спеціальної медичної групи

Анатомо-фізіологічна характеристика. Відомості про анатомо-функціональні особливості школярів спеціальної медичної групи дуже обмежені, що, без сумніву, ускладнює процес фізичного виховання.

Медико-педагогічні обстеження показали, що найчастіше школярі спеціальної медичної групи мають низький або нижчий за середній рівень **фізичного розвитку**. У спеціальної медичній групі, незалежно від статі й віку дітей, нижчий за середній та низький рівень фізичного розвитку трапляється у три рази частіше, ніж в основній медичній групі. В основній медичній групі середній фізичний розвиток, вищий за середній і високий відзначено у 86% учнів, тоді як у спеціальної медичній групі – у 45%.

Реактивність – це здатність організму відповідати змінами життєдіяльності на впливи внутрішнього й зовнішнього середовища. Прояви фізіологічної реактивності характеризують стан здоров'я. Імунологічна реактивність організму дітей СМГ оцінювалася за результатами двох спеціальних проб, що показують стан фагоцитарної

активності лейкоцитів у крові й бактерицидність відкритих і закритих поверхонь шкіри. Було встановлено виразний зв'язок між ступенем фагоцитарної реакції крові, бактерицидністю шкіри й рівнем фізичного розвитку. *Знижені фагоцитарна активність лейкоцитів крові та бактерицидна здатність шкіри пов'язані з підвищеною поточною захворюваністю учнів (грип, ангіна, катар верхніх дихальних шляхів). Частіше упродовж року хворіли учні з низьким фагоцитарним індексом і низькою бактерицидністю шкіри (табл. 1.3).*

Таблиця 1.3

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

Показники	Градації показників	Кількість захворювань упродовж року	
		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, відзначеної здебільшого в учнів із низькими показниками імунологічної реактивності, кожне із захворювань було в них і тривалішим (табл. 1.4).

Таким чином, більшість дітей спеціальної медичної групи відрізняється зниженою імунологічною активністю організму, підвищеною захворюваністю ангіною, грипом, катаром верхніх дихальних шляхів і тривалішим перебігом цих хвороб.

**Розподіл учнів між тривалістю одного захворювання
й 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

У величинах гемодинамічних показників (частота серцевих скорочень, величина систолічного, діастолічного й пульсового тиску) у стані спокою в дітей основної та спеціальної медичних груп виявляються загальновідомі вікові відмінності. Однак при проведенні комбінованої проби Летунова¹ спостерігалися значущі відмінності в учнів різних медичних груп після першого навантаження (20 присідань упродовж 30 с) і третього навантаження (біг упродовж 1 хв 30 с у темпі 180 кроків за хвилину). На друге, швидкісне навантаження (біг на місці упродовж 7 с в інтенсивному темпі), реакції серцево-судинної системи в дітей різних медичних груп були однаковими (табл. 1.5), що, ймовірно, пояснюється тим, що діти й підлітки найкраще справляються зі швидкісними навантаженнями. Реакція на навантаження, що вимагає витривалості (третя проба), проявлялася в учнів у зв'язку з їхнім рівнем здоров'я.

Під час виконання першого навантаження потребу в кисні, що зростає внаслідок м'язової діяльності, діти з нижчим за середній рівнем фізичного розвитку забезпечували менш економно – за рахунок збільшення частоти

¹ Функціональний стан серцево-судинної системи учнів спеціальної й основної медичних груп вивчався шляхом проведення спеціальної комбінованої проби, що складається з трьох послідовних навантажень: перше – 20 глибоких присідань за 30 с, друге – швидкісний біг в інтенсивному темпі впродовж 7 с, третє – на витривалість – біг упродовж 1 хв. 30 с у темпі 180 кроків за хвилину. Кожне з навантажень виконували після повного відновлення гемодинамічних показників.

серцевих скорочень. Частота серцевих скорочень у цих школярів зростала в середньому на 45% порівняно з вихідною (до навантаження), а в дітей із середнім й вищим за середній рівнями фізичного розвитку – на 27%. Період відновлення у школярів СМГ був майже таким (2 хв), як і у дітей підготовчої та основної медичних груп (1 хв 30 с).

Таблиця 1.5

**Функціональні показники серцево-судинної системи учнів
на комбіновану пробу відповідно до медичної групи
(за даними Н.В.Полянської)**

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

Всебічне вивчення основних показників імунобіологічної реактивності, м'язової працездатності та 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, які мають нижчий за середній і низький рівні фізичного розвитку, відзначаються **зниженою загальною реактивністю організму**. Особливо виразно це виявляється при фізичних навантаженнях, що вимагають прояву витривалості.

Психолого-педагогічна характеристика. В учнів СМГ недостатньо розвинуті такі психічні якості: ініціативність (39,2%), дисциплінованість (37,9%), витримка, самовладання, емоційна стійкість, організаційні здібності (по 39,2%) (А.М. Дутов, Х.Т. Марзаганов, 1997).

У школярів спеціальної медичної групи виявлено значно нижчий рівень фізичних якостей. Ці діти, зазвичай, відставали на уроках фізичної культури.

Найчастіше недостатня фізична підготовленість траплялася у школярів із непропорційно великою вагою, плоскостопістю, порушеннями постави тощо. Ці діти під час виконання фізичних вправ та іншої рухової діяльності часто були млявими, малоактивними, нерішучими. Вони соромилися своєї незграбності та прагнули бути непомітними на уроках. Це призводило до малорухливості на уроках фізичної культури та в позаурочний час і збільшувало їх відставання від дітей основної медичної групи.

Із загальної кількості дітей спеціальної групи школярів із низькими показниками фізичної підготовленості було 13 – 23%. Найбільша кількість низьких показників спостерігалася в перших класах, а в учнів старшого віку їх кількість зменшувалася.

Більша кількість низьких результатів у дітей спеціальної медичної групи звичайно спостерігалася у стрибках у висоту з розбігу (23%). Важким для багатьох хлопчиків був стрибок угору, а для дівчаток – стрибок у довжину з місця та метання набивного м'яча. Менше низьких результатів було в човниковому бігу (13%), при стрибках у довжину з місця (серед хлопчиків) і стрибках вгору (серед дівчаток).

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

Таким чином, школярі спеціальної медичної групи, як правило, мають низький рівень фізичної підготовленості.

1.3. Завдання фізичного виховання учнів із відхиленнями у стані здоров'я

Мета й завдання фізичного виховання школярів, скерованих до СМГ, продиктовані соціальним замовленням, тобто повинні враховувати ***потреби соціуму й мотивацію самих дітей*** до занять із фізичної культури. Проблема охорони здоров'я молодого покоління як основоположна складова проблеми збереження генофонду нації завжди була й залишається однією з головних і постійних турбот суспільства. Опитування, проведені у школах, свідчать, що інтерес учнів СМГ до фізичного виховання пояснюється прагненнями до зміцнення здоров'я, розвитку фізичних якостей, поліпшення настрою й самопочуття, удосконалення тіла й рухів, зняття втоми й поліпшення розумової діяльності, спілкування, можливості мати друзів, бути привабливим для іншої статі.

Під час фізичного виховання вирішується багато завдань, але всі вони можуть бути умовно об'єднаними у три групи: освітні, оздоровчі та виховні.

Урок фізичної культури відрізняється від заняття з лікувальної фізичної культури (ЛФК) вирішенням ***освітніх завдань***.

Освітні завдання:

- формування теоретичних знань;
- навчання життєво необхідних рухових умінь і навичок;
- сприяння більш успішному оволодінню навчальною програмою;
- формування навичок особистої та громадської гігієни;
- формування знань про ***причини*** виникнення захворювань і відставання у фізичному розвитку, властивості хворого й

ослабленого організму, **оздоровчі засоби** та методи, **способи самоконтролю**;

- **навчання раціонального дихання**, оскільки навіть у дітей після захворювань, не пов'язаних із дихальною системою, формується неправильний режим дихання. Навчати правильного дихання варто починати вже з перших занять у спеціальній медичній групі;
- **формування вмінь і навичок суддівської практики**. Цей розділ у програмі для спеціальної медичної групи представлено ширше, оскільки цих учнів частіше залучають до суддівства з різних видів спорту.

Оздоровчі завдання:

- зміцнення здоров'я, сприяння правильному всебічному фізичному розвитку;
- загартування організму;
- сприяння ліквідації чи стійкій компенсації порушень в органах і системах, викликаних захворюванням;
- запобігання повторним захворюванням;
- поступова адаптація організму учнів до впливів фізичних навантажень;
- забезпечення раціонального відпочинку, відновлення оптимального функціонального стану та працездатності;
- **формування правильної постави і в необхідних випадках її корекція**. Установлено, що серед учнів спеціальної медичної групи діти з вадами постави трапляються частіше, ніж серед решти школярів, тому завдання з формування правильної постави посідають одне з найважливіших місць серед усіх завдань фізичного виховання. До 10 – 12 хвилин кожного уроку рекомендується відводити на виконання вправ для формування постави.

Виховні завдання:

- сприяння ефективній участі школярів у суспільно-корисній праці;

- створення передумов, необхідних для майбутньої трудової діяльності учнів;
- виховання таких моральних і вольових якостей – дисциплінованості, колективізму, почуття дружби і товариськості, сміливості і наполегливості;
- формування у школярів активного ставлення до подолання відхилень у стані здоров'я;
- **виховання інтересу до занять із фізичного виховання.** Зацікавленість уроками фізичної культури зменшується з кожним роком навчання дітей у школі. Учні спеціальної медичної групи характеризуються відносно нижчим інтересом до фізичного виховання, тому важливим розділом роботи вчителя фізичної культури, який веде заняття з учнями спеціальної медичної групи, є формування позитивного ставлення до уроків фізичної культури та інших організаційних форм фізичного виховання, стійкої звички до гартування та систематичних занять фізичними вправами на дозвіллі.

1.4. Принципи фізичного виховання

У фізичному вихованні учнів, скерованих за станом здоров'я до спеціальної медичної групи, обов'язковим є використання **методичних або загальнодидактичних** (що відображають загальні закономірності освітньо-виховної діяльності під час занять фізичними вправами: *свідомості, доступності, активності, наочності, послідовності* тощо), **соціально-педагогічних** (які визначають генеральний напрям виховного процесу в суспільстві, виконуючи його соціальне замовлення: *оздоровчу спрямованість виховного процесу, гармонійний розвиток особи та її зв'язок із розумовим, етичним і естетичним розвитком індивіда і принципи цільової підготовки до трудової й оборонної діяльності*) і **специфічних принципів фізичного виховання** (що відображають

специфічні закономірності побудови навчально-виховного процесу: *безперервності, прогресування тренувальних дій, циклічності й вікової адекватності дії*).

Фахівці (І. Вржесневський, О. Давиденко, 2002) виокремили низку принципів, *характерних* для занять із фізичного виховання учнів, яких за станом здоров'я скерували до спеціальної медичної групи.

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

Формування фізичної культури дитини повинно співвідноситися з її психофізіологічними можливостями. Реалізацією цієї вимоги є побудова процесу фізичного виховання з урахуванням статі, віку, інших особливостей організму, рівня фізичного розвитку і підготовленості дитини.

Педагогічний процес повинен плануватися й регулюватися відповідно до науково обґрунтованих підходів для зміцнення здоров'я. При цьому головне значення мають методичні принципи фізичного виховання, а також об'єктивні дані різних видів контролю (педагогічного, медико-біологічного, біомеханічного, психологічного та ін.), що описують модельно-цільові характеристики фізичного стану, який відповідає високому рівню фізичного здоров'я.

Можливість використання на заняттях будь-якої педагогічної дії повинна визначатися його оздоровчою чи лікувально-профілактичною цінністю. Ця вимога припускає, що будь-який засіб або метод перед застосуванням повинні бути оцінені щодо їх впливу на стан здоров'я людини.

2. Диференційований підхід до використання дозованого фізичного навантаження.

Як і на заняттях із 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 спеціальної медичної групи, 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 й достатнє освітлення спортивного залу тощо сприятиме формуванню позитивного ставлення дітей до уроків фізичної культури.

Таким чином, сьогодні перед фізичним вихованням учнів, які за станом здоров'я скеровані до спеціальної медичної групи, стоїть багато невирішених проблем: недостатня забезпеченість кваліфікованими кадрами, організація спільних занять зі здоровими дітьми, необґрунтоване зарахування до спеціальної медичної групи практично здорових дітей, невиправдане «звільнення» учнів спеціальної медичної групи з уроків фізичної культури, відсутність в учнів спеціальної медичної групи мотивації до занять фізичними вправами, а також – відсутність науково обґрунтованих підходів у тестуванні й оцінюванні успішності з фізичної культури тощо.

Разом із тим фахівці одностайно визнають, що фізичне виховання – ефективний і економічно вигідний засіб збереження та зміцнення здоров'я дітей, поліпшення їх фізичного розвитку.

Більшість дітей спеціальної медичної групи відрізняється зниженими показниками фізичного розвитку, зниженою імунологічною реактивністю організму, підвищеною захворюваністю і тривалішим перебігом хвороб; володіє зниженою загальною резистентністю організму; має низький рівень розвитку фізичних якостей.

Традиційно завдання у фізичному вихованні учнів спеціальної медичної групи поділяють на три групи: освітні, оздоровчі, виховні. Проте в кожній із цих груп можна виділити характерні лише для школярів спеціальної медичної групи завдання. Досягненню мети фізичного виховання сприятимуть такі завдання: формування в дитячому віці комплексу спеціальних життєво необхідних знань, умінь і навичок щодо зміцнення й відновлення здоров'я, усвідомленого ставлення до реальності та своїх можливостей, подолання психологічних і фізичних навантажень, розвитку потреби у здоровому способі життя, зокрема достатньої фізичної активності.

Специфічні принципи фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи (оздоровча, лікувально-профілактична спрямованість усіх форм і засобів фізичного виховання; диференційований підхід до використання дозованого фізичного навантаження; обов'язкове емоційне та естетичне оформлення занять) сформулювали І.Вржесневський і О. Давиденко (2002).

Завдання для самоконтролю

1. Користуючись даними періодичної преси та власним досвідом, назвіть сучасні проблеми фізичного виховання у спеціальній медичній групі. Запропонуйте раціональні шляхи їх вирішення на державному, регіональному й особистісному рівнях.
2. Охарактеризуйте дітей спеціальної медичної групи за показниками фізичного розвитку, функціонального стану, фізичної підготовленості, захворюваності, ставлення до фізичного виховання тощо.
3. Обґрунтуйте важливість дотримання специфічних принципів фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи, сформульованих О.Давиденко та І.Вржесневським. Які з цих принципів належать до відомих вам класифікацій, а які – виокремлені фахівцями вперше?
4. Розкрийте зміст і обґрунтуйте завдання, притаманні лише для фізичного виховання школярів спеціальної медичної групи.

5. Скільки відсотків школярів належать до спеціальної медичної групи?

2. КОМПЛЕКТУВАННЯ ГРУП ТА ПІДГРУП ШКОЛЯРІВ

ДЛЯ ЗАНЯТЬ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

У ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ШКОЛАХ

2.1. Організація фізичного виховання учнів різних медичних груп у загальноосвітніх школах

Відповідно до положення, затвердженого спільним наказом Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства освіти й науки України від 20.07.2009 р. № 518/674 «Про медико-педагогічний контроль за фізичним вихованням учнів у загальноосвітніх навчальних закладах», на початку кожного навчального року проводяться медичні обстеження школярів. Перше визначення групи для занять на уроках фізичної культури відбувається при поглибленому обстеженні дитини перед вступом до навчального закладу. За результатами поглибленого медичного огляду шкільні лікарі складають списки медичних груп, які потім погоджують із лікарями відповідних профільних спрямувань (ревматологом, ортопедом, хірургом, окулістом, ЛФК тощо).

Директор до 1-го вересня наказом по школі повинен зареєструвати створення спеціальної та підготовчої медичних груп (дод. 1). Списки учнів спеціальної та підготовчої медичних груп із вказаними діагнозами захворювання й можливими термінами перебування в них, затверджені директором навчального закладу, доводяться до відома вчителів фізичної культури, класних керівників. Також затверджується розклад занять груп, прізвище керівника, який має відповідну фахову підготовку. На підставі наказу класний керівник за участю медичного працівника навчального закладу оформляє Листок здоров'я класу, який знаходиться в журналі обліку навчальних занять (дод. 2).

За місяць до закінчення терміну перебування учня у спеціальній або підготовчій групі класний керівник письмово повідомляє учня та його

батьків про необхідність проходження повторного медичного огляду для визначення групи для занять фізичною культурою.

Надалі учні спеціальної медичної групи підлягають поглибленому обстеженню один раз на 4 місяці та в кінці навчального року. Після завершення терміну перебування у спеціальній медичній групі школярі проходять додаткове медичне обстеження. Під час повторних обстежень за показниками стану здоров'я можливе переведення учнів до підготовчої медичної групи. У разі потреби зміни щодо групи записуються у Листок здоров'я класу з обов'язковим підписом класного керівника або медичного працівника навчального закладу.

Після гострих захворювань, оперативного втручання чи травмування на період реабілітації учні тимчасово зараховуються за призначенням лікаря до підготовчої групи, оскільки повне звільнення від фізкультури призводить до явищ гіпокінезії з несприятливими для організму дитини наслідками. Оцінювання в цей період проводиться згідно з навчальними програмами.

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

Учні, які за результатами медичного огляду тимчасово зараховані до спеціальної медичної групи, відвідують обов'язкові уроки, але виконують корегувальні вправи та вправи для загального фізичного розвитку, які їм не протипоказані.

Окрім того, для учнів спеціальної медичної групи організують два додаткові заняття на тиждень (за програмою «Фізична культура для спеціальної медичної групи загальноосвітніх навчальних закладів 1 – 4-х та 5 – 9-х класів», укладачі: Майєр В.І., Дерев'янко В.В., 2008). Ці заняття тривалістю 45 хвилин проводяться в позаурочний час.

Педагогічні ради шкіл повинні не менше ніж два рази на рік (на початку й наприкінці навчального року) спеціально розглядати питання,

пов'язані з організацією та змістом фізичного виховання школярів, скерованих лікарями до підготовчої та спеціальної медичних груп. При загальному оцінюванні роботи школи з фізичного виховання потрібно звертати особливу увагу на роботу з дітьми, що мають відхилення у стані здоров'я, фізичному розвитку й фізичній підготовленості.

Терміни відновлення допуску учнів до фізичних навантажень після захворювань і травм зазначено у дод. 3.

На практиці існує декілька **підходів щодо організації фізичного виховання з учнями спеціальної медичної групи.**

1. **Звільнення** учнів спеціальної медичної групи від виконання фізичних навантажень на уроці фізичної культури.

2. При невеликій кількості школярів із відхиленнями у стані здоров'я в одній школі окремі вчителі практикують **сумісні заняття** учнів спеціальної медичної групи разом із дітьми основної та підготовчої медичних груп на основному уроці з фізичної культури. У такому випадку школярі СМГ займаються під індивідуальним спостереженням учителя. Ця форма отримала визнання в більшості шкіл (59,84%). Вона проста й доступна в організаційному відношенні, проте в методичному є досить складною. Опитування показало, що така форма організації є найвигіднішою для адміністрації шкіл.

3. **Спільні заняття** учнів спеціальної медичної групи з учнями підготовчої медичної групи під керівництвом одного вчителя.

4. Уроки учнів спеціальної медичної групи, що проводяться **окремою підгрупою** під керівництвом вчителя за розкладом уроку основної медичної групи, з учнями якої працює інший учитель. Учителі визнають такий спосіб організації вигідним для дітей, а також і для їхніх батьків.

5. Уроки фізичної культури **для учнів спеціальної медичної групи**, що проводяться в позаурочний час. Учителі вважають цей спосіб організації найпридатнішим для дітей спеціальної медичної групи.

6. Доречно об'єднувати дітей за характером захворювання з кількох близько розташованих одна біля одної шкіл способом «*кущування*». Організаційно й методично це доцільніше. Проте такий спосіб організації навчального процесу, описаний у спеціальній літературі, не отримав поширення на практиці.

7. Діти спеціальної медичної групи навчаються в *окремих класах*.

8. Діти спеціальної медичної групи займаються в *гуртку* з шахів.

Оптимальними варіантами, на думку вчителів фізичної культури, які проводять заняття фізичними вправами з учнями спеціальної медичної групи, є 4-й і 5-й із зазначених вище. Проте найефективнішим вважається урок фізичної культури, який проводиться після занять окремо зі школярами спеціальної медичної групи. При виборі ефективних шляхів організації фізичного виховання у ЗОШ доцільно врахувати думки й бажання дітей та їхніх батьків.

2.2. Поділ школярів на групи здоров'я

Діти й підлітки, які скеровані медиками до різних груп здоров'я, потребують диференційованого підходу при проведенні фізкультурно-оздоровчих заходів. Дітей і підлітків, залежно від сукупності показників здоров'я, підрозділяють на п'ять груп.

Перша група – діти, у яких відсутні хронічні захворювання, які не хворіли або рідко хворіли в період спостереження, які мають відповідний до віку фізичний і нервово-психічний розвиток (*здорові, без відхилень*). Діти першої групи здоров'я для занять із фізичного виховання утворюють основну медичну групу. Для дітей 1-ї групи здоров'я організовується навчальна, спортивна та трудова діяльність відповідно до наявних програм.

Другу групу становлять діти й підлітки, які не мають хронічних захворювань, але мають деякі функціональні та морфологічні відхилення, а також часто (4 рази на рік і більше) або довго (понад 25 днів з одного

захворювання) хворіють (*здорові з морфофункціональними відхиленнями та зниженою резистентністю*). Діти та підлітки, які належать до 2-ї групи здоров'я, іноді її називають групою ризику, вимагають більшої уваги лікарів. Цей контингент потребує комплексу оздоровчих заходів, вчасне проведення яких найефективніше в запобіганні розвитку хронічної патології в дитячому й підлітковому віці. Діти 2-ї групи для підвищення резистентності організму до негативних чинників довкілля потребують таких оздоровчих заходів: раціональний режим дня, оптимальна рухова активність, загартування, вітамінізація. Підготовчу медичну групу формують із дітей другої групи здоров'я.

Третя група об'єднує осіб, які мають легкі форми хронічних захворювань із нечастими загостреннями або уроджені патології у стані компенсації, без вираженого порушення загального стану й самопочуття (*хворі у стані компенсації*). Діти третьої групи здоров'я становлять спеціальну медичну групу. Діти, зараховані чи скеровані до 3-ї групи здоров'я, отримують необхідну лікувальну та профілактичну допомогу, зумовлену наявністю тієї чи іншої патології та ступенем компенсації.

До **четвертої групи** зараховують дітей із хронічними захворюваннями, уродженими вадами розвитку в стані субкомпенсації, з порушеннями загального стану й самопочуття після загострення, з тривалим періодом реконвалесценції (видужання) після гострих інтерекурентних захворювань (*хворі у стані субкомпенсації*). Діти, які мають недоліки у фізичному чи розумовому розвитку, що заважають їм навчатися у звичайній загальноосвітній школі, навчаються у спеціальних школах-інтернатах. Таких закладів із роками стає дедалі більше. Необхідність у спеціальних закладах визначається наявністю й поширеністю регіональної патології. У таких дитячих і підліткових закладах з урахуванням особливостей патології цілеспрямовано проводиться лікування й виховання дітей; для них створюється

відповідний режим дня, подовжується тривалість відпочинку й нічного сну, обмежується обсяг та інтенсивність фізичних навантажень.

У **п'яту групу здоров'я** зараховують хворих із важкими хронічними захворюваннями у стані декомпенсації і зі значно зниженими функціональними можливостями (*хворі у стані декомпенсації*). Як правило, такі хворі не відвідують дитячих і підліткових установ.

2.3. Поділ школярів на медичні групи

Розподіл учнів на групи для занять на уроках фізичної культури регламентується відповідною інструкцією, затвердженою спільним наказом Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства освіти й науки України від 20.07.2009 р. № 518/674. Відповідно до неї, списки дітей із зазначенням діагнозу та медичної групи, завізовані лікарем, передаються директорам шкіл і вчителям фізичної культури. Далі видається наказ по школі про створення спеціальної медичної групи.

Для занять фізичною культурою та спортом усіх школярів на підставі даних про стан здоров'я, рівня фізичного розвитку, рівня функціонально-резервних можливостей серцево-судинної системи й фізичної підготовленості розподіляють на групи: основну, підготовчу та спеціальну (табл. 2.1).

До **основної групи** зараховуються учні без відхилень у фізичному розвитку та стані здоров'я, а також із незначними відхиленнями функціонального характеру, але достатньою фізичною підготовленістю. Заняття з фізичного виховання з ними проводять за шкільною програмою в повному обсязі. Вони складають контрольні нормативи з диференційованим оцінюванням. Додатково їм рекомендують заняття різними видами спорту.

**Характеристики груп для занять на уроках фізичної культури
та особливості організації занять з учнями в навчальних закладах**

Назва медичної групи	Критерії зарахування учнів до груп	Характеристика фізичного навантаження	Примітка
1	2	3	4
Основна група	<p>Здорові діти та діти, які мають гармонічний, високий або середній рівні фізичного розвитку з високим або вищим за середній рівнями функціонально-резервних можливостей серцево-судинної системи</p> <p>Діти з добрим здоров'ям, а також діти, що мають незначні відхилення у стані здоров'я при достатньому фізичному розвитку й фізичній підготовленості</p>	<p>Фізична підготовка проводиться в повному обсязі згідно з навчальними програмами з урахуванням індивідуальних особливостей розвитку дитини</p> <p>Допускається складання нормативів.</p> <p>Дозволяються заняття в одній зі спортивних секцій, участь у змаганнях</p>	<p>Дозвіл лікаря щодо занять, які супроводжуються підвищеними фізичними навантаженнями (заняття у спортивних секціях, танці, хореографія тощо), надається тільки після поглибленого обстеження</p>
Підготовча група	<p>Діти в реабілітаційному періоді після випадку гострого захворювання, що не потребує курсу лікувальної фізкультури, із середнім рівнем функціонально-резервних можливостей серцево-судинної системи</p> <p>Діти, що мають незначні відхилення у стані здоров'я (невелика втрата слуху, зору, туберкульозна інтоксикація, підвищений кров'яний тиск тощо) або практично здорові при недостатньому фізичному розвитку й низькій фізичній підготовленості</p>	<p>Поступове збільшення навантаження, особливо того, що висуває до організму підвищені вимоги, без здачі нормативів</p>	<p>Заборонено заняття у спортивних секціях, але рекомендовано додаткові заняття у групах загально-фізичної підготовки або в домашніх умовах для ліквідації недоліків у фізичній підготовці (за індивідуальними комплекс-завданнями вправ, спрямованими на підвищення рівня функціональних можливостей серцево-судинної системи та системи дихання, на зміцнення певної групи м'язів, на оволодіння певними руховими навичками або підвищення рівня їх виконання)</p>

1	2	3	4
Спеціальна група	Значні відхилення постійного чи тимчасового характеру в стані здоров'я, що не перешкоджають навчанню у школі, але протипоказані для занять фізичною культурою за навчальною програмою. Рівень функціонально-резервних можливостей низький або нижчий за середній	Фізична підготовка проводиться за спеціальними програмами з урахуванням характеру та ступеня відхилень	Заняття проводяться вчителем фізичної культури з наданням індивідуальних завдань безпосередньо на уроках

Великої уваги у вітчизняній медичній літературі 90-х років ХХ століття заслуговує питання про *перехідні стани*, при яких спостерігається зниження стійкості організму до патогенних дій. Так, нераціональні інтенсивні фізичні, статичні, фізичні та психічні перевантаження призводять до певного звуження діапазону адаптивної регуляції внаслідок переваги й ослаблення захисних механізмів. Неповне одужання своєю чергою небезпечно розвитком стійких патологічних змін у системах і органах, що провокує перехід хвороби у хронічну мляву форму з періодичними рецидивами, загостреннями й ускладненнями. Школярів, стан здоров'я яких класифікується як перехідний, а також тих, які часто та тривало хворіють, з невеликими відхиленнями в фізичному розвитку, без істотних функціональних змін, що мають недостатню фізичну підготовленість, скеровують до **підготовчої медичної групи**. Дітей із порушеннями постави та плоскостопістю в цій групі нараховується до 60% від загальної її кількості (Т.Ю. Круцевич, 2010).

До **підготовчої групи** належать діти з невеликими відхиленнями у фізичному розвитку, без істотних функціональних змін і без достатньої фізичної підготовленості. Сюди ж зараховують і дітей, що часто хворіють.

Відповідно до спільного наказу Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства освіти і науки України від 20.07.2009 р. № 518/674,

було змінено підхід до скерування школярів у підготовчу медичну групу. Так, згідно з цим наказом, до підготовчої медичної групи варто скеровувати лише реконвалесцентів – дітей у реабілітаційний період після випадку гострого захворювання, що не потребує курсу лікувальної фізкультури, із середнім рівнем функціонально-резервних можливостей серцево-судинної системи. Вважаємо, що необхідно узгодити цей новітній підхід з традиційним розподілом дітей на групи здоров'я і не відмовлятися від скерування до підготовчої медичної групи дітей із низьким рівнем фізичної підготовленості та недостатнім фізичним розвитком.

Уроки з фізичної культури ця група відвідує разом з основною, але з частковими обмеженнями бігу, стрибків, роботи на гімнастичних приладах. Дітям рекомендують додаткові оздоровчі фізичні вправи для підвищення рівня фізичної підготовленості.

У **спеціальні медичні групи** скеровують школярів, які мають відхилення у стані здоров'я тимчасового або постійного характеру, що не становлять перешкоду для занять фізичною культурою, але потребують обмеження фізичних навантажень. До спеціальної медичної групи скеровують школярів, у яких виявлено ревматизм з ураженням і без ураження клапанного апарату серця; рецидиви ревмокардиту; уроджені вади серця; дистрофію міокарда; хронічний тонзиліт з ураженням серця; гнійні та 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 й ендокринної систем; анемія; міопатія та інші виражені порушення зору; наслідки гострих хронічних захворювань та їх загострень (табл.2.2).

Таблиця 2.2

Приблизні показання для призначення медичної групи при деяких захворюваннях (за А. В. Чоговадзе, М. М. Круглій, 1977)

Захворювання	Медичні групи			Група ЛФК
	основна	підготовча	спеціальна	
Ураження м'яза серця	При доброму стані здоров'я через 2 роки після нападу	Через 1 рік після нападу при відсутності ознак ураження серця й суглобів	Через 8 – 10 місяців після нападу і при відсутності активності процесу	У гострому періоді та в перші місяці після гострого нападу
Ураження клапанного апарату серця: а) недостатність	Не призначається	Через 2 роки після затухання активного ревматичного процесу і при позитивній реакції на фізичне навантаження	Через 10 – 12 місяців після гострого і підгострого ендокардиту й при відсутності явищ активності ревматичного процесу та недостатності кровообігу	У перші місяці після гострого періоду при недостатності кровообігу й ознак активності ревматичного процесу
б) мітральний стеноз, ураження аортального клапану, комбіновані вади	Не призначається	Не призначається	Не призначається	При відсутності ознак гемодинамічних розладів
Уроджена серцево-судинна патологія	Не призначається	Не призначається	При відсутності ознак перевантаження правого шлуночка і гемодинамічних розладів	При наявності ознак перевантаження правого шлуночка і гемодинамічних розладів
Післяопераційний період з приводу вад серця	Не призначається	Не призначається	Індивідуально, після 1 року занять ЛФК	У до- і після операційному періоді впродовж 1 року після операції
Хронічна пневмонія	I стадія при тривалій ремісії не менше ніж рік	I стадія через 1 – 2 місяці після загострення при відсутності явищ загострення	I стадія – при явищах загострення II стадія через 1 – 2 місяці після загострення III стадія при відсутності явищ дихальної і серцево-судинної недостатності	При частих загостреннях, при явищах дихальної або серцево-судинної недостатності
Бронхіальна астма	Через 2 роки після останнього нападу при доброму стані	Через 1 рік після останнього нападу при відсутності вторинних змін у легенях і явищ дихальної недостатності у спокої і при навантаженні	При відсутності явищ дихальної недостатності у спокої, якщо напади протікають не важко і бувають не частіше ніж 1 – 2 рази на рік	При частих нападах, вторинних змінах у легенях при явищах дихальної або серцево-судинної недостатності
Туберкульоз легенів	При туберкульозній токсикації без уражень і при відсутності ознак гострого процесу й дихальної недостатності	При сприятливому перебігу післяопераційного періоду, компенсованому процесі та відсутності дихальної недостатності	При сприятливому перебігу й компенсованому або субкомпенсованому процесі та дихальній недостатності I стадії	Вирішується суворо індивідуально
Хронічний гастрит, ентерит, коліт	Не призначається	При загальному доброму стані	При задовільному загальному стані при відсутності загострень упродовж 6 місяців	При нерізко виражених ознаках виснаження, інтоксикації
Виразкова хвороба	Не призначається	Не призначається	Призначається не раніше, ніж через рік після лікування, при відсутності клінічних проявів хвороби	Призначаються при відсутності кровоточивості чи різких болях, що часто повторюються, які викликають необхідність у систематичному лікуванні

Захворювання	Медичні групи			Група ЛФК
	основна	підготовча	спеціальна	
Хронічний нефрит, піелонефрит	Не призначається	Не призначається	При компенсованій нирковій функції поза періодом загострення при відсутності змін у стані серцево-судинної системи	На період лікування не проводяться
Ендокринні захворювання: гіпертиреози, діабет, ожиріння	Не призначається	При легких і незначних порушеннях	При помірних порушеннях	При різких порушеннях
Грижі, апендицит, переломи кісток	Не раніше ніж через півроку, враховуючи поновлення занять після операції	Призначається протягом півроку після поновлення занять фізичними вправами	Призначається впродовж півроку після операції	Призначається в післяопераційному періоді
Сколіози й порушення постави	Порушення, які викликані недоліками шкільного й домашнього режиму	При 1 ступені (функціональна форма)	При II – III ступенях	При сколіозах після рахіту, поліомієліту, при юнацькому кифозі – за призначенням лікаря-ортопеда
Уроджені і набуті деформації опорно-рухового апарату	При відсутності порушень рухових функцій	При нерізко виявлених порушеннях рухових функцій	Вирішується індивідуально	При суттєвих порушеннях рухових функцій
Залишкові явища та наслідки закритих травм черепа	Не призначається	При незначних порушеннях рухової функції не раніше ніж через рік після занять у СМГ	При значних порушеннях рухових функцій	При значних порушеннях рухових функцій
Паралічі після різних захворювань нервової системи	Не призначається	Не призначається	Вирішується індивідуально	Систематичні заняття лікувальною фізкультурою
Прогресуючі м'язові дистрофії	Не призначається	Не призначається	При початкових стадіях хвороби	При початкових стадіях хвороби
Епілепсія	Не призначається	Не призначається	При рідкісних приступах	Не призначається
Хронічні захворювання верхніх дихальних шляхів	При відсутності значних порушень носового дихання	При помірних порушеннях носового дихання	При частих загостреннях	Не призначається
Хронічний отит із перфорацією барабанної перетинки	Протипоказані заняття плаванням, лижами	При відсутності порушень функції слуху	При гнійних процесах	Не призначається
Аномалії рефракції	Менше ніж ± 3 дптр з гостротою зору 0,5 і вище без корекції. При гостроті зору 0,5 і нижче тільки з корекцією	Менше ± 3 дптр при гостроті зору нижче 0,5 з корекцією, від $\pm 3,0$ до $\pm 0,6$ незалежно від гостроти зору.	± 7 дптр і більше незалежно від гостроти зору. При наявності змін очного дна й помутнінні скловидного тіла	Не призначається
Захворювання слезових шляхів та слезоточивість	Протипоказані або обмежені заняття на відкритому повітрі	Не призначається	Не призначається	Не призначається

Показаннями для зарахування до спеціальної медичної групи є захворювання зі стійкою стадією хвороби при відсутності й загрози загострення під впливом навантажень, при відсутності ознак вираженої функціональної недостатності хворого органа чи системи із збереженням лише деяких клінічних ознак захворювання, добрим загальним самопочуттям, відсутністю скарг, сприятливою реакцією на фізичні навантаження, досягнутою завдяки фізичним вправам.

2.4. Комплектування підгруп спеціальної медичної групи

Учнів, яких для занять із фізичного виховання за станом здоров'я скеровано до спеціальної медичної групи, об'єднують у підгрупи. Існує два підходи до розподілу дітей на підгрупи: залежно від важкості захворювання учнів (за функціональним станом) і залежно від характеру захворювання.

Розподіл залежно від важкості захворювання.

Підгрупа „**A**” – школярі, які мають відхилення у стані здоров'я зворотного характеру, ослаблені різними захворюваннями; школярі, що тимчасово зараховані до спеціальної медичної групи для повного відновлення їх здоров'я після травм або захворювання, таких дітей більше.

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

Розподіл залежно від характеру захворювання.

Підгрупа „**A**” формується з осіб із серцево-судинними й легеневиими патологіями: ревматичними вадами серця, тонзилокардіальним синдромом, хронічною пневмонією, туберкульозом легенів у стадії ущільнення, залишковими явищами після перенесеного ексудативного плевриту, гіпертонічною хворобою першої стадії. Сюди ж можна зарахувати й дітей із бронхіальною астмою, але лише після року від часу останнього нападу, а також

якщо у хворих немає змін у легенях і явищ недостатності у спокої та при фізичному навантаженні. Якщо ж ці явища спостерігаються, то такого учня ліпше скерувати для занять фізичними вправами у групу ЛФК.

У підгрупу „**Б**” зараховуються діти з виразковою хворобою, хронічним гастритом, колітом, холециститом, із порушеннями жирового й водно-сольового обміну, з порушеннями функцій сечостатевої системи, зору. При наявності умов слід створити окремі навчальні групи для осіб із міопією в межах від 5 до 7 діоптрій. Коли ж учні з міопією займаються у групі „**Б**”, вони додатково обмежуються в бігових і стрибкових вправах, а також вправах, пов'язаних із опором, натужуванням і на витривалість.

У підгрупу „**В**” об'єднуються діти 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.

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

2.5. Протипоказання й обмеження в навантаженні при заняттях фізичними вправами

У рекомендації лікаря про повне чи часткове звільнення від фізичних вправ учнів хвороби чи при патологічних станах чітко вказуються терміни заборони виконання фізичних навантажень та вправ, від яких їх звільняють (наприклад, вправи на витривалість, вправи для рук тощо).

Повне звільнення від занять фізичною культурою буває тільки при наявності таких **протипоказань**:

- усі захворювання в гострій або підгострій стадіях;
- важкі органічні захворювання нервової системи та психічні захворювання;

- наслідки перенесених черепно-мозкових травм зі схильністю до підвищення внутрішньочерепного тиску із загрозою епілептичних нападів із вираженим вестибулярним синдромом; епілепсія з середньою частотою та частими нападами;
- злоякісні новоутворення; жовчнокам'яна і нирковокам'яна хвороба з частими больовими нападами;
- загострення хронічних захворювань;
- кровотечі будь-якої етіології, загроза кровотечі (виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, гінекологічні захворювання зі схильністю до кровотечі), тромбоемболії;
- хвороби серцево-судинної системи: аневризми серця й аорти, кровоносних судин, недостатність кровообігу II і III ступенів будь-якої етіології, більшість вад серця, деякі порушення ритму серця (миготлива аритмія, повна атріовентрикулярна блокада), інфаркт міокарда давністю менше ніж 12 місяців, артеріальна гіпертензія з рівнем тиску 180/100 мм рт.ст. і вище;
- хвороби дихальної системи: бронхіальна астма, важкі форми бронхоектатичної хвороби;
- захворювання печінки, що супроводжуються печінковою недостатністю; хронічна ниркова недостатність;
- хвороби ендокринної системи з вираженим порушенням функції залоз внутрішньої секреції, ожиріння III–IV ступеня, цукровий діабет (тяжка форма);
- хвороби органів руху з різко вираженим порушенням функції суглобів і наявністю больового синдрому;
- нервово-м'язові захворювання (міопатія, міастенія); дитячі церебральні паралічі з вираженим м'язовим тонусом, який посилюється при фізичному навантаженні;
- короткозорість високого ступеня зі змінами на очному дні, стан після відшарування сітківки, глаукома будь-якого ступеня;
- певний індивідуально визначений час до й після пологів, порожнинних хірургічних втручань.

В інших випадках повне припинення занять фізичними вправами може мати лише тимчасовий характер.

Тимчасове повне звільнення від уроків фізичної культури рекомендують учням у таких випадках:

- у період одужання після гострих захворювань;
- при загостренні хронічних захворювань;
- після операційного втручання;
- при ознаках перенапруження, перевтоми й перетренованості.

Тимчасове звільнення від деяких видів вправ чи обмеження в навантаженні рекомендується в таких випадках:

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

Істотними є **терміни відновлення занять**. Медики встановили орієнтовні терміни відновлення занять фізичними вправами після гострих та інфекційних захворювань (див. дод. 3). Терміни визначає лікар індивідуально для кожного учня з урахуванням клінічних даних (важкості й характеру захворювання чи травми, ступеня функціональних порушень, які були викликані захворюванням чи травмою). Беруться до уваги також стать, вік, компенсаторні властивості організму та інше.

Осіб, стан здоров'я яких не дозволяє впоратися з навантаженнями спеціальної медичної групи, спрямовують у поліклініку або лікарсько-фізкультурний диспансер для занять із ЛФК. Таким чином, усі учні з відхиленнями у стані здоров'я (чи без них) займаються фізичними вправами. Група ЛФК створюється в тих навчальних закладах, де є відповідні фахівці

(інструктор із лікувальної фізкультури, лікар чи учитель, які пройшли спеціальну підготовку). Ця група комплектується з учнів, що мають значні відхилення у стані здоров'я, і тих, що мали важкі захворювання. Учні, що займаються у ній, вивчають весь теоретичний розділ навчальної програми, проводять практичні заняття з суддівства та організації змагань. У результаті цього спостерігається поліпшення стану здоров'я, підвищення загальної працездатності організму, діти не відчують себе відірваними від колективу .

Таким чином, на практиці існує кілька способів організації навчального процесу з фізичного виховання з дітьми спеціальної медичної групи і найраціональнішим визнано такий, при якому діти спеціальної медичної групи займаються окремою групою під керівництвом учителя. Проте на практиці найчастіше проводяться спільні заняття зі школярами різних медичних груп.

За станом здоров'я учнів можна поділити на п'ять груп. Для занять із фізичної культури школярів об'єднують у три групи: основну, підготовчу та спеціальну. При визначенні медичної групи основними критеріями виступають стан здоров'я, рівень фізичного розвитку й фізичної підготовленості учнів.

Учні спеціальної медичної групи своєю чергою поділяють на підгрупи. Критеріями комплектування підгруп спеціальної медичної групи можуть бути ступінь відхилень у стані здоров'я (важкість захворювання) і характер захворювання (діагноз). Найбільш ослаблені діти скеровуються для занять із фізичного виховання у групи лікувальної фізичної культури.

Запитання для самоконтролю

1. Скільки медичних груп комплектують для занять із фізичного виховання?
2. Як співвідносяться класифікації медичних груп із групами здоров'я?
3. Назвіть підстави для зарахування учнів до спеціальної медичної групи.
4. За якою програмою з фізичної культури навчаються школярі, які за станом здоров'я скеровані до спеціальної медичної групи?
5. Який із відомих Вам варіантів організації навчального процесу з дітьми спеціальної медичної групи у школі є найбільш доцільним? Як вважають

фахівці? Запропонуйте свій варіант. Який варіант організації застосовувався в ЗОШ, в якій Ви вчилися?

6. Назвіть критерії комплектування підгруп спеціальної медичної групи.

3. ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАСОБІВ І МЕТОДІВ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ УЧНІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ГРУПИ

3.1. Класифікація засобів фізичного виховання

Для національної системи фізичного виховання характерний 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 та ґрунтів) і гігієнічні чинники (режим дня, раціональне харчування, дотримання правил особистої та громадської гігієни тощо).

Знання засобів дозволить учителеві фізичної культури визначати характерні риси тих чи інших фізичних вправ, їх освітньо-виховний потенціал, відтак більш цілеспрямовано й ефективно добирати ті вправи, які більшою мірою відповідають вирішенню конкретних педагогічних завдань, індивідуальним і віковим особливостям учнів, характеру фізкультурної діяльності й умовам проведення занять.

У фізичному вихованні учнів спеціальної медичної групи використовуються всі, за невеликим винятком, засоби, методи, відомі в фізичному вихованні. Різниця полягає лише в методиці їхнього застосування. Найвищої ефективності фізичного виховання можна досягнути за умови комплексного застосування засобів. На жаль, можливості підвищення здоров'я та працездатності засобами фізичного виховання дуже часто використовуються не повною мірою, за думкою фахівців (Е.Г. Булич, 1986). Особливо мало уваги під час уроків з фізичної культури приділяють загартовувальним заходам.

3.2. Характеристика допоміжних засобів фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи

Разючий за своєю результативністю вплив мають загартовувальні заходи на розумову працездатність. Лише одноразове обтирання обличчя й тіла вологим рушником відразу поліпшує функціональний стан центральної нервової системи (ЦНС), діяльність органів чуттів, що проявляється в підвищенні розумової працездатності (Ю.М. Пратусевич, 1967). Систематичне застосування загартовувальних заходів у комплексі з заняттями фізичними вправами підвищує їх ефективність і сприяє підтриманню високої та стійкої працездатності учнів.

Природні чинники необхідні кожній людині, без них не може бути міцного здоров'я. Проте дітям із послабленим здоров'ям впливи цих чинників особливо необхідні, адже сонячні, повітряні ванни й водні процедури в різних видах формують захисні сили організму, його стійкість до впливу негативних чинників довкілля. На думку фахівців (Е. Булич, 1986, В. Язловецький, 2004, Ю. Полатайко, 2004), допоміжні засоби фізичного виховання в роботі з учнями спеціальної медичної групи набувають ще важливішого значення.

Як доступні і прості способи зміцнення захисних сил організму загартовувальні впливи цінні тим, що майже *не навантажують* організм, і передусім, серцево-судинну систему, яку найбільше оберігають в умовах виконання фізичних навантажень. Більше того, короткотривалі водні процедури 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 засобу є свої переваги й особливості впливу (табл. 3.1). Так, якщо заняття фізичними вправами безпосередньо позначаються на руховій функції й через неї – на діяльності внутрішніх органів, то природні чинники – на функції терморегуляції та захисних силах організму.

**Відмінності у властивостях, особливостях впливу на організм та
в застосуванні природних чинників і фізичних вправ**

Категорія відмінностей	Природні чинники	Фізичні вправи
<i>Відмінності у властивостях</i>		
Джерело енергії, що забезпечує вплив	Зовнішня енергія природних сил	Внутрішній енергетичний потенціал тканин організму
Відношення до довільної діяльності	Ефект досягається підсвідомо, свідомістю не контролюється	Ефект виникає у наслідок довільних дій, контролюється свідомістю
Можливості штучного відтворення	Часткові (фізіотерапія)	Часткові (тренажери, електростимуляція)
Доступність спостереження за ефектом	Ускладнена	Реєструється неозброєним оком
<i>Відмінності в особливостях впливу</i>		
Основний об'єкт	Функції терморегуляції та захисні сили організму	Руховий апарат, функції кровообігу й дихання
Вплив на більшість функцій організму	Слабо виражено	Різко виражено
Основний оздоровчий результат	Підвищення захисних сил організму	Підвищення м'язової працездатності
Додатковий оздоровчий ефект	Підвищення ефективності тренувального процесу	Підвищення захисних сил організму
<i>Відмінності у використанні</i>		
Можливості застосування	При будь-яких станах організму	Тільки при збереженні рухової функції
Можливості поєднання	У повному обсязі	Гранично обмежені
Період можливого застосування	У повному обсязі з народження впродовж усього життя	Із 3 – 4 років, у повному обсязі з 16 років
Можливості застосування для різко ослаблених хворих	Повністю збережені	Практично відсутні

Можливість застосування впливу природних сил не залежить від стану працездатності, тому корисне навіть для ослаблених хворобою дітей.

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 збільшуватиметься при водних процедурах. Тоді як виконуючи одну вправу, не можна додати іншу вправу без збільшення загального навантаження.

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.

До **загартувальних** і **оздоровчих** заходів зараховують різні водні процедури, повні або часткові обтирання, обливання, купання, повітряні ванни (перебування на повітрі в оголеному й 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 у їхньому денному режимі **різних** загартувальних процедур.

При загартуванні потрібно дотримуватися низки **принципів**:

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

Порушення вказаних принципів, особливо принципу суворого дозування й 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 й дітьми роз'яснювальну та

консультативну роботу. Потрібно застерегти батьків і школярів від безконтрольної системи загартування. Тільки після висновку лікаря можна починати поступове й систематичне використання засобів загартування.

При проведенні загартовування всіх дітей у навчальному закладі формують **три групи: перша** – діти здорові, які раніше загартовувалися; **друга** – діти здорові, які вперше приступають до загартування, або ті, які мають функціональні (початкові) відхилення у стані здоров'я; **третья** – діти, які мають хронічні захворювання, або ті, які повернулися в навчальний 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 та стопу поперемінно водою контрастних температур. Починають завжди з теплої води (+35°C). Далі схема обливання диференціюється. Для дітей першої групи (здорові діти) температура води така: +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) температура води така: +35°C, +25°C, +35°C, тобто закінчується обливання теплою водою. Час обливання прохолодною водою становить – 3–4 с, теплою – 5–6 с.

Показником позитивного впливу водних за гартувальних процедур є реакція шкіри. Якщо від 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 й 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 за гартувальних процедур, чи те й інше разом.

Гігієнічні чинники (особиста і громадська гігієна). Серед різних видів захворювань у дітей найбільш частими є аерогенні інфекції. Причому поширеність їх залежить від ступеня забрудненості повітря приміщень.

Санітарний стан навчальних і рекреаційних приміщень має чимале значення для підвищення працездатності та зниження захворюваності школярів. При провітрюванні класів **працездатність** учнів до кінця навчального дня знижується менше, ніж у школярів, які навчаються у приміщеннях, що погано провітрюються.

Провітрювання класів надає учням і **загартувальний** вплив. Школярі поступово звикають займатися з постійним надходженням холодного зовнішнього повітря. Знижується також частота застудних захворювань і їх тривалість.

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

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

3.3. Гігієнічні вимоги до організації режиму дня

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

Обов'язкові **елементи раціонального режиму:**

- ранкова гігієнічна гімнастика, фізкультпаузи, фізкультхвилинки, домашні завдання з фізичної культури (організаційні **форми** виступають як **засоби** фізичного виховання);

- раціональне харчування, збагачене вітамінами, мінеральними речовинами;
- повноцінний нічний сон, денний сон;
- достатній відпочинок після уроків тощо;
- оздоровчі та загартовувальні заходи;
- зниження загального навантаження.

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

Відповідний ефект режиму досягається зміною **тривалості** окремих його компонентів і суворою їх **диференціацією** щодо вікових особливостей (табл. 3.2). Як видно з таблиці, у санаторних школах-інтернатах скорочено тривалість уроків, зменшено їх кількість, суворо регламентовано тривалість приготування домашніх завдань.

Таблиця 3.2

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

Компонент режиму	Тривалість компонентів режиму для учнів різних класів		
	1 – 4	5 – 7	8 – 9
Уроки	4 × 35 хв	5 × 40 хв	5 × 40 хв
Приготування д/з	1 год	1,5 год	2,5 год
Велика перерва	до 1,5 год	1 год	40 – 60 хв
Фізкультхвилинки	3 – 5 хв	3 – 5 хв	3 – 5 хв
Перебування на повітрі	4 – 5 год	3 – 4,5 год	Не менше ніж 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.

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

Полегшений режим навчання. При раціональному проведенні уроків можна майже повністю **відмінити домашні заняття** або скоротити їх обсяг, **виключивши письмові завдання**. Такий досвід, проведений спільно педагогами (Н.Н. Преображенська) і лікарями в колишньому Ленінграді, виправдав себе. Було збільшено час перебування дітей на свіжому повітрі. Повноцінний відпочинок позитивно позначився на здоров'ї школярів, функціональному стані їх нервової системи: зменшилася частота неправильних відповідей на сильні та слабкі умовні подразники, поліпшилися взаємовідносини між сигнальними системами, що сприяло вищій працездатності організму.

Подібний досвід був і в одній зі шкіл-інтернатів Москви (Л.А. Алексєєва і Ю.М. Пратусевич). **Домашні навчальні заняття було скорочено** 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 задавали завдяки ефективному засвоєнню знань на уроках. Разом із тим було скорочено і тривалість занять у класі, а час перебування дітей на повітрі збільшено до чотирьох годин. Уведення такого режиму сприяло збільшенню тривалості сну дітей (швидко засинали), скороченню захворюваності й підвищенню успішності.

Полегшується режим занять посередині тижня (у середу або четвер проводиться **менша кількість уроків**), а для дітей із вираженою інтоксикацією, за рекомендацією лікаря, вводиться **додатковий вихідний день**. Організація «розвантажувальних» (вільних від навчальних занять) днів у середу чи четвер сприяє підтримці працездатності організму школярів на вищому рівні впродовж тижня, чверті й усього навчального року. Досвід організації згаданих «розвантажувальних» днів був в одній зі шкіл колишнього Ленінграда (Н.Б. Бушанська). У четвер дітей повністю звільнялися від навчальних занять.

У цей день проводилися тільки позакласне читання й фізична культура. В умовах такого режиму працездатність дітей щоразу наприкінці 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 бала, а учнів, що займалися у звичайному режимі, – 3,6 бала.

Обсяг *позакласної роботи* для дітей спеціальної медичної групи повинен бути обмеженим, зокрема, дозволяється участь лише в одному гуртку за умови, що заняття проводитимуться не частіше ніж 2 рази на місяць.

Дітей спеціальної медичної групи втомлює не тільки розумова, але й фізична робота. Дослідження показали, що діти з нижчим за середній і низьким рівнями фізичного розвитку здебільшого володіють низькими показниками м'язової працездатності. Цим дітям більшою мірою властива зміна м'язової працездатності за несприятливими типами. Зниженими виявляються також і функціональні можливості серцево-судинної системи. Тому необхідно дуже обмежено залучати таких дітей до тривалих за часом інтенсивних навантажень *суспільно-корисної роботи* як у приміщенні школи (вологе прибирання стін, пересування меблів), так і на земельній ділянці (копання ґрунту, перенесення вантажів).

Достатній відпочинок. До моменту виконання домашніх завдань працездатність організму школярів повинна бути не тільки відновлена, але і збільшена. Це забезпечується тривалою перервою розумової діяльності, під час якої школярі обідають і займаються не менше ніж 60 – 120 хвилин на свіжому повітрі рухливими іграми та спортивними розвагами під керівництвом учителя.

Максимальне перебування на повітрі. Час перебування дітей на свіжому повітрі має бути збільшено. Для цього впродовж дня необхідно організувати **5 прогулянок**: 1-ша – ранкова, до початку занять (30 хв), 2-га під час однієї з великих перерв (30 хв); 3-тя – в ідразу після закінчення навчальних занять (20 хв); 4-та – після закінчення приготування домашніх завдань (1 год); 5-та – після вечері (30 хв – 1 год). Загалом, учні молодших класів повинні бути на

свіжому повітрі до 4 – 5 годин, старших – 2 – 3 години на добу, при цьому активно рухаючись. У вихідні дні прогулянки мають збільшуватися до 4–6 годин.

На свіжому повітрі можна проводити **денний сон**, а також і **навчальні заняття** (у південних районах упродовж усього року, у середній смузі при температурі не нижче за 10°C – усні уроки, письмові – восени та навесні).

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, призводить до серйозних порушень вищої нервової діяльності. Так, скорочення тривалості сну на 2 – 4 години стосовно вікової норми й більше спричиняє зниження реактивності нервових клітин кори головного мозку, що виражається у зниженні величини умовних рефлексів. Триваліше недосипання призводить до глибоких змін реактивності кори головного мозку. Простежується порушення взаємодії між першою та 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 та спеціальної медичної групи рекомендується збільшувати тривалість сну на 1 – 1,5 години порівняно з віковою нормою (табл. 3.3).

Таблиця 3.3

Фізіологічні норми сну

Вік	Тривалість сну (у годинах)
6 – 7	12,0 – 11,0
8 – 10	10,5 – 10,0
11 – 12	10,0 – 9,0
13 – 14	9,5 – 9,0
15	9,0 – 8,5

Нерідко внаслідок пізнього засинання й раннього пробудження відпочинок дітей виявляється недостатнім. Тому необхідно привчити дітей лягати спати та вставати в чітко визначені години. Це виробляє звичку відразу прокинутися, швидко й міцно засинати 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 і світлових подразників, свіжим і прохолодним повітрям (14 – 18°C), зручною постіллю.

Школярам 7–10 років із відхиленнями стану здоров'я в разі продовженого перебування у школі доцільно організовувати **денний сон**, тривалістю 60–120 хвилин, якщо для цього є відповідне приміщення. Під час сну дітей у кімнаті мають бути відчинені кватирки. Такий відпочинок забезпечує відновлення працездатності організму більшою мірою, ніж активний відпочинок (Л. В. Михайлова, Л. А. Александрова та ін.), і є визначальним чинником профілактики порушення постави (Н. Т. Белякова).

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

Відомо, що досить калорійне харчування, але з недостатнім вмістом вітамінів, також несприятливо позначається на імунологічній реактивності організму. Саме тому в харчуванні ослаблених дітей, крім свіжих овочів і фруктів, треба передбачити введення додатково вітамінів С, В, А, і D. Перед їжею рекомендується вживання риб'ячого жиру.

Необхідно також у сім'ї приділяти особливу увагу раціональній організації харчування дітей із відхиленнями у стані здоров'я. Добова

калорійність раціону ослаблених дітей 6–14 років повинна становити 3000 калорій. Калорійність шкільного харчування, яке діти отримують, становить 40–45% від добової калорійності. При цьому на сніданок відводиться 13–15% а на обід 25–30%.

3.4. Характеристика фізичних вправ у фізичному вихованні дітей спеціальної медичної групи

Нині відомо понад 300 класифікацій фізичних вправ. Залежно від того, який критерій беруть за основу, фізичні вправи можна об'єднати в групи (табл. 3.4).

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

При виконанні вправ із меншою кількістю задіяних м'язів відбуваються зміни переважно локального характеру в певних м'язових групах і відповідних відділах нервової системи. Тому ***локальні*** фізичні навантаження, як правило, не застосовують. Необхідність спеціального посилення впливу на одну чи кілька м'язових груп (вправи ***регіонального*** впливу) може бути викликана захворюванням, коли, наприклад, необхідно відновити працездатність м'язів після перелому. За участі не менше ніж 2/3 загальної м'язової маси тіла спостерігається виражена загальна реакція організму. Для учнів спеціальної медичної групи найціннішими є вправи, які залучають до роботи велику кількість м'язових груп.

Застосовують ***динамічні вправи*** переважно 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 і дихальної систем. Тобто динамічні вправи мають більший оздоровчий ефект.

Таблиця 3.4

**Приклади класифікації фізичних вправ,
що використовуються на уроках фізичної культури**

Принцип класифікації	Групи фізичних вправ
За анатомо-топографічним принципом	Для м'язів шиї і потилиці, плеча, передпліччя, кисті, спини, живота, таза, 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>) Спеціальні оздоровчі (лікувальні) (<i>у розтягуванні, коригувальні</i>) Для загального розвитку (стимулювальні) (<i>динамічні циклічні аеробні, на силу, координацію, рівновагу, ідеомоторні, ритмопластичні, рухливі ігри, прийоми самомасажу</i>) Спеціальні розвивальні

Тренування організму за допомогою циклічних вправ для розвитку витривалості сприяє розвитку двох діалектично взаємопов'язаних реакцій: економізація діяльності органів кровообігу й дихання у спокої, що сприяє збільшенню діапазону гемодинамічних і респіраторних реакцій на граничні за інтенсивністю фізичні навантаження. 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, наприклад, для професійно-прикладної фізичної підготовки.

Анаеробні навантаження для учнів спеціальної медичної групи не рекомендуються. Абсолютно протипоказані вправи *анаеробного характеру* учням, які скеровані до спеціальної медичної групи у зв'язку з захворюваннями серця й судин. На подальших етапах фізичного виховання можуть бути дозовано застосовані навантаження *змішаного характеру*.

Дослідження свідчать про потребу *комплексного розвитку фізичних якостей* учнів спеціальної медичної групи. Основою тренувального процесу повинні стати вправи на *витривалість*, які найбільш позитивно впливають на діяльність серцево-судинної та дихальної систем. Вправи на *силу та прудкість* доцільно вводити у тренувальний процес спочатку дозовано, а потім, відповідно до поліпшення адаптації до фізичних навантажень, здійснювати поступове тренування цих якостей. Вправи на *спритність, гнучкість* практично не мають протипоказань для учнів спеціальної медичної групи.

Класифікація вправ як засобів фізичного виховання у спеціальній медичній групі, запропонована І.Вржесневським і О.Давиденко (2000), ґрунтується на *оздоровчому й розвивальному* (стимулювальному) ефекті.

Виділяють: *загальнооздоровчі та спеціальні оздоровчі вправи, а також загальні розвивальні та спеціальні розвивальні вправи*.

Для дітей, що мають відхилення у стані здоров'я, фізичні вправи використовуються у вказаній *послідовності*. Вправи таких категорій — основний елемент *змісту заняття* фізкультурно-оздоровчої спрямованості. За

їх допомогою досягається необхідна рухова активність, що забезпечує оздоровчу розвивальну дію на ослаблений організм.

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

Сюди належать динамічні циклічні вправи, для формування правильної постави, дихальні, релаксаційні. Особливість оздоровчих вправ полягає в тому, що створюючись упродовж сотень, а деколи й тисяч років, більшість із них сьогодні має чітко регламентовані просторові характеристики: початкові положення, раціональні пози, напрями, траєкторії й амплітуди руху, що впливають на певні функціональні системи.

Динамічні циклічні оздоровчі вправи: ходьба, біг, плавання, ходьба на лижах, їзда на велосипеді, спеціально дібрані гімнастичні вправи з циклом рухів, що повторюється, і т.д. Ці вправи легко дозуються за інтенсивністю, тривалістю використання й добре співвимірюються з можливостями організму. Вони впливають на всі системи організму, зокрема 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 комплекс фізичних якостей і навичок. Особливо важливо приділяти достатньо уваги формуванню постави в роботі з ослабленими дітьми, які відстають у фізичному розвитку, оскільки посилення темпів росту в дітей з неправильною поставою може викликати значні дефекти в кістково-м'язовій системі. Комплексна дія вправ повинна бути спрямована на ліквідацію викривлень хребта за рахунок відновлення

симетрії кісток таза й нижніх кінцівок, фізіологічних вигинів хребта; нормалізацію м'язового тону глибоких м'язів спини, які безпосередньо формують положення хребта, і зовнішнього «м'язового корсета». Високоєфективними в корекції порушень постави є елементи плавання, особливо стилем брас, і комплекси вправ у воді.

Дихальні вправи. Порушення механізму регуляції дихання трапляються при будь-якому захворюванні. Кожний патологічний процес, незалежно від його характеру (інфекційний, інфекційно-алергічний або суто алергічний), пошкоджує регуляторні механізми дихання. В ослабленому організмі дихальні функції значно знижуються, ускладнюючи хворобливий процес.

За допомогою спеціальних фізичних вправ, як виявляється, можливо безпосередньо впливати на діяльність механізмів, які керують диханням. Як єдина з вегетативних функцій, яка піддається 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 й процеси тканинного дихання. Дихальні вправи оздоровчо діють на дихальну, серцево-судинну, нервову системи, обмін речовин тощо, тобто практично на всі функції організму.

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

Дихальні вправи – це гімнастичні вправи (з довільними змінами характеру чи тривалості фаз дихального циклу) у поєднанні з рухами тулуба й 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, й інші можуть виконуватися з різних початкових положень (стоячи, сидячи, лежачи). Застосовуються вправи, які

розвивають носове, грудне, діафрагмальне й повне дихання, поліпшуючи дренажну функцію дихальних шляхів.

До *статичних* дихальних вправ належать дихальні вправи, що виконуються зі зміною ритму та 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, ступінчато-подовженим видихом тощо. До *динамічних* дихальних вправ зараховують різні поєднання дихальних вправ із рухами інших сегментів тіла. При цьому рухи добираються таким чином, щоб полегшити чи посилити дихання. Наприклад, нахил тулуба вперед поєднується з видихом, випрямлення – із вдихом. Динамічні дихальні вправи можуть бути дібрані й 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 із дітьми спеціальної медичної групи застосовують вправи **звукової гімнастики** з вимовою на видиху голосних А, У, О і приголосних Ф, Ш, С.

Загальнооздоровчими є і *релаксаційні* вправи, спрямовані на довільне розслаблення м'язів, регульоване чергування й поєднання напруження та розслаблення. Зменшення напруження м'язів сприяє ослабленню збудження всієї нервової системи. Нервова система страждає й потребує зміцнення при будь-якому патологічному процесі в організмі. Добре відомо, що стан спокою центральної нервової системи, відсутність зайвих подразників призводить 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 й виробничого процесів), висувають завищені вимоги до індивіда й диктують необхідність оволодіння навичками з профілактики й ліквідації стресового стану.

Розслаблення є складним для дитини, оскільки потребує і певного рухового досвіду, і вміння доволно керувати тонусом м'язів. Відчуття розслаблення дитина може отримати як контраст із попереднім напруженням, а також шляхом застосування доступних образних порівнянь: «рука відпочиває», «нога спить», «живіт чужий» тощо. Обов'язковою фізіологічною умовою для довольного розслаблення слугує зручне вихідне положення.

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

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

Специфічні оздоровчі (лікувальні) вправи впливають на ланку патологічного процесу в організмі – це *вправи на розтягування та коригувальні вправи*.

Вправи на розтягування – різновид активних гімнастичних вправ із переважною дією на патологічно змінену еластичність тканин. У дітей такі вправи застосовуються при плевритах, плевропневмоніях, артритих, контрактурах різного походження.

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

Загальноорозвивальні (стимулювальні) вправи оздоровчо впливають на всі функції організму, стимулюють фізичний розвиток, створюють базу для розвитку окремих фізичних якостей (*сили, координації, рівноваги* тощо).

До них належать динамічні циклічні аеробні, ідеомоторні, ритмопластичні вправи, рухливі ігри, прийоми самомасажу.

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

Силові вправи викликають викид анаболічних гормонів, які сприяють посиленню процесу білкового синтезу в організмі, що стимулює біологічне дозрівання, зростання скелета, м'язової маси та інших тканин організму. Їх виконання, пов'язане з **напруженою роботою** серцево-судинної й інших систем, **вимагає певної готовності організму**. Напруження, що розвивається м'язами при силових вправах, повинно відповідати 50 – 75 % від максимально можливої сили. При меншому зусиллі анаболічний розвивальний ефект може не спостерігатися, при більш високому – можливе перенапруження функціональних систем організму і негативний ефект.

Вправи сприятимуть удосконаленню **координації** рухів при складних сполученнях рухів і регламентованої послідовності. Вони застосовуються для

тренування й відновлення рухових навичок, відновлення порушеної регуляції рухів.

Вправи в *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 й тулуба. Ці вправи також сприяють поліпшенню координації рухів, формуванню й закріпленню *навички правильної постави*.

Ідеомоторні вправи – емоційне самонавіювання, багатократне уявне відтворення рухів через внутрішню мову, уявлення образів, м'язово-рухове і плотське уявлення.

Ритмопластичні – вправи, що формують навичку раціонального розподілу зусиль у часі та просторі через злагоджену послідовність активації різних м'язових груп у дії.

Рухливі народні та спортивні ігри як пріоритетний вид дитячої діяльності мають високий виховний й оздоровчий потенціал. Ситуація гри постійно змінюється, висуваються до гравця вимоги з концентрації уваги, правильного її розподілу й переключення, доброї координації рухів. Заняття рухливими іграми розвивають рухливість нервових процесів, руховий апарат дитини, укріплюють серцево-судинну й дихальну системи, активізують обмін речовин. Впливаючи на емоційно-вольову сферу, ігри допомагають формувати рухові та морально-вольові якості. Регламентація правил робить значний позитивний внесок у формування характеру дитини.

Використання ігор з оздоровчою метою ставить перед учителем низку таких вимог:

- урахувати й регулювати фізичні навантаження відповідно до функціональних можливостей учасників;
- контролювати адекватність емоційних переживань;
- удосконалювати рухові навички та якості, які дещо відстають у розвитку.

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

Прийоми самомасажу, викликаючи зміни функціонального стану різних відділів центральної нервової системи, сприяють утворенню пристосованих реакцій. Крім механічного й теплового впливу на шкірні покриви, кровоносні та лімфатичні судини, м'язи, сполучні тканини й вегетативну нервову систему, масу тіла, також позитивно впливають на біоелектричну активність головного мозку; нормалізують серцевий ритм, зменшують периферичний опір і через рефлекторні зони позитивно впливають на всі внутрішні органи. Навчання прийомів самомасажу регулюється принципами свідомості, наочності, доступності, послідовності, систематичності.

Спеціальні розвивальні вправи сприяють розвиткові окремих фізичних якостей: сили, швидкості, витривалості, гнучкості тощо, викликаючи специфічні зміни у функціональних системах організму, що лімітують рівень їх вияву.

3.5. Методи фізичного виховання

На думку Д.Локка, методи повинні бути зорієнтованими на природні інтереси дітей і їх позитивні емоції, вони повинні зробити процес навчання привабливим. У методичній літературі можна знайти лише поодинокі зауваження, що стосуються використання окремих методів у фізичному вихованні дітей спеціальної медичної групи.

Метод ***суворо регламентованої вправи*** потребує точного дозування навантаження й суворо встановленого чергування його з відпочинком, чіткого порядку повторення вправ, їх зв'язку між собою. Він застосовується на всіх 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 у роботі зі спеціальною медичною групою слід використовувати з великим обмеженням, оскільки фактор суперництва під час 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 бути більш збудженими, ніж учні основної групи. Доцільно це врахувати і добирати для них більш *спокійні ролі* або після закінчення гри проводити окремо кілька заспокійливих вправ.

Поза тим, під час виконання фізичних вправ та іншої рухової діяльності, діти спеціальної медичної групи, зазвичай, бувають млявими, малоактивними, нерішучими. Вони соромляться своєї незграбності та прагнуть бути непомітними на уроках. Це призводить до малорухливості на уроках фізичної культури й у позаурочний час та ще збільшує їх відставання від дітей основної медичної групи. Малорухливі й несміливі діти потребують заохочування з боку вчителя фізичної культури.

Змагальний метод. Діти спеціальної медичної групи можуть змагатися на точність і правильність виконання окремих вправ, а також на кращий вияв таких якостей: координація рухів, гнучкість, рівновага, спритність тощо.

Методи слова. *Словесне оцінювання* відіграє роль мовного схвалення або осуду діяльності учнів. Учителеві важливо частіше використовувати заохочення, підтримувати кожний, навіть незначний успіх учня, не підкреслювати помилок перед усім класом. При роботі з учнями з серцево-судинними захворюваннями *не рекомендується* подавати гучні команди і вести підрахунок.

Таким чином, комплексне застосування всього розмаїття засобів фізичного виховання визнано найраціональнішим підходом у фізичному

вихованні дітей, яких за станом здоров'я скеровано до спеціальної медичної групи. На жаль, застосування за гартувальних заходів на уроках фізичної культури фахівці часто недооцінюють. Основними елементами менш інтенсивного режиму дня є обмежена тривалість шкільних і позашкільних занять; достатній відпочинок; максимальне перебування на повітрі; нормальний сон відповідно до вікових потреб і стану здоров'я; регулярне й раціональне харчування. У фізичному вихованні учнів спеціальної медичної групи пропонується користуватися класифікацією вправ, розробленою І.Вржеснєвським і О.Давиденко і розподіляти вправи на загальнооздоровчі та спеціальні оздоровчі, а також, загальнорозвивальні та спеціальні розвивальні. Дихальні вправи, вправи на розслаблення й для формування правильної постави рекомендується використовувати на кожному уроці фізичної культури з дітьми спеціальної медичної групи.

Запитання для самоконтролю

1. Які вправи називаються спеціальними у фізичному вихованні учнів спеціальної медичної групи?
2. Обґрунтуйте вимоги до засобів фізичного виховання, рекомендованих для оздоровлення учнів спеціальної медичної групи.
3. Яка класифікація фізичних вправ розроблена для застосування у фізичному вихованні учнів спеціальної медичної групи?
4. Назвіть групи вправ, які рекомендовано використовувати на кожному уроці фізичної культури.
5. Назвіть відомі Вам підходи для полегшення режиму навчання, що застосовуються в роботі з дітьми спеціальної медичної групи?
6. Які групи засобів практично не мають обмежень у фізичному вихованні учнів спеціальної медичної групи?

4. УРОК ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ З УЧНЯМИ СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ГРУПИ. ОРГАНІЗАЦІЙНІ ТА МЕТОДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ

4.1. Вимоги до уроку фізичної культури у спеціальній медичній групі (за Г. І. Погадаєвим, 2000)

1. Навчання раціонального дихання. Від того, як дихає людина, значною мірою залежить її здоров'я. При непрохідності носа й диханні через рот, що часто трапляється в дітей, страждає і фізичний, і психічний розвиток: змінюється скелет обличчя, погіршується розвиток грудної клітки, знижуються функції органів травлення, нерідко виникає недокрів'я. Такі діти бліді, кволі, вередливі, неуважні, можуть відставати й у психічному розвитку.

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

За допомогою дихальних вправ можна свідомо впливати на внутрішні органи. Установивши 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 раціонального дихання сприяє такому:

- швидшому видаленню порушених функцій дихальної системи;
- поліпшенню окиснювально-відновних процесів в організмі;
- підвищенню адаптації до фізичного навантаження;
- загальному оздоровленню й гармонійному розвитку.

Досягнути максимального оздоровчого ефекту від уроків фізичної культури можна тільки при раціональному диханні.

Поліпшення *механізмів регуляції дихання* забезпечує *методика формування навичок довільного управління легеневою вентиляцією* (С.Ф. Цвек, В.С. Язловецький, 1983). Необхідно врахувати, що освоєння цієї методики важливе практично для всіх учнів, не тільки для тих, що мали захворювання органів дихання. За спостереженнями авторів методики, у 90% учнів, зарахованих до спеціальної медичної групи, відзначаються низькі резервні

можливості дихальної системи, надмірна вентиляція при порівняно низькому коефіцієнті використання кисню, що свідчить про невміння юнаків і дівчат керувати своїм диханням.

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

Досвід і літературні дані доводять, що в ослаблених дітей переважає поверхнєве грудне дихання. Тому на перших уроках необхідно навчати дітей правильно дихати в положенні сидячи чи стоячи, акцентуючи увагу на участі в акті дихання передньої стінки живота. Установлено, що діафрагмальне дихання сприяє врівноваженню нервових процесів.

Навчати правильного дихання варто і у 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 також можна використовувати як засіб, що понижує навантаження. Співвідношення дихальних і вправ для загального розвитку може бути 1:1, 1:2, 1:3 – 1: 5. Якщо це співвідношення не зазначено у плані уроку, то вчитель використовує дихальні вправи залежно від стану учнів і характеру попередньої діяльності.

2. Формування правильної постави та її корекція. Дотримання правильної постави має не тільки естетичне, але і, головним чином, фізіологічне значення для ослаблених дітей. При порушенні постави погіршується робота всіх систем й органів організму людини. Насамперед погіршується діяльність нервової системи, яка регулює зв'язок організму з навколишнім середовищем, об'єднує та скеровує роботу всіх інших органів і

систем. Під впливом погіршення трофічної функції нервової системи погіршується обмін речовин, що викликає затримку росту, виснаження, недокрів'я, а на цій основі відбувається послаблення стійкості організму до різних хвороб: обміну речовин, застудних, інфекційних тощо. Варто також відзначити й погіршення зору при порушенні постави.

Правильна постава забезпечує нормальну діяльність опорно-рухового апарату, внутрішніх органів, сприяє економнішому використанню енергії під час виконання фізичного навантаження.

Окрім регулярного виконання передбачених програмою спеціальних вправ для постави, учитель повинен звертати увагу дітей на оптимальне положення голови, правильність роботи рук, ніг, тулуба, допомагати виправляти помилки та стимулювати правильні положення.

3. Індивідуальний підхід до учнів загальноосвітніх навчальних закладів. Це складне завдання вирішує вчитель за рахунок раціонального шикування учнів, гнучкої й диференційованої методики навчання, вибору оптимальних вихідних положень, дозування навантаження внаслідок ускладнення чи полегшення вправ тощо.

4. Урок повинен бути емоційно забарвленим. На уроці фізичної культури діти повинні забути про хвороби, відчутти себе такими ж повноцінними, як і здорові діти. Урок у спеціальній медичній групі повинен стати уроком бадьорості, «м'язової радості», естетичної насолоди. Ставлення вчителя, акуратна спортивна форма створюють у дітей позитивний настрій. Варто зазначити, що емоційна забарвленість уроку також залежить від таких чинників: порядок, чистота залу, якість обладнання, зовнішній вигляд учнів, хороша освітленість приміщення, оптимістичний лад команд і пояснень тощо. Рекомендується використання елементів танців, рухливих і спортивних ігор. Водночас необхідно зберігати певне почуття міри, бо надмірне емоційне збудження сприяє незадовільному впливу на учнів, може створити нервові й фізичне перевантаження. Це не бажано на заняттях фізичної культури з учнями спеціальної медичної групи.

4.2. Побудова й методика уроку

Урок є основною організаційно-методичною формою навчального процесу в ЗОШ. Схема побудови уроку для учнів спеціальної медичної групи залежить від конкретних завдань такого навчального заняття, періодів календарного року, контингенту осіб, які займаються, об'єктивних умов у такому навчальному закладі (наявність спортивної бази тощо).

Оздоровчу спрямованість уроків необхідно зберігати впродовж усього періоду навчання. Заняття бажано проводити на **повітрі**, оскільки це належним чином сприяє зміцненню здоров'я. Зрозуміло, що винятком повинні стати учні, яким протипоказано тривале перебування на повітрі в холодну пору року.

З оздоровчою метою рекомендується проводити **уроки змішаного типу**, оскільки різноманітність засобів, що використовуються, і своєчасне їх чергування підвищують позитивний фізіологічний ефект та інтерес до занять, створюють емоційний фон і запобігають стомленню.

Урок з фізичної культури у спеціальній медичній групі варто будувати з **чотирьох частин**, взаємозалежних між собою: вступної, підготовчої, основної та заключної.

Перша частина, **вступна**, спрямована на підготовку необхідних умов для подальшого проведення занять. Шиккування групи, рапорт, пояснення завдань заняття – усе це *організовує* учнів, зосереджує їхню увагу. Виконання стройових прийомів чергується з дихальними вправами.

В учнів молодших класів виховується потреба з'являтися на урок у належній спортивній формі, формується вміння знаходитися у строю, виконувати команди, відповідати на привітання вчителя.

Рекомендується провести вимірювання ЧСС, частоту дихання (ЧД). Діти, в яких **ЧСС вища за 80 – 90 уд./хв**, стають на правий фланг (до слабко підготовлених). За умови правильної й чіткої організації, самостійний підрахунок учнями пульсу й частоти дихання значною мірою налаштовує школярів на роботу під час уроку.

Шикувати учнів спеціальної медичної групи рекомендують не за зростом, а **за функціональними відхиленнями**. Одні фахівці пропонують такий підхід: на правому фланзі шикуються діти із захворюваннями серцево-судинної й дихальної систем, за ними – діти із захворюваннями органів травлення та зниженим зором, далі – учні з відставанням у фізичному розвитку. Інші фахівці рекомендують шикувати дітей зі слабкою функціональною підготовленістю – на правому, з сильною – 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.

Відповідно до програми з фізичної культури, теоретичні знання, а також вимоги техніки безпеки під час проведення занять повідомляються учням на кожному уроці. Після повідомлення матеріалу теоретичного розділу навчальної програми вивчаються або повторюються різновиди дихання (грудного, черевного та змішаного, тобто повного) і виконується комплекс вправ оздоровчого спрямування. Дихальні вправи поступово поєднуються із вправами для загального розвитку, які виконуються в повільному темпі з поступовим підвищенням навантажень.

У вступній частині уроку використовуються вправи ритмопластики, вправи на поставу, на розслаблення. Необхідно дотримуватися методичного прийому «чергування навантажень». У разі потреби вибірково перевіряється виконання домашнього завдання.

Рекомендована тривалість вступної частини – 3–4 хв.

Друга частина, **підготовча**, забезпечує *фізіологічну* підготовку організму учнів, створює оптимальні умови для проведення основної частини занять. У підготовчій частині учні виконують ходьбу, біг, його різновиди, танцювальні кроки, вправи зі зміною ритму, вправи для загального розвитку, вправи для формування правильної постави, вправи для розвитку координації, підвідні й підготовчі до вправ, що використовуватимуться в основній частині уроку. Упродовж 1–го півріччя вчитель повинен домогтися правильного виконання

вихідних положень, виправляти неточності рухів, домагаючись чіткості виконання вправ, учити дітей красиво ходити, стежити за правильністю постави, узгоджувати дихання з рухами.

Вправи для загального розвитку не повинні спричинити значну втому. Якщо втома після закінчення вправ для загального розвитку значна, її можна зменшити короткотривалим (10–15 с) відпочинком (наприклад, лежачи на матах) або виконанням 1–2-х дихальних вправ.

У підготовчій частині уроку гірше підготовленим дітям пропонують меншу кількість повторень вправ розминки та триваліші паузи відпочинку між ними. Легкі, ненапружені рухи й рухові дії можуть виконувати всі учні з однаковим навантаженням, але ті вправи, де потрібна значна швидкість, сила й витривалість, які можуть спричинити різкі зсуви в системах кровообігу й дихання, повинні виконувати менш підготовлені діти з меншою кількістю повторень. Учитель уважно спостерігає за дітьми і, не перериваючи виконання вправ окремими розпорядженнями, пропонує менш підготовленим учням закінчити вправу. Роблять це після того, як усі учні виконали половину або дві третини від запланованого навантаження.

Кожен урок містить 2–3 нові вправи для загального розвитку. Загальна кількість вправ комплексу не повинна перевищувати **10–14** у 1-му, **14–15** у 2-му півріччі. Кожну вправу слід повторювати **4–5 разів** упродовж підготовчого періоду і **6–8 разів** – в основному періоді навчального процесу (періодизацію навчального процесу викладено в VI розділі навчального посібника).

Вправи для загального розвитку рекомендується проводити в повільному й середньому темпі. Окремі фахівці радять проводити їх у довільному, **зручному для дітей темпі**. Цей методичний прийом повинен застосовуватися на початку занять із дітьми спеціальної медичної групи і в роботі з дітьми молодшої вікової групи. Але поступово необхідно привчати дітей до виконання вправ під загальний рахунок.

Вправи повинні залучати до роботи м'язи основних груп. Виключаються вправи, що вимагають великих м'язових зусиль та із затримкою дихання.

Вправи проводяться у сполученні та чергуванні зі спеціальними дихальними вправами, вправами для формування правильної постави і вправами на розслаблення м'язів. При виконанні вправ для загального розвитку особлива увага приділяється рівномірному глибокому диханню.

У підготовчій частині не рекомендуються *інтенсивні навантаження*. Цим можна надмірно збудити центральну нервову систему учнів або ввести їх у 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 зв'язків, придбаних раніше.

Вивчення з учнями *складних* рухів на початковій стадії навчання спеціальної медичної групи може створити в центральній нервовій системі дитини домінанту руху, що буде несприятливим для подальшого проведення навчального заняття.

У підготовчій частині занять небажано вводити *багато нових вправ*, це може викликати нервові перенапруження, що негативно позначатиметься на засвоєнні нових рухів в основній частині заняття.

Втому можуть викликати й раніше вивчені вправи, що пропонуються учням спеціальної медичної групи в надто повільному або дуже швидкому *темні*, тому вчителю фізичної культури, особливо в перші місяці своєї роботи, потрібно бути уважним.

Тривалість підготовчої частини уроку для школярів залежить від етапу фізичного виховання й коливається від *5–6 до 15–20 хв*. Тобто на початку навчального року підготовча частина може займати половину тривалості уроку. Згодом фізична працездатність дітей спеціальної медичної групи зростає і тривалість підготовчої частини скоротиться за рахунок подовження тривалості основної частини заняття. У 1-й чверті у молодшій школі підготовча частина продовжується 10–15 хв, у подальших чвертях – 6–8 хв.

Упродовж року фізичне навантаження, що пропонується у вступній і підготовчій частинах, поступово підвищується.

Третя частина, **основна**, спрямована на вирішення практично всіх завдань, які стоять перед уроком фізичної культури: поглиблення теоретичних і методичних знань, підвищення функціональних здатностей організму, ліквідація відхилень у здоров'ї, формування й удосконалювання рухових навичок, розвиток фізичних якостей, виховання морально-вольових якостей школярів, які скеровані до спеціальної медичної групи.

На початку основної частини заняття учням викладають новий матеріал, використовують вправи на швидкість, точність рухів та інші, що вирізняються складною координацією.

Засоби, що використовуються в основній частині уроку, вельми різноманітні. До них належать вправи, характерні для окремих видів спорту. Пропонується в кожен урок уводити одну спортивну *гру*. Уроки поряд із рухливими іграми можуть містити й елементи спортивних ігор середньої рухливості (скороченої тривалості для школярів молодшої вікової групи), можна проводити навчальні ігри за спрощеними правилами тривалістю більше ніж 5 – 6 хв. Досвід роботи показує, що навіть на малорухливу гру організм учнів, які за станом здоров'я належать до спеціальної медичної групи, реагує різким збільшенням пульсу, підвищенням артеріального тиску, які, як правило, повільно повертаються до вихідних величин. Тому врахуванню рухливості, емоційності та складності ігор приділяється особливе значення. Ігри проводяться за 15–20 хвилин до закінчення уроку. Після ігор обов'язково проводиться заспокійлива ходьба, дихальні вправи, вправи для загального розвитку у спокійному темпі з паузами для відпочинку, відпочинок сидячи тощо.

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

Застосування *змагального методу* сприяє підвищенню емоційності заняття й вихованню моральних і вольових якостей. Під час уроку фізичної культури з дітьми спеціальної медичної групи можна проводити змагання на

точність і правильність виконання окремих вправ, а також на кращий вияв таких якостей як *координація* рухів, *гнучкість* тощо. Після естафет діти спеціальної медичної групи можуть значно більше збуджуватися, ніж учні основної групи. Доцільно це мати на увазі та після закінчення змагань (естафет) провести окремо для них кілька заспокійливих вправ.

Для учнів зі зниженою працездатністю необхідно, щоб навантаження зростало поступово від уроку до уроку, паузи відпочинку між вправами були частішими та тривалішими. В активний відпочинок ліпше додавати вправи на розслаблення в положенні лежачи на спині (10–15 – 40–60 с).

Виключаються статичні навантаження, вправи, що вимагають інтенсивних зусиль, складнокоординовані засоби, вправи на максимальну прудкість, витривалість і силу, стрибки в глибину.

Важлива поступовість і ретельна індивідуалізація педагогічного впливу. Учні можна розподілити по відділеннях залежно від їх успішності, наприклад, в опорних стрибках. Учням різних медичних груп слід ставити доступні завдання, зокрема підготовленим дітям можна запропонувати стрибати через гімнастичного коня більшої висоти і при більшій відстані між конем і містком. При нескладних естафетах варто рівномірно розподілити слабких учнів по різних командах.

У роботі з дітьми спеціальної медичної групи важливим є вміння вчителя бачити на уроці всіх учнів, контролювати їхні дії та вчасно надавати потрібну допомогу.

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

Навчання техніки фізичних вправ учнів спеціальної медичної групи.

В основній частині ***навчають*** одного з основних рухів. Потрібно враховувати фізіологічні умови навчання (за І. П. Павловим) – зовнішні (наприклад, погодні умови) і внутрішні (попереднє навчання, виховання, життєвий досвід, умови побуту, психічну готовність дітей тощо).

Учні повинні знати *мету*, яку має та чи інша вправа. Втрата сенсу вправи часто призводить до втрати інтересу до неї і до фізичного виховання загалом. Тому школярі повинні знати, яких успіхів можна досягнути при успішному оволодінні вправою, яку їм пропонують.

Варто пам'ятати, що розучування нових вправ утомлює не більше, ніж звичні дії. Тому в урок для учнів спеціальної медичної групи рекомендується вводити *не більше ніж одну вправу*, яку пропонується розучити. Повільніше сприйняття навчального матеріалу й відносно слабша пам'ять викликають необхідність детальнішого пояснення завдання, частіших повторень впродовж більшої кількості уроків, ніж звичайно планується для учнів основної медичної групи. Під час розучування техніки фізичних вправ учнями спеціальної медичної групи, *підготовчих і підвідних вправ* в основній частині уроку фізичної культури, зазвичай, необхідно *більше*, ніж для учнів основної групи. Кількість повторень вправи залежатиме від міри засвоєння учнями навчального матеріалу і їх пристосованості до фізичного навантаження. Один раз виконана вправа не призводить до стійких змін в організмі, тому частота повторень поруч з іншими чинниками визначає успішність навчання. *Кількість повторень* вправи повинна бути достатньою, щоб навичка була міцно засвоєна. Разом із тим фахівці в роботі з дітьми спеціальної медичної групи рекомендують повторювати вправу *не більше ніж п'ять разів*.

На початку навчального року вчитель багато часу витрачає на пояснення, показ, виконання вправи й повторення. Тому темп виконання вправ на перших заняттях буде повільним, що дозволяє контролювати правильність рухів і самому учневі, і вчителю. 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 відіграватимуть велику роль надалі. Якщо закріпити помилки, доведеться витратити зайву енергію для подолання й виправлення створеного динамічного стереотипу.

Тільки тоді, коли більшість учнів групи надійно засвоїть прості рухові дії, можна переходити до вивчення складніших вправ, не забуваючи повторювати й вивчені раніше. «Систематичність повторення вправ – основа успіху». Завдяки систематичному тренуванню в учнів виробляється автоматизм у виконанні вправ, тому у другій чверті на простих елементах вправ уже не слід зупинятися. Отже, до процесу навчання техніки фізичних вправ висуваються такі вимоги: *поступове ускладнення й безперервність навчання*, оскільки тривала перерва призводить до часткової втрати навичок і вмінь, які були набуті.

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 уроку фізичної культури створюються сприятливі умови для відновлення частоти пульсу, усунення явищ стомлення, збудження, поступове зниження фізичного навантаження й підтримки емоційної насиченості уроку. Пропонована тривалість заключної частини – 5–10 хвилин у всіх вікових групах.

Як правило, заключна частина передбачає повільну ходьбу, танцювальні кроки, ігри малої рухливості, вправи на поставу, а також вправи на раціональне дихання, вправи на розслаблення м'язів, можна застосовувати відпочинок сидячи. Проводиться підрахунок ЧСС. Завершення уроку повинно викликати задоволення й налаштовувати на наступні заняття.

4.3. Загальна й моторна щільність уроку

Важливим показником ефективності навчального заняття є його *загальна щільність* – відношення раціонально затраченого часу (пояснення, демонстрація, виконання вправ, прослуховування зауважень, відпочинок і т.д.) до тривалості навчального заняття. Загальна щільність занять з учнями спеціальної медичної групи (також як і на уроці зі здоровими школярами) повинна наближатися до 100%. Тобто вчитель мусить намагатися провести заняття без нераціональних затрат часу.

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

Збільшення щільності занять залежить від набуття учнями загальної тренуваності, оволодіння руховими навичками й поліпшення стану здоров'я. Рекомендовані величини моторної щільності уроків фізичної культури подано в табл. 4.1.

Таблиця 4.1

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 для підгрупи дещо слабших учнів (підгрупа „Б”) у першому півріччі може бути невеликою і становити близько 18–20%, у другому півріччі – 25–30%, у третьому й четвертому – 50–55%.

Щільність уроку в кожному класі перевіряється (лікарем, учителем) один раз на місяць. Щільність занять контролюється методом безупинного спостереження за виконанням фізичних вправ під час уроку. Перед визначенням щільності занять необхідно перевірити план-конспект заняття, переглянути всі види рухової діяльності учнів. Для визначення щільності уроку 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, тривалість усього заняття в цілому і за частинами, наявність необхідного інвентарю, вказується прізвище вчителя. Під час уроку ведеться спостереження за вибраними учнями: підраховується корисний (раціонально витрачений) час, тривалість активного й пасивного відпочинку (с, хв), кількість виконаних вправ за частинами заняття, тривалість простоїв тощо. Усі дані записуються у протокол. Після заняття

підбиваються підсумки спостереження, які повідомляються вчителю. Розрахунок показників загальної та моторної щільності уроку подано в дод. 4.

Такий аналіз навчального часу корисний для вчителя, сприяє підвищенню рівня його педагогічної майстерності, поліпшенню якості проведення уроків.

4.4. Інтенсивність фізичних навантажень

У початковому періоді занять спеціальної медичної групи використовують фізичні вправи малої інтенсивності, які сприяють зростанню ЧСС на 25–30% з вихідного рівня (І. М. Фонарьов, 1983). Поступово додають дозовані фізичні навантаження середньої інтенсивності, які підвищують ЧСС на 40–50% від вихідної. До кінця занять у спеціальній медичній групі використовують фізичні вправи, які збільшують ЧСС на 70–80% від вихідного рівня.

На заняттях з ослабленими дітьми використовують вправи **малої, помірної й великої інтенсивності**. Для **оздоровчого ефекту** уроку фізичної культури реакція організму на навантаження повинна бути **малої або помірної інтенсивності**.

Вправи малої інтенсивності задіюють малі та середні м'язові групи, виконуються в повільному або середньому темпі. До них належать вправи на розслаблення м'язів, статичні дихальні вправи та вправи для глибоких м'язів спини. При їх виконанні ЧСС трохи змінюється, спостерігається помірне підвищення максимального й пониження мінімального тиску крові, зрідження й поглиблення дихання. Мала реакція викликає збільшення ЧСС **до 120 уд./хв**, незначне підвищення або збереження вихідного рівня артеріального тиску.

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 із помірним навантаженням.

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

М'язові навантаження з ЧСС **100–120 уд./хв** мало перспективні в удосконаленні фізичних якостей учнів спеціальної медичної групи. Вони використовуються під час вступної та підготовчої частин уроку, у періодах навчання рухових дій, а також у перервах між вправами високої інтенсивності. Слід урахувати, що ці вправи викликають невелику реакцію організму, тому недостатні для розвитку фізичних якостей до рівня, що відповідає нормативним вимогам.

Вправи помірної інтенсивності залучають до руху середні (при роботі в середньому та швидкому темпі) та великі (у середньому й повільному) м'язові групи. До них належать динамічні дихальні вправи, вправи з предметами й невеликими обтяженнями, ходьба в повільному та 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 передбачає збільшення ЧСС у діапазоні **120 – 150 уд./хв**, при цьому тиск систоли не повинен перевищувати 150 мм рт. ст.

При ЧСС **не вище ніж 120 – 130 уд./хв** виконуються вправи з дуже ослабленими дітьми підгрупи „Б” (слабша) впродовж усього навчального року. За даними фізіологів, навантаження при такій ЧСС сприяють гармонійній діяльності серцево-судинної, дихальної й нервової систем, опорно-рухового апарату й інших органів і систем організму дітей підгрупи „Б”: збільшується хвилинний об'єм крові (за рахунок систолічного об'єму), поліпшується

зовнішнє та тканинне дихання. При таких навантаженнях формуються життєво необхідні навички та вміння, поза тим не висуваються неадекватні вимоги до ослабленого організму.

Для школярів, зарахованих до групи „А” (відносно сильніших), фізичні навантаження поступово збільшуються за інтенсивністю й обсягом, відповідно до адаптаційних можливостей організму. Для дітей підгрупи „А” руховий режим у діапазоні ЧСС **120 – 130 уд./хв** застосовується впродовж 1–1,5 місяців із поступовим доведенням навантажень до ЧСС **140 – 150 уд./хв** в основній частині заняття.

Навантаження при ЧСС **130 – 150 уд./хв** є *оптимальними* для кардіо-респіраторної системи в умовах аеробного дихання й дають хороший тренувальний оздоровчий ефект для серцево-судинної та дихальної систем в умовах аеробного енергозабезпечення. Водночас вправи, що викликають помірну реакцію організму, також є недостатніми для розвитку фізичних якостей до рівня нормативних вимог. Тому м'язовим навантаженням помірної потужності з ЧСС **130–140 уд./хв** рекомендується відводити **85%** часу уроку, а вправам з ЧСС **140–150 уд./хв** – **15%**.

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

Діапазон ЧСС *понад 150 уд./хв* є *оздоровчо-тренувальним* для школярів спеціальної медичної групи. Ураховуючи те, що більшість дітей спеціальної медичної групи страждає від гіпоксії й інтенсивні фізичні навантаження для них є неадекватні, то рухові режими при ЧСС вище від 150 уд./хв можна використовувати тільки у вигляді короткочасних навантажень. Інтенсивність навантажень при ЧСС у діапазоні **150 – 170 уд./хв** є перехідною межею від

аеробного до анаеробного енергозабезпечення. Такі вправи вважаються не доцільними.

Таким чином, діапазон *субмаксимальних та максимальних* навантажень у заняттях зі школярами спеціальної медичної групи не використовують. Дозоване застосування вправ субмаксимальної потужності може бути дозволено на заняттях *підготовчої* медичної групи.

4.5. Дозування фізичного навантаження

Дозування фізичного навантаження на уроках з учнями спеціальної медичної групи має вирішальне значення, оскільки визначає оздоровчий ефект від дібраних засобів. Тому вчителю потрібно приділяти велику увагу цьому питанню при складанні планів-конспектів уроків.

При визначенні величини фізичного навантаження потрібно суворо враховувати відхилення у стані здоров'я школярів, фізичний розвиток, функціональний стан організму, міру тренуваності, а також півріччя навчального року, в якому проводиться урок, і частину уроку, в якій проводяться вправи.

У заняттях із дітьми спеціальної медичної групи використовуються фізичні вправи, які викликають відповідні до функціональних можливостей організму реакції життєзабезпечувальних систем. Ступінь навантаження у спеціальній медичній групі ретельно регламентується і контролюється. Дозується і загальне, і локальне фізичне навантаження (Т.Ю. Круцевич, 2010).

Загальне фізичне навантаження – сума енергетичних витрат організму при виконанні м'язової роботи в усіх вправах та іграх упродовж заняття.

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

Як правило, у фізичному вихованні ослаблених дітей використовується *тренувальне дозування* – поступове підвищення від заняття

до заняття фізичних навантажень так, щоб викликати наприкінці 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 й надалі помірну фізіологічну реакцію, необхідно поступово збільшувати фізичне навантаження.

Збільшення навантаження здійснюється поперемінно – за рахунок обсягу або інтенсивності. При цьому підвищення загального обсягу навантаження на 20% за енерговитратами еквівалентно збільшенню його інтенсивності на 2,5 % (Л. П. Матвєєв, 1991). Відповідно до принципу диференціально-інтегрального оптимуму, обсяг та інтенсивність навантаження необхідно зберігати до тих пір, поки не відбудеться стабілізація ЧСС на рівні запланованих енергетичних зон. Потім збільшується інтенсивність, а далі певний час буде потрібним для пристосування організму до нових умов рухової діяльності.

Залежно від загального стану організму, навантаження з **помірною** фізіологічною реакцією можуть тривати від 15 – 20 хв до 30 – 40 хв.

Під час уроку вчитель повинен спостерігати за зовнішніми ознаками втоми в дітей (дод. 5). На перших 15 – 20-ти заняттях не можна допускати проявів ознак середньої втоми (підвищеної пітливості, зміни кольору шкіри). Проте є помилкою, коли через побоювання перевантаження при виявах втоми педагог зразу ж пропонує учням сісти на лаву, прагнучи забезпечити цим пасивний відпочинок. У подібній ситуації ліпше запропонувати їм виконати легші фізичні вправи.

Критерієм правильного дозування навантаження служить характер зміни ЧСС упродовж одного уроку (або серії уроків). Після заняття ЧСС повинна відновитися до початкового рівня за 15 – 20 хв.

Величина фізичного навантаження під час уроків фізичної культури *регулюється такими методичними прийомами:*

- кількістю повторень і тривалістю вправ, кількістю вправ;
- кількістю й величиною м'язів, що беруть участь у русі;
- темпом руху (кількістю рухів на одиницю часу);
- складністю фізичних вправ;
- амплітудою руху. Зміни величини м'язового зусилля можна досягнути за рахунок зміни довжини важеля: відведення зігнутої чи розігнутої в ліктьовому суглобі руки, піднімання випрямлених чи зігнутих у колінах ніг тощо. При виборі вправ і їх описі, передбачаючи відповідне навантаження, необхідно точно вказати амплітуду та траєкторію руху в суглобі, наприклад, відведення рук у сторони, до кута 45°, до рівня плеча тощо;
- вихідним положенням при виконанні вправ. Вихідне положення сприяє зменшенню чи збільшенню м'язового напруження при виконанні вправ залежно від того, чи збігається траєкторія руху сегмента тіла з силою тяжіння. Для зменшення сили тертя застосовують каретки, платформи тощо;
- мірою м'язового напруження, різкістю (плавністю) рухів. Та сама фізична вправа може бути виконана і з максимальним напруженням і без напруження, м'яко і плавно та навпаки – енергійно;
- введенням у заняття вправ на дихання й розслаблення. Застосування цих вправ дозволяє знизити величину навантаження, дотримуючись заданої моторної щільності уроку;
- використанням уже знайомих чи нових вправ;
- виконанням вправ у водному середовищі;
- використанням предметів;
- емоційним чинником. Емоційність заняття досягається введенням у нього ігрових елементів, рухливих і спортивних ігор, музичного супроводу, танцювальних кроків, виконанням групових вправ тощо. М'язова робота, виконана на тлі емоційного чинника, є кориснішою, легше переноситься.

Часові характеристики, зокрема **тривалість** фізичної вправи, визначаються рівнем фізичної підготовленості дитини й завданнями, які вирішуються за допомогою цієї вправи. Ураховуючи це, **темп** може бути

різним: повільним, середнім і швидким. Важливим є планування й контроль *послідовності вправ*, їх логічна (фізіологічна) узгодженість, своєчасність і синхронність. *Швидкість* як просторово-часова характеристика безпосередньо була пов'язана з динамічною характеристикою – *ритмом*. Правильно дібраний індивідуальний *ритм* позитивно впливає на нервову систему та сприяє оздоровленню організму.

Вимоги до якісних характеристик (точність, економність, енергійність, координаційна узгодженість, раціональне силове напруження, плавність, еластичність рухів) зростають під час занять. Ускладнення вправ проводиться поступово в міру формування позитивних рухових навичок і зростання функціональних можливостей організму.

Для полегшення фізичного навантаження застосовуються відповідні *прийоми полегшення й допомоги*. Найпоширеніший із них – допомога самого вчителя.

4.6. Особливості методики розвитку фізичних якостей

Приступати до розвитку певних фізичних якостей можна тільки після досягнення достатнього рівня розвитку й функціонального стану провідних систем організму за допомогою системи попередніх занять фізичними вправами.

Обережно треба бути із засобами, які використовуються для розвитку слаборозвиненої фізичної якості, що важко піддається стимулюванню. Необхідно з'ясувати причину відставання й не форсувати подолання відставання цієї фізичної якості.

На один урок фізичної культури зі школярами спеціальної медичної групи не варто планувати розвиток двох фізичних якостей. Рекомендується почергово змінювати на кожному наступному занятті навантаження, які спрямовані на розвиток швидкісних чи швидкісно-силових якостей і витривалості. Таке розподілення навантажень вважається ефективнішим, ніж послідовний розвиток цих якостей на одному занятті.

Практика показує, що на початку навчального року доцільно працювати над розвитком витривалості до виконання помірної роботи, а потім – інтенсивнішої, згодом – над розвитком сили, швидкості, швидко-силових якостей. Така послідовність зберігається на подальших уроках. Гнучкість і координаційні якості можна розвивати з перших занять.

Не форсувати заняття фізичними вправами, якщо причиною відставання витривалості служить незадовільний стан опорно-рухового апарату, надмірна маса тіла, вади центральної і периферичної нервової системи. У цьому випадку необхідна попередня підготовка кістково-м'язової системи й використання *силових* вправ помірної інтенсивності, при виконанні яких чергують роботу різних м'язових груп.

Тепер розглянемо *особливості методики розвитку окремих фізичних якостей*.

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

Якщо зниження витривалості зумовлено відхиленнями у стані органів дихання, варто поступово збільшувати інтенсивність і тривалість навантажень. Знижена, внаслідок захворювання функціональна здатність дихального апарату, відновлюється поволі, і не можна допускати форсування тренувальних занять для того, щоб уникнути можливих несприятливих реакцій з боку дихальної системи, що виявляються у зниженні життєвої ємності легенів (ЖЄЛ) та інших функціональних показників.

Особливістю занять з учнями спеціальних медичних груп є поступове підвищення навантаження за рахунок збільшення його обсягу, а не інтенсивності. Тому доцільнішим для них є розвиток *загальної витривалості*, яка підвищує функціональні можливості вегетативних систем організму, а не спеціальної витривалості, яка спрямована на вдосконалення механізмів

локальної витривалості окремих м'язових груп. Обсяг та інтенсивність навантаження, інтервали відпочинку добираються таким чином, щоби ЧСС у кожному завданні досягала би допустимого максимуму. Таким максимумом для учнів спеціальної медичної групи може бути ЧСС 120–130 – 150–160 уд./хв.

Основним засобом розвитку загальної витривалості є *циклічні вправи*: ходьба з частотою кроків 110–120 кроків в хвилину в юнаків і 120–130 кроків за хвилину в дівчат, біг, плавання, ходьба на лижах тощо. Розвиток витривалості циклічними вправами рекомендовано всім учням спеціальної медичної групи.

Біг є одним із найбільш доступних і ефективних засобів розвитку загальної витривалості. Проте спочатку використовується чергування рівномірного повільного бігу з ходьбою. Темп бігу дорівнює 150–160 крокам за хв. Обсяг бігового навантаження на занятті в перший тиждень для дівчат – 200–400 м, для юнаків – 400–800 м. Дистанція бігу – від 50 до 200 м, решта – дистанція для ходьби. Кількість повторень – від 3-х до 8-ми разів. Інтенсивність навантаження встановлюється індивідуально.

Зі збільшенням тренуваності обсяг бігового навантаження підвищується за рахунок зменшення інтервалів відпочинку та збільшення дистанції. Додається біг із перемінним темпом від 50 до 400 м, спеціальні бігові вправи, кросовий біг від 500 до 2000 м. Час безперервної роботи доводиться до 30–45 хв.

Сумарний обсяг бігового навантаження на кожному занятті може досягати таких величин: у 1-му півріччі – 400–800 м для дівчат і 600–1000 м для юнаків. У наступних семестрах обсяг бігового навантаження збільшується на 500 м.

Для розвитку витривалості рекомендується проводити *піші походи* середньопересіченою місцевістю (на 2 – 3 км для дівчат і 5 – 6 км для юнаків). У походах повинні використовуватися стрибкові вправи, вправи на силу. Наприклад, швидкі спуски з гірки 15 – 20 м, подолання стрибком ям, канав, кидання каменів у ціль, перенесення товариша на 5 – 10 м тощо.

У літню пору для тренування витривалості рекомендується повільне плавання, веслування, катання на велосипеді. У зимовий час передбачаються прогулянки на лижах у лісі середньопересіченою місцевістю (юнаки не більш ніж 5 км, дівчата – 2–3 км), катання на ковзанах.

Вправи на витривалість виконуються без зайвого напруження, чергуються з відпочинком і вправами на розслаблення. Дихання повинно бути вільним, бажано дихати лише носом.

Розвиток **сили** здійснюється паралельно з розвитком інших фізичних якостей за допомогою комплексу засобів для загального розвитку й силового спрямування. Особливу увагу приділяють силі м'язів спини, черевного пресу, верхнього плечового поясу, які сприяють утворенню м'язового корсету. Максимальна ЧСС при виконанні вправ на силу не повинна перевищувати **130–140 уд./хв.** При гіпертонічній хворобі, прогресованій міопії зі змінами на очному дні виключаються вправи зі значними обтяженнями, натужуваннями, стрибками, метаннями.

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

Оптимальним обсягом спеціальних вправ на уроці, що забезпечує значне зростання **силових** якостей, вважається **60% від тривалості основної частини заняття.**

Для розвитку **швидкості** на початкових етапах застосовуються швидкісні вправи, які розвивають швидкість рухової реакції, швидкість окремих рухів, здатність збільшувати за короткий час і темп рухів (вправи зі зміною темпу й 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 й органів травлення, зору не рекомендується пробігання дуже

коротких відрізків, оскільки при цьому виникає різка зміна діяльності, що їм протипоказано.

Вважається, що оптимальним обсягом вправ на розвиток швидкісно-силових якостей є **60% часу основної частини заняття**. У школярів із низьким рівнем фізичної підготовленості розвиток **швидкісних** якостей відбувається ефективніше, якщо в уроки цілеспрямовано уводити спеціальні вправи обсягом **40% часу основної частини заняття**.

Розвивати швидкість можна використовуючи різноманітні вправи, пов'язані зі швидким реагуванням на сигнал і виконання рухів у високому темпі. При цьому необхідно враховувати наявність відхилень у стані опорно-рухового апарату й серцево-судинної системи. Не варто проводити заняття, спрямовані на розвиток швидкості, у холодних приміщеннях без попереднього розігрівання м'язів.

У роботі зі спеціальною медичною групою добре себе зарекомендував інтервальний метод із достатньо тривалими інтервалами відпочинку між повтореннями вправ.

Розвиток **спритності** здійснюється впродовж усього періоду навчання. Спритність є складною фізичною якістю, яка містить різні вияви: здатність оцінювати й регулювати динамічні та просторово-часові параметри рухів; зберігати стійку рівновагу; відчувати й засвоювати ритм; довільно розслабляти м'язи; узгоджувати рухи в руховій дії тощо.

Вправи на **рівновагу** тренують вестибулярний апарат, підвищують тонус нервової системи, сприяють розвиткові координації рухів, орієнтації у просторі, ці вправи розвивають і вдосконалюють також м'язове відчуття, яке необхідне для формування постави.

Засобами розвитку спритності є вправи з елементами новизни й координаційної складності. Для розвитку спритності використовуються *ритмічна гімнастика, танцювальні вправи, рухливі та спортивні ігри*.

Вправи на спритність призводять до швидкої втоми, тому їхня кількість та інтервали відпочинку між ними встановлюються індивідуально.

Для учнів із прогресованою міопією виключаються вправи, пов'язані з різкою зміною положень голови, стійки на голові тощо. Слід обмежити участь учнів із патологією кишково-шлункового тракту з підвищеною секрецією та моторикою в естафетах, спортивних іграх, у зв'язку з підвищеною емоційністю цих занять.

Розвиток *гнучкості* 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 належать вправи з використанням маси власного тіла з самозахопами, з допомогою партнера.

Розвиток гнучкості досягається за допомогою вправ, які можна поділити на три групи (Б. М. Шиян, 2001):

1. Вправи, які забезпечують поліпшення рухливості в 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 та спеціальних пристосувань).

Таким чином, методика й організація уроку фізичної культури у спеціальній медичній групі *характеризується* обов'язковим виконанням вправ для формування правильної постави, вправ на розслаблення та спеціальних дихальних вправ; виокремленням вступної частини в його структурі; шиккуванням дітей не за зростом; більшою кількістю вправ для загального розвитку з меншою кількістю повторень, ніж у здорових дітей; виконанням вправ для загального розвитку в довільному, зручному для дитини темпі; застосуванням пасивного відпочинку; розучуванням не більше ніж однієї вправи; повторенням вправи, що вивчається, не більше ніж 5 разів; обов'язковим проведенням гри за 15–20 хв до закінчення уроку; регулярним контролем ЧСС (ЧД) із записом у щоденнику самоконтролю. Моторна щільність під час перебування дітей у спеціальній медичній групі повинна

зростати з 25% до 75%. Діапазон 100–150 уд./хв вважається оздоровчим для учнів спеціальної медичної групи. Навантаження помірної потужності з ЧСС 130–140 уд./хв повинні займати 85%, великої потужності з ЧСС 140–150 уд./хв – 15% тривалості уроків фізичної культури. Упродовж навчального року варто дотримуватися такої послідовності в розвитку фізичних якостей: гнучкість, координація, аеробна витривалість, сила, швидкість, швидко-силові якості.

Запитання для самоконтролю

1. Назвіть вимоги до уроку фізичної культури у спеціальній медичній групі (за Г. І. Погадаєвим, 2000) та обґрунтуйте їх. Назвіть ті вимоги до уроку, які дублюються принципами фізичного виховання.
2. Скільки частин має урок фізичної культури з дітьми спеціальної медичної групи? Аргументуйте важливість виокремлення вступної частини.
3. Назвіть вправи, які застосовуються у вступній і підготовчій частинах уроку. Які методичні особливості притаманні для цих частин уроку у спеціальній медичній групі?
4. В яких межах знаходяться оптимальні величини ЧСС на уроці фізичної культури з дітьми спеціальної медичної групи?
5. Якими методичними прийомами користуються для збільшення або зменшення величини фізичного навантаження у спеціальній медичній групі?
6. Скільки вправ для загального розвитку повинно міститися в комплексі підготовчої частини уроку фізичної культури для учнів спеціальної медичної групи (більше чи менше порівняно зі школярами основної медичної групи)? Скільки разів повторюють кожну вправу з комплексу (у порівнянні)? Чому?
7. Скільки основних (базових) вправ вивчають в основній частині уроку з дітьми спеціальної медичної групи? Чому?
8. Перерахуйте особливості методики, притаманні для основної та заключної частин уроку фізичної культури спеціальної медичної групи.

9. Розкрийте особливості навчання техніки фізичних вправ учнів спеціальної медичної групи.

5. ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДИКИ ПОЗАУРОЧНИХ ЗАНЯТЬ ІЗ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ УЧНІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ГРУПИ

У результаті численних досліджень встановлено, що 2- і 3-разові уроки фізичної культури на тиждень не викликають позитивних змін у фізичному розвитку школярів, в яких упродовж більшої частини навчального року спостерігаються явища гіпокінезії. Тому організація фізичного виховання дітей спеціальної медичної групи повинна бути спрямована на розумне **збільшення рухової активності**.

Для повнішого вирішення оздоровчих завдань, міцного закріплення знань, умінь і навичок із фізичної культури потрібно передбачити збільшення кількості спеціально організованих занять фізичними вправами (крім уроків фізичної культури – ще одне-два додаткові заняття на тиждень) і всіляке залучення учнів до позакласних фізкультурно-оздоровчих і масових фізкультурних заходів. З перших уроків необхідно прагнути привчити учнів до систематичного виконання фізичних вправ удома. Важливо переконати учнів у користі додаткових занять. Для цього на уроках проводяться бесіди, даються завдання додому. Роз'яснювальні бесіди, консультації про організацію самостійних занять проводяться також із батьками на спеціальних семінарах, зборах тощо. Для наочності використовують результати медоглядів, антропометричних вимірів, оцінювання фізичної підготовленості.

У роботі з учнями спеціальної медичної групи використовуються різні (практично всі відомі) форми фізичного виховання. Проте використання кожної з них має свої особливості в учнів спеціальної медичної групи. Кожна з них забезпечує властивий лише їй результат. Тому найбільшого ефекту можна досягнути лише при **комплексному** використанні різних організаційних форм занять фізичними вправами.

5.1. Додаткові уроки фізичної культури

Під час додаткових уроків із дітьми спеціальної медичної групи більшою мірою можна враховувати особливості кожної дитини. На цих заняттях учитель дає учням індивідуальні завдання для самостійних занять, уводить індивідуальні вправи в загальний комплекс ранкової гімнастики, консультує школярів із питань самоконтролю. Учитель і лікар стежать за поліпшенням здоров'я, за змінами в фізичному розвитку й фізичній підготовленості.

Найбільш зручно групувати дітей за роками навчання. При невеликій кількості школярів спеціальної медичної групи допускається об'єднання у групи дітей I–IV, V–VIII і IX–XI класів. Наповнюваність кожної групи не повинна перевищувати 10–20 осіб. В основній частині уроку діти кожної групи можуть бути розподілені в різні відділення за роками навчання. Наприклад, в одне відділення старшої групи будуть зараховані учні VII, в інше – VIII класу. У разі коли у школі недостатньо учнів, скерованих до спеціальної медичної групи, для комплектування групи за вказаних умов рекомендується створювати міжшкільні групи з учнів прилеглих шкіл. Міжшкільні спеціальні медичні групи слід комплектувати за характером захворювання.

Додаткові заняття проводяться у школі в позаурочний час два рази (по 45 хвилин кожне) або один раз на тиждень (по 60 хвилин). У дворазових заняттях мають особливу потребу школярі з низьким рівнем фізичного розвитку, з непропорційно великою масою тіла (ожиріння), зі сплющеною стопою, порушеною поставою, оскільки поліпшення показників фізичного розвитку в цих дітей відбувається повільніше.

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

На додаткових заняттях більш глибоко вивчається навчальний матеріал шкільної програми з фізичної культури. Найбільше уваги приділяють навчанню і вдосконаленню основних видів рухів: ходьби, бігу, стрибків, метання, лазіння, рівноваги. Значне місце на заняттях відводиться вправам для загального розвитку, спеціальним і підвідним, рухливим іграм з бігом, стрибками,

лазіннями, метаннями. У зимовий час основним змістом додаткових уроків повинні бути лижні прогулянки, катання на санчатах, ковзанах. У теплий час року, а також взимку за наявності відповідних умов доцільно проводити заняття з плавання.

При організації додаткових занять необхідно підтримувати зв'язок з уроками фізичної культури. Тому планувати матеріал для додаткових занять треба з урахуванням матеріалу уроків. Наприклад, якщо заняття проводяться один раз на тиждень, матеріал перших двох уроків із фізичної культури повинен стати змістом першого додаткового заняття. Матеріал наступних двох уроків стає змістом другого.

5.2. Фізкультурні заходи в режимі дня школи

Для учнів спеціальної медичної групи фізичні вправи в режимі навчального дня мають особливо важливе значення, оскільки допомагають забезпечити високу працездатність юнакам і дівчатам, які після захворювання вирізняються зниженими функціональними можливостями.

Гімнастика до уроків. Гімнастика в режимі шкільного дня доповнює ранкову, проведenu вдома. Її мета – сприяти організованому початку навчального дня, підвищенню працездатності. Проведення гімнастики на повітрі сприяє загартуванню організму й підвищенню резистентності до застуди, тому не рекомендується проведення гімнастики у класних кімнатах. Тривалість її не повинна перевищувати 6–7 хв (у молодших класах – 5–6 хв).

Прагнучи до якісного проведення гімнастики до початку навчальних занять, учителям фізичної культури варто уводити в комплекс прості вправи, які не вимагають складної координації, не дають силового навантаження, не містять упорів присівши тощо.

Комплекси варто міняти не рідше ніж один раз на місяць (кожні 2 тижні). Кожен комплекс складається з 5–6 вправ. Кількість повторень – на розгляд вчителя.

Гімнастику ліпше проводити під музику.

Для проведення гімнастики можна об'єднувати учнів I–III, IV–VI, VII–VIII, IX–XI класів.

Фізкультхвилинки й фізкультпаузи на уроках. Як показує практика й наукові дослідження, фізкультхвилинки на уроках із будь-яких предметів позитивно впливають на відновлення розумових здатностей, перешкоджають наростанню втоми, підвищують емоційний настрій учнів, знімають статичні навантаження. Для учнів спеціальної медичної групи фізичні вправи в режимі навчального дня мають особливо важливе значення.

Фізкультхвилинки проводяться у I–III класах посередині кожного уроку, в інших класах – 2-го і 4-го уроків.

Вправи виконуються сидячи та стоячи. Амплітуда повинна бути невеликою, щоб учень не заважав своїм товаришам справа та зліва. За командою педагога черговий учень класу відчиняє кватирки, учні призупиняють заняття й починають виконувати фізичні вправи.

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

В ідеальному випадку добре дібраний комплекс вправ, як ключ до замка, повинен відповідати рухам навчального процесу: незадіяні м'язи необхідно включити в діяльність, а ті, що працювали, – розвантажити, краще, якщо будуть задіяні їх антагоністи.

Вони повинні охоплювати великі групи м'язів – в основному ті, які безпосередньо брали участь у підтриманні статичної пози під час уроку. Бажано застосовувати вправи з потягування, розгинання тулуба, нахили й напівнахили, напівприсіди з різними рухами рук.

При значній втомі не варто застосовувати засоби активного відпочинку (фізкультхвилинка чи фізкультпауза). Якщо діти перевтомилися на уроках,

можна провести *хвилини «тиші»*. Необхідність проведення тих чи інших організаційних форм визначає вчитель.

Рухливі ігри на перерві. Правильно організовані рухливі ігри позитивно відображаються на стані й самопочутті учнів спеціальної медичної групи: діти продуктивніше займаються, ліпше сприймають матеріал, уважніше слухають учителя, спокійніше ведуть себе у класі. Ігри проводяться під час великої перерви бажано просто неба 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 під час перерви, 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 самостійної організації ігор.

Тривалість великої перерви в учнів I–III класів стаовить 1,5–1 год, IV–VI – 1 год, VII–IX – 45 – 60 хв.

5.3. Масові форми фізкультурно-оздоровчої роботи

Масові оздоровчі, фізкультурні та спортивні заходи проводяться у вільний від навчальних занять час, у вихідні дні, у зимові й літні канікули, в оздоровчо-спортивних таборах, під час навчальних практик. У позаурочний час можуть проводитися спортивно-оздоровчі заходи типу «Мама, тато, я – спортивна сім'я», футбольні вікторини, туристичні походи тощо. Учні спеціальної медичної групи рекомендується активно брати участь у масових фізкультурно-оздоровчих заходах як організатори, спортивні судді, представники спортивних команд і т.п. Окремі фахівці вважають, що учні спеціальної медичної групи можуть брати безпосередню участь у змаганнях із тих видів рухової активності, які їм не протипоказані у зв'язку із захворюванням (на рівновагу).

5.4. Організаційно-методичні особливості самостійних

(індивідуальних) заняття

Крім планових навчальних занять, велике значення мають самостійні заняття учнів. Користь від самостійних занять для учнів спеціальної медичної групи відома. Самостійні заняття сприяють кращому засвоєнню учнями спеціальної медичної групи навчального матеріалу, підвищенню в короткий термін рівня розумової й фізичної працездатності організму, фізичної підготовленості, рухових навичок. В осіб, що займаються самостійно, з'являється активність, формуються відповідальність і воля.

Самостійні заняття слугують необхідною складовою частиною процесу фізичного виховання й оздоровлення учнів спеціальної медичної групи. Знижений загальний рівень фізичних навантажень на уроці фізичної культури, викликаний необхідністю забезпечити відновлення реакцій кровообігу й дихання, включення більшої кількості дихальних вправ і пауз, що заповнюються вільним диханням, зменшує й обсяг, й інтенсивність м'язової діяльності учнів спеціальної медичної групи. Водночас кількість пропусків занять цього контингенту учнів більша через підвищену захворюваність ослаблених дітей. Тому самостійні заняття набувають важливого значення в фізичному вихованні учнів спеціальної медичної групи.

Самостійні заняття фізичними вправами, спортом, туризмом у **вільний від навчальних занять час**, у вихідні дні, у зимові й літні канікули здійснюються при методичному керівництві вчителів фізичної культури. Під час канікул заняття з фізичного виховання не рекомендується переривати. Самостійні заняття можуть мати індивідуальний чи груповий характер. При індивідуальних заняттях учитель зобов'язаний розробити особистий план занять для кожного учня.

До самостійних занять можна зарахувати ще й такі організаційні форми: ранкова гімнастика й виконання домашнього завдання з фізичної культури.

Ранкова гімнастика. Щоденна 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 учителя. 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 I–IV класів – 8–10 хв, V–VIII класів – 10–15 хв, IX–XI – 15–20 хв.

Вправи ранкової гімнастики виконують у певній послідовності. Спочатку потягування, яке поліпшує дихання та кровопостачання. Потім – вправи для м'язів рук і плечового поясу, тулуба й ніг. Далі виконується біг і стрибки, які позитивно впливають на обмінні процеси в організмі. Закінчується гімнастика вправами, які нормалізують діяльність органів дихання та кровообігу. Після зарядки необхідно прийняти душ.

Проведення ранкової гімнастики на свіжому повітрі в зимову пору рекомендується при температурі не нижче ніж – 6 для учнів I–II класів, –10 III–IV класів і до – 15 – V–XI класів.

Виконання домашнього завдання з фізичної культури. Домашні завдання мають таку мету:

- вивчення комплексів ранкової гігієнічної гімнастики, фізкультпаузи й фізкультхвилинки. Учні спеціальної медичної групи у процесі виконання домашніх завдань із фізичної культури, під час самостійних (індивідуальних) занять вивчають комплекси вправ. У типовий комплекс учитель в окремих випадках може вносити необхідні зміни. Залежно від індивідуальних особливостей юнака чи дівчини, учитель може виключити окремі вправи, змінити кількість повторів окремих вправ;
- самостійна робота з формування програмних рухових навичок і вмінь, які передбачені уроками, але не можуть бути належним чином виконаними, оскільки вимагають більше часу або вищого рівня фізичної підготовленості;
- корекція окремих (незначних) порушень постави й будови тіла. У важких випадках варто звернутися до фахівців;
- поліпшення слабких 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, додати в цей режим виконання домашніх завдань із фізичної культури.

До самостійних занять можна приступити через 2–4 тижні після початку навчання. Учням необхідно познайомитися з популярною медичною літературою, яка стосується питань їх захворювання. Самостійні заняття рекомендується починати після того, як учень із допомогою вчителя визначить свої сильні та слабкі сторони, навчиться самостійно дозувати навантаження, добирати вправи. Перш ніж виконувати домашні завдання самостійно, учень за допомогою вчителя повинен навчитися правильно вести щоденник самоконтролю; знати основні положення профілактики травматизму; уміти користуватися необхідною літературою; знати вимоги щодо гігієни тіла, одягу, взуття, місць для занять; уміти правильно записувати отримане завдання й виконувати вправу; уміти дозувати фізичне навантаження при виконанні фізичних вправ. Кожний школяр повинен знати свої спортивно-технічні показники. Після виконання практичних нормативів на початку навчального року учень записує у свій щоденник самоконтролю результати, що характеризують силу, спритність, швидкість і витривалість. Учитель допомагає учневі оцінити свої показники, разом із ним складає індивідуальну програму занять, регулярно перевіряє домашні завдання.

Учитель може задати домашнє завдання у вигляді комплексу вправ для класу в цілому і для кожного учня зокрема. Для всього класу одночасно домашні завдання можуть полягати, наприклад, у складанні комплексу ранкової гімнастики. Домашнє завдання для цілого класу складається із вправ, які сприяють подоланню найслабших сторін у фізичному розвитку учнів. Кожному видається картка, в якій записуються основне завдання на чверть (півріччя) і фізичні вправи. В основному це вправи для загального розвитку та зміцнення всіх 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 учневі учитель призначає індивідуально з урахуванням стану здоров'я, фізичної підготовленості, фізичного розвитку й особливостей відхилення у стані здоров'я.

Домашніми завданнями під час канікул повинні бути катання на ковзанах, прогулянки, ходьбу на лижах тощо.

Починати слід із 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 засвоєного навчального матеріалу або того матеріалу, який вивчатиметься.

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

Кожне домашнє завдання супроводжується методичними вказівками з боку вчителя.

Домашнє завдання потрібно давати 1 раз на 2 тижні з подальшою перевіркою та оцінюванням його виконання. Оцінка, отримана за виконання домашнього завдання, виставляється в журнал і впливає на загальну оцінку з фізичної культури. Перевірка домашніх завдань найчастіше проводиться при проходженні відповідного матеріалу, а також відповідно до завдань, поставлених на уроці.

У школярів із 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. Фізичне виховання учнів спеціальної медичної групи містить обов'язкове навчання з обмеженими навантаженнями на загальних уроках фізичної культури й навчання за окремою програмою у спеціальній медичній групі. Окрім цього, сучасною програмою з фізичної культури декларується продуманий та погоджений лікарем і батьками режим дня, у тому числі й руховий; участь у загальношкільних заходах фізкультурно-оздоровчої спрямованості, зокрема в рухливих перервах, позакласній фізкультурно-масовій роботі (свята, екскурсії), за винятком участі у спортивних змаганнях; використання природних та оздоровчих факторів (загартування, катання на ковзанах, лижах, плавання без переохолодження). Важливим елементом фізичного виховання є володіння елементами самоконтролю за станом власного здоров'я під час самостійних занять.

Повноцінне вирішення освітніх, оздоровчих і виховних завдань фізичної культури можливе лише при комплексному застосуванні всіх організаційних форм фізичного виховання.

Однією з особливостей організації фізкультурної роботи в режимі навчального дня з дітьми спеціальної медичної групи є проведення на загальноосвітніх уроках так званих «хвилин тиші».

Запитання для самоконтролю

1. В яких організаційних формах фізичного виховання, крім уроків фізичної культури, беруть участь школярі спеціальної медичної групи?
2. Розкрийте методичні й організаційні особливості проведення додаткових уроків фізичної культури з учнями спеціальної медичної групи.
3. Які завдання не слід вирішувати під час виконання домашніх завдань із фізичної культури з дітьми спеціальної медичної групи?
4. Через скільки часу від початку навчального року можна приступати до виконання домашніх завдань дітям спеціальної медичної групи? Чому?

5. Сформулюйте методичні правила організації виконання домашніх завдань із фізичної культури учнями спеціальної медичної групи?
6. Розрийте зміст «хвилин тиші»?

6. ПЛАНУВАННЯ, ОБЛІК І КОНТРОЛЬ У ФІЗИЧНОМУ ВИХОВАННІ УЧНІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ГРУПИ

6.1. Характеристика змісту програм з фізичної культури для учнів спеціальної медичної групи

Зміст уроків із фізичної культури в загальноосвітніх школах 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 у 2007 році Міністерством освіти й науки України (лист №1/11–5812 від 05.10.2005). Програми створено на основі наявної програми для основної медичної групи, але з певними змінами й доповненнями.

У **пояснювальній записці**, зокрема, говориться, що заняття фізичними вправами повинні стати чинником загального оздоровлення організму учнів і передумовою переведення їх до підготовчої або основної групи. У **вступі** йдеться про важливість здоров'я, названо мету роботи з учнями спеціальної медичної групи.

Указано **основні завдання**, які повинні реалізовуватися в роботі спеціальної медичної групи, особливості **організації** навчально-виховного процесу, особливості проведення **уроку** спеціальної медичної групи (зокрема – орієнтовно-структурна організація занять учнів спеціальної медичної групи; форми фізичного виховання для учнів спеціальної медичної групи й обов'язки адміністрації навчального закладу); критерії оцінювання учнів спеціальної медичної групи й умовна сітка розподілу навчальних годин за темами для учнів 1–4 (5–9) класів (табл. 6.1).

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 й 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

Примітки: 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 вчителя (керівника) спеціальної медичної групи при дотриманні сприятливих реабілітаційних умов для учнів.

3. Для виявлення відхилень у стані здоров'я дітей і надання індивідуальних рекомендацій з оздоровлення для лікарів, батьків і вчителів фізичної культури передбачено комп'ютерну інформаційну діагностично-оздоровчу програму «Школяр». Вона дає змогу вести корекцію рухових навантажень для учнів від 6 до 17 років.

4. Учитель фізичної культури (керівник групи) працює з персональним складом спеціальної медичної групи, який визначається виключно на підставі заключень про стан здоров'я та допустимі навантаження для конкретної дитини, що мають бути виконаними медичними фахівцями. Лікарі при наданні згаданих вище заключень користуються відповідними нормативними документами Міністерства охорони здоров'я України.

Зміст програми містить *теоретичні* знання з фізичної культури. Зокрема для 1-го класу передбачено знання правил техніки безпеки під час занять у спортивному залі, на майданчику, під час занять на лижах і плавання; усвідомлення значення занять у спеціальній медичній групі для поліпшення

стану здоров'я, загальні відомості про шкідливі звички та їх вплив на організм людини; режим дня учнів як складова підтримки високого рівня здоров'я й навчання.

Основні розділи: гімнастика, елементи спортивних ігор, легка атлетика, лижна й ковзанярська підготовки, рухливі та спортивні ігри, плавання. Кожен із розділів містить перелік **вимог** до учнів. Для кожного класу сформульовано **орієнтовні домашні завдання** з індивідуальним дозуванням. Наприклад, для учнів 1-го класу рекомендується виконувати стройові, дихальні вправи, для правильної постави, вправи для профілактики плоскостопості, виконувати комплекси ранкової гімнастики, стрибки на місці з м'яким приземленням, метання малого м'яча з місця, вправи на вузькій смузі по підлозі (у рівновазі), катання на лижах із батьками.

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

Відмінності програми для учнів спеціальної медичної групи.

Порівняно з програмою для основних медичних груп обмежено вправи на швидкість, силу, витривалість, зменшено дистанції ходьби й бігу, знижено вимоги до учнів.

Як обов'язковий уведено розділ ***вправ профілактичної та оздоровчої спрямованості.*** Дихальні вправи необхідно використовувати на кожному уроці. Додано розділ вправ на ***розслаблення*** м'язів. Ширше представлено засоби формування правильної ***постави*** (вправи для зміцнення м'язів спини й черевного пресу).

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

У програму введено стрибки без значних одномоментних напружень, які не викликають негативних реакцій при правильній організації уроку й невеликому дозуванні. Після 2–3 стрибків необхідно перейти на ходьбу, виконати вправи на дихання й розслаблення.

Теоретичний і методичний розділ програми для учнів спеціальної медичної групи дещо розширюється. Поглиблюються знання учнів із тем щодо особливостей фізичного виховання при певних (конкретних) захворюваннях і самоконтролю під час виконання фізичних вправ. Рекомендується поглибити знання спеціальної медичної групи про нетрадиційні системи оздоровлення. Теоретичний розділ програми вчитель викладає у формі бесіди. Для цього рекомендується під час уроків фізичної культури відводити до 30 хвилин.

Згідно з програмою з фізичної культури для учнів загальноосвітніх навчальних закладів, учні спеціальної медичної групи повинні відвідувати обов'язкові уроки, але виконувати вправи для загального розвитку й коригувальні вправи з різним фізичним навантаженням, а також ті, які їм не протипоказані. Крім цього, для учнів спеціальної медичної групи організовують додаткові заняття за спеціальною програмою, які проводить відповідно підготовлений учитель.

6.2. Періоди фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи

Заняття з фізичного виховання з дітьми спеціальної медичної групи окремі фахівці умовно поділяють на два періоди: підготовчий та основний (табл.6.2), інші – на три, виокремлюючи при цьому ще й заключний період.

Підготовчий період, зазвичай, займає всю першу чверть. Його завдання – поступово підготувати серцево-судинну й дихальну системи та весь організм до виконання фізичного навантаження, виховати потребу в регулярних заняттях фізичними вправами, навчити швидко знаходити та правильно підраховувати

пульс, навчити елементарних правил самоконтролю (робити висновок про стан здоров'я за самопочуттям, характером сну, наявністю апетиту, за різним ступенем втомленості на уроці фізичної культури). У цей період на уроці фізичної культури особливу увагу приділяють навчанню правильно поєднувати дихання з рухами. Співвідношення дихальних вправ з іншими у цьому періоді на перших 2 – 3 уроках – 1:1, 1:2, потім 1:3 і 1:4. Упродовж 1-ї чверті рекомендується ознайомитися з індивідуальними особливостями кожного школяра, рівнем фізичної підготовленості, психічними особливостями, здатністю організму витримувати фізичне навантаження уроку фізичної культури, побутовими умовами.

Таблиця 6.2

**Періоди фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи
(за Е. Буліч, 1986)**

Показники /періоди	Зміст занять	Завдання ФВ		Засоби ФВ	
<i>Підготовчий</i>	Лікувально-профілактичні впливи, диференційовані залежно від характеру й виразності порушень в організмі	Відновлення порушених функцій і поліпшення пристосувальних властивостей організму		Елементи ЛФК. Засоби оздоровчої фізкультури і загартування. Домашні завдання з оздоровчої фізкультури (дозовані вправи, прогулянки тощо)	
<i>Основний</i>	Лікувально-профілактичні впливи залежно від характеру й виразності порушень в організмі	Тренування послаблених функцій	Поліпшення фізичного розвитку, функціонального стану, підвищення загальної працездатності й захисних сил організму	Вправи з гімнастики, легкої атлетики, спортивних ігор, лижної підготовки, туризм, плавання. Домашні завдання тренувального характеру	Усе розмаїття засобів фізичного виховання. Підготовка до виконання нормативів фізичної підготовленості. Тренування в обраному виді спорту

Тривалість основного періоду залежить від пристосованості організму учня до фізичного навантаження, стану здоров'я, пластичності й рухливості нервової системи. Основний період передусе переведенню школяра в сильнішу за станом здоров'я групу. **Завдання:** засвоєння основних рухових умінь і навичок програми з фізичної культури для школярів спеціальної медичної

групи; підвищення загальної тренуваності й функціональної здатності організму до виконання фізичного навантаження у школі та вдома. У зміст уроків цього періоду поступово вводяться види легкої атлетики, гімнастики тощо.

Суттєва різниця спостерігається між підготовчим та основним періодами. Вона полягає в тому, що на попередньому етапі практикується тактика «в обхід слабкої ланки» – добираються такі засоби, які, навантажуючи достатньою мірою всі здорові органи й системи організму, практично не впливали би на органи чи функції систем, уражених захворюванням. Засоби основного періоду – спеціальні вправи, навпаки, спрямовуються на тренування пошкодженої функції.

6.3. Контрольні заходи.

Облік засвоєного програмного матеріалу

Мета контрольних заходів – перевірка знань і вмінь **учнів**, набутих під час уроків фізичної культури. Контрольні вимоги складає вчитель фізичної культури на весь період навчання, вони містять теоретичний і практичний розділи програми. Знання з теоретичного розділу перевіряються під час співбесіди, а фізична підготовленість – на практичних заняттях. Учні спеціальної медичної групи оцінюють за знання теоретичного компонента, виконання домашніх завдань, техніку виконання вправ із кожного розділу програми впродовж навчального року (учнів 1-го класу не оцінюють). Оцінки виставляють у журнал спеціальної медичної групи й переносять до класного журналу як оцінки за тематичні атестації, семестри й річні.

Учням спеціальної медичної групи можна виставляти поточну оцінку за знання й техніку виконання корегувальних вправ (за сприятливих для учня умов), а наприкінці навчального року ставиться «зараховано». Для учнів спеціальної медичної групи, які навчаються за новими програмами, здійснюється оцінювання навчальних досягнень за визначеними критеріями.

Учитель фізичної культури індивідуально визначає контрольні вимоги для кожного учня. До уваги приймається загострення хвороби впродовж навчального року, погана адаптація до певних фізичних навантажень. У всіх випадках при виставленні учням оцінок враховується індивідуальний стан здоров'я.

Перевірка й оцінювання успішності учнів містить попередній облік, поточну перевірку й підсумковий облік. Окремі фахівці вважають, що попередній облік проводиться впродовж першої чверті і полягає у виявленні фізичної підготовленості учнів, тому за першу чверть оцінка не ставиться.

У кожному розділі програми оцінюється якість виконання вправ, визначаються індивідуальні кількісні досягнення. Основним методом перевірки успішності учнів спеціальної медичної групи є спостереження. Низка вправ оцінюється без виклику дітей зі строю. Усій групі оголошується, яка вправа сьогодні виконується на оцінку. При цьому вибирається 1 – 3 учні, яким виставляється оцінка, що супроводжується поясненням. Якщо потрібно виконати ту чи іншу вправу із пройденого матеріалу, тоді учня викликають зі строю. Зазвичай, викликають учнів із кращою фізичною підготовленістю. За допомогою опитування перевіряються знання техніки виконання фізичних вправ, основні правила суддівства, прийоми самоконтролю, уміння пояснити вплив фізичних вправ 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. У роботі багатьох авторів вказується на необхідність уведення **диференційованих** оцінок із фізичної культури для учнів спеціальної медичної групи. Оцінка виховує в учнів відчуття відповідальності за свою навчальну працю, привчає до регулярної та систематичної роботи. Підвищується якість знань, рухових умінь і навичок шляхом їх систематичної перевірки й оцінювання. Зростає інтерес учнів до стану свого фізичного розвитку та фізичної підготовленості, підвищуються

практичні досягнення. За виставлення оцінки з фізичної культури говорить і прагнення учнів з ослабленим здоров'ям не відставати від здорових одноліток і не бути позбавленим оцінки з фізичної культури.

До оцінювання успішності учнів спеціальної медичної групи з фізичної культури висувають такі вимоги:

1. Суворий індивідуальний контроль до учнів при перевірці й оцінюванні успішності, що полягає у веденні обліку стану здоров'я, фізичної підготовленості, особливостей психічного стану, будови тіла учнів. Для цього створюються такі умови, які дозволяють кожному учневі повною мірою показати рівень своїх знань, рухових умінь і навичок. Так, вправи з рівноваги найбільш підготовлені учні здають на колоді, а учні з гіршою фізичною підготовленістю – на гімнастичній лаві або навіть на підлозі. Найбільш сором'язливі й замкнуті учні деколи здають контрольні вправи вчителю без присутності сторонніх.

2. Перевірка й оцінювання успішності проводиться систематично в міру засвоєння програмного матеріалу.

3. Оцінка повинна бути об'єктивною. Вона відображає засвоєння знань, рухових умінь і навичок учнів, відвідування уроків фізичної культури, сумлінність учнів з урахуванням їх індивідуальних особливостей. Оцінювання учнів за виконання вправ і всі підсумкові оцінки супроводжуються поясненням. Учитель вказує, що виконано добре, які помилки чи неточності було допущено й над чим необхідно ще попрацювати. При дотриманні педагогічного такту й при чуйному, уважному ставленні до учнів навіть негативну оцінку вони сприймають як справедливу. Індивідуальна оцінка ставиться з урахуванням попередніх показників успішності. Окремі фахівці радять враховувати не абсолютний результат, а зростання показників із техніки виконання вправи.

6.4. Лікарсько-педагогічні спостереження

Медико-педагогічний контроль належить до обов'язкових функцій медичних і педагогічних працівників навчального закладу (дод. 6). Медико-

педагогічне спостереження здійснюється згідно з кратністю проведення спеціалістами медико-педагогічного спостереження за уроками фізичної культури у 1–12-х класах загальноосвітнього навчального закладу (дод. 7).

Лікарсько-педагогічні спостереження, які здійснює лікар у тісному контакті з учителем, що веде навчальну роботу з учнями спеціальної медичної групи, проводяться один раз на місяць.

Завдання лікарсько-педагогічних спостережень:

- контроль за санітарно-гігієнічними умовами занять (місце занять, стан обладнання й інвентарю), за виконанням учнями гігієнічних вимог при проведенні уроків фізичної культури (одяг, взуття, режим харчування тощо);

- допомога вчителям фізичної культури з підвищення спеціальних знань у галузі медицини;

- спостереження за проведенням навчальних занять, їх організацією та методикою. Періодичне зіставлення даних цих спостережень із результатами медичних обстежень та аналіз для вдосконалення засобів і методів, які застосовуються для підвищення ефективності навчального процесу;

- профілактика травматизму та функціональних порушень (перевтома, перенапруження тощо).

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 та його гігієнічний стан. Для обстежень вибірково запрошують одного або двох учнів. У них підраховують пульс, вимірюють артеріальний тиск, динамометрію кистей, потужність вдиху й видиху. Дані записують у протокол.

Під час занять оцінюється відповідність фізичного навантаження з силами учнів, перевіряється виконання поставлених завдань, дисципліна й інтерес до вправ, що виконуються.

В учнів спеціальної медичної групи часто занижений 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 організовує визначення ЧСС до уроку, під час уроку й після уроку всіма дітьми і сам вибірково вимірює ЧСС в одного-двох учнів. Дітям рекомендують запам'ятати дані ЧСС із проханням записати їх після уроку до щоденників самоконтролю і заносять до журналу. Особливе значення приділяється часу відновлення ЧСС, яке не повинно перевищувати 5 – 6 хв.

Після закінчення уроку будується фізіологічна крива, за допомогою хронометражу визначається загальна й моторна щільність цього заняття. Хронометраж рекомендується провести в кожній частині заняття.

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

Підготовча частина була проведена правильно, якщо були дотримані такі вимоги:

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%.
3. У кінці підготовчої частини ЧСС становила 100–130 уд./хв.
4. ЖЄЛ збільшилася.
5. Тіло вкрилося легким потом.
6. Настрій учнів бадьорий, постава правильна, вигляд підтягнутий.

Критерії для оцінювання основної частини уроку:

1. Виконання учнями основних завдань уроку.
2. Збереження працездатності до кінця основної частини уроку.
3. Підвищення ЧСС до 140–160 уд./хв, а також підвищення артеріального тиску та 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.

6.5. 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 найпростіших методів самоспостереження за результатами занять фізичними вправами. Систематичні самоспостереження привчають вдумливо ставитися до занять, до раціонального способу життя, тобто ефективніше використовувати фізичні вправи для збереження та зміцнення здоров'я, підвищення працездатності, уникати фізичних перевантажень і пов'язаних із ними негативних наслідків для здоров'я. Знання, необхідні для самоконтролю, після 1-го заняття поступово поглиблюються.

Ведення щоденника самоконтролю виробляє в учнів свідоме ставлення до занять, а також слугує великою допомогою лікареві та вчителеві 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 та своєчасно виявити розлад окремих органів і систем. Багато учнів довго не звертаються до лікаря, оскільки не знають, що причиною поганого стану може бути невідповідне стану здоров'я дозування фізичного навантаження на уроках фізичної культури.

Серед показників, які фіксуються в щоденнику самоконтролю, є показники об'єктивні, які фіксуються приборами, і 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, що оцінка «4» ставиться,

якщо особа впевнена в собі, спокійна й життєрадісна, «3» – у нестійкому емоційному стані, «2» – 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 із надмірним навантаженням і погіршенням загального стану організму. Це вимагає консультації з лікарем і перегляду системи тренувань. При оцінці «4» відзначається почуття бадьорості, сили; при «3» – невелика в'ялість; при «2» – може спостерігатися виражена слабкість, знижена працездатність, пригнічений стан.

Бажання займатися відображається в щоденнику словами «велике», «байдуже», «немає бажання». При перевтомі бажання займатися фізичними вправами зникає.

Виконання навантаження. У щоденнику відзначається, чи виконано навантаження, яке заплановане, якщо ні, то чому.

Больові відчуття. Біль може бути ознакою травми, захворювання чи перенапруження. У щоденнику необхідно відзначати, при виконанні яких вправ з'являється біль, його сила, тривалість. Біль у правому підребер'ї під час тривалих циклічних навантажень пояснюється перенаповненням печінки кров'ю. При цьому печінка збільшується й тисне на оболонку, що її покриває. Біль у лівій частині живота є наслідком перенаповнення кров'ю селезінки, а може бути й наслідком недостатнього розвитку дихальних м'язів. Зменшити больові відчуття, що виникають в осіб, які тільки розпочали заняття фізичними вправами, можна самомасажем, прийняттям ванни, парною.

Сон, апетит, працездатність та інші показники реєструються в щоденнику зранку, після сну й після тренування. **Сон** – важливий суб'єктивний показник самоконтролю. Він є ефективним засобом відновлення після розумової й 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 щоденниках самоконтролю необхідно фіксувати такі показники: частота пульсу, частота дихання (до й після заняття, уранці 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 відрізняється за змістом, характеризується особливими завданнями й специфічними засобами. Тривалість періодів фахівцями чітко не встановили (коливається в межах 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.

Добір контрольних нормативів, індивідуальних для кожного школяра, повністю покладається на вчителя фізичної культури, який проводить уроки з учнями спеціальної медичної групи. Проте фахівці одностайні в тому, що учням спеціальної медичної групи необхідно виставляти диференційовані оцінки з фізичної культури.

Ведення учнями щоденника самоконтролю є важливою допомогою вчителів фізичної культури.

Запитання для самоконтролю

1. Що є характерною особливістю підготовчого періоду фізичного виховання для учнів спеціальної медичної групи?

2. Які методичні особливості існують при веденні обліку успішності й контролю на уроках з фізичної культури у спеціальній медичній групі?
3. Скільки хвилин (щогоуроку) відводиться на виконання учнями спеціальної медичної групи вправ на дихання?
4. Назвіть засоби, притаманні для підготовчого періоду фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи.
5. Визначте відмінності програми з фізичної культури для спеціальної медичної групи від програми для основної медичної групи.
6. Скільки хвилин відводиться щогоуроку на виконання учнями спеціальної медичної групи вправ на розслаблення?
7. Скільки хвилин відводиться щогоуроку на виконання вправ на корекцію основного захворювання учнів спеціальної медичної групи?

7. ОСОБЛИВОСТІ МЕТОДИКИ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ШКОЛЯРІВ ІЗ РІЗНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Особливості методики фізичного виховання учнів із захворюваннями серцево-судинної та дихальної системи. 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 зростає. 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. 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). Добре відомим є факт зниження навантаження на серцевий м'яз при переході в *положення сидячи* і тим більше – *лежачи*. Застосовуючи вихідні положення сидячи й лежачи, ми зменшуємо фізичне навантаження на серцево-судинну систему й безпосередньо на міокард.

Перебування у водному середовищі полегшує венозний відтік крові від шкіри, кінцівок, із черевної порожнини. Рефлекторне поглиблення дихання сприяє зменшенню частоти серцевого ритму й полегшує наповнення кров'ю порожнини серця. При зануренні обличчя у воду відбувається значне (на 5–15 уд./хв) зменшення частоти серцевих скорочень. Зниження частоти серцевих

скорочень забезпечує подовження періоду діастолі, під час якого відновлювальні процеси в серці відбуваються особливо інтенсивно.

Зменшити міру функціонального напруження серця може **«розсіювання» навантаження**. Оскільки одноманітні вправи втомлюють не тільки скелетні м'язи, але й м'язи міокарда, то, щоби уникнути перевтоми, доцільно чергувати виконання фізичних вправ для рук із вправами для ніг і тулуба і не повторювати кожну вправу **більше ніж 4 рази**. Цей самий фізіологічний механізм забезпечує зниження інтенсивності впливу м'язової діяльності на серце при заміні елементарних рухів **сполученими**. З'ясовано, що об'єднання декількох елементарних рухів у цілісний рух полегшує навантаження, що припадає на міокард. Найліпше використати для цього фізичні вправи добре знайомі учням, передусім, ті, що мають прикладне значення.

Рухи в суглобах із максимальною амплітудою викликають інтенсивний потік імпульсів із м'язів, сухожилів і зв'язок, а це різко посилює моторно-кардіальні рефлекси (М. Р. Могендович, 1957; та ін.), викликаючи напружену роботу серця. Тому варто **обмежити максимальну амплітуду рухів**, щоб зменшити міру подразнення пропріорецепторів і перевтоми міокарда. Важливо мати на увазі, що різкі рухи для учнів спеціальних груп із захворювання серця є протипоказаними, тому варто застосовувати плавні, «м'які» рухи.

Для «розвантаження» роботи серця також можна використати **посилення периферійного кровообігу** за допомогою елементів самомасажу кінцівок: погладжування, розтирання й розминання в напрямку до медіальної частини кінцівки.

Ці рекомендації для зниження міри функціонального напруження серцевого м'яза мають особливе значення на підготовчому етапі фізичного виховання. У міру відновлення функціонального стану серця необхідність у застосуванні цих методичних прийомів зменшується.

Для визначення доступного для учня фізичного навантаження вчитель (у присутності лікаря) зобов'язаний провести **два-три контрольні уроки**. Ці уроки передбачають такі вправи: дозована ходьба; вправи зі зміною ритму

дихання під час ходьби; зі зміною темпу руху; найпростіші вправи для рук, ніг, тулуба; можна використати ігри на повітрі. Між усіма вправами потрібно застосовувати вправи на дихання у співвідношенні 1:1. Після з'ясування реакції організму на фізичне навантаження можна проводити уроки згідно з планами, розробленими для учнів цієї підгрупи.

На початках обмежується кількість вправ зі зміною положень тулуба. **Вихідні положення** вправ у комплексі можуть чергуватися з такою послідовністю: стоячи, сидячи, лежачи, стоячи. Важливо звертати увагу на формування **вміння довільно розслабляти м'язи**. Вправи з довільним розслабленням м'язів сприяють зниженню збудження судинно-рухового центру, зниженню тонуусу м'язів і судин, що призводить до зменшення артеріального тиску. Не варто виконувати вправи із затримкою дихання й натужуванням, які можуть викликати різке підвищення артеріального тиску.

Особам після захворювань дихальної й серцево-судинної системи рекомендовано вправи, які викликають стан бадьорості, а також вправи для вестибулярного апарату. Проте засоби **ігрового та змагального характеру** загрожують зростанню артеріального тиску й тому вимагають ретельного контролю вчителя за реакцією школярів зі серцево-судинними захворюваннями на навантаження. Рухливі спортивні ігри чергуються зі спокійними іграми.

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.

Хвороби дихальної системи посідають одне з головних місць у патології дитячого віку, що пов'язано і з анатомо-фізіологічними особливостями, і з особливістю реактивності організму дитини. Найважливішою з морфологічних особливостей є «експіраторна» будова грудної клітки в ранньому віці (ніби знаходиться у стані вдиху), відносна вузькість трахеї, бронхів, м'якість і піддатливість ребер, хрящів тощо.

Під час фізичного виховання дітей після захворювань дихальної системи потрібно ретельно стежити за чистотою повітря й комфортністю температури, уникати переохолодження, щоб не допустити рецидиву захворювання. У перші тижні занять необхідно обмежити кількість вправ на витривалість, швидкість і силу, щоб зменшити задуху.

Важливим у фізичному вихованні учнів із захворюваннями дихальної системи є використання, окрім обов'язкових уроків у навчальному закладі, **усіх форм** фізичного виховання: ранкової гімнастики, загартовувальних заходів, фізкультхвилинок, прогулянок, а також самостійних занять.

Фізичні вправи принесуть користь, якщо вони виконуються у **правильному сполученні з диханням**. Важливим є вироблення правильного дихання (повного, глибокого, з акцентом на видиху) з підняттям ребер і опусканням діафрагми при помітній рухливості грудної клітки й передньої стінки живота. До 50–55% тривалості основної частини відводять на виконання дихальних вправ, чергуючи їх з виконанням запланованих вправ. Учням із

захворюваннями органів дихання рекомендуються вправи для розвитку рухливості грудної клітки, зміцнення дихальних м'язів, дихальні вправи динамічного та статичного характеру.

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 натужуванням 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 тонусу дихальних м'язів. Не рекомендується загартування холодною водою. Рекомендується заняття плаванням, поза тим не рекомендується плавати в басейнах, у приміщенні яких низька температура повітря й високий вміст хлору у воді.

Методика занять з учнями спеціальної медичної групи, які мають захворювання органів травлення, порушення обміну речовин, нервово-психічні захворювання. Вплив фізичних навантажень на органи *травлення*

може бути різним. Невеликі помірні навантаження стимулюють, а сильні, інтенсивні та тривалі – пригнічують рухову, секреторну, всмоктувальну функції кишково-шлункового тракту. Тому на учнів, в яких підвищена моторна та секреторна функція кишково-шлункового тракту, заняття з фізичного виховання повинні впливати заспокійливо, інтенсивність навантаження повинна бути такою, щоб трохи пригальмувати прискорену перистальтику, через це не бажані стрибки, підскоки та вправи для м'язів черевного пресу.

Особливо корисними є циклічні вправи невеликої та середньої інтенсивності, які залучають великі *групи м'язів*, хоча допускається виконання вправ для всіх груп м'язів. На фоні зміцнення всіх м'язових груп, особливу увагу приділяють зміцненню м'язів черевного пресу й тазового дна (вправи з поворотами, відведеннями, приведеннями й обертаннями стегна, втягуванням заднього проходу, ходьба схресним кроком). Використовуючи фізичні вправи для черевного пресу, необхідно уникати статичних напружень, слідкувати, щоб підвищення внутрішньочеревного тиску чергувалося з його зниженням при розслабленні м'язових стінок черевної порожнини. Проте на початку потрібно берегти черевний прес. Фізичні вправи для м'язів тулуба слід виконувати з невеликою амплітудою, щоб захистити ділянку виразкового процесу.

Вправи для м'язів *черевного пресу* є особливо ефективними при спланхоптозі (зміщенні) органів травлення. Перевага надається тим вправам, які спричиняють умови для переміщення органів черевної порожнини до діафрагми. Перехід із положення лежачи в положення сидючи здійснюється плавно, за допомогою рук. Найбільш позитивним є положення лежачи на спині з піднятим краєм кушетки або покладеною під таз подушкою.

У положенні лежачи створюються кращі умови для кровообігу в черевній порожнині, відтоку жовчі, рухливості діафрагми та знижується навантаження на м'язи живота. Рекомендується виконання вправ у різних положеннях лежачи – на боці, спині, животі, при цьому рекомендується часто змінювати вихідне положення. Застосовуються також положення лежачи на животі, лежачи на

боці, в упорі на колінах. *Вихідні положення* стоячи застосовуються після зміцнення м'язів живота й тазового дна.

Слід проявляти обережність у вправах із *різкими струсами* тіла, стрибками. Вправи з *обтяженням* також слід чергувати з вправами на розслаблення м'язів, дихальними вправами. Особливо корисними є дихальні вправи на діафрагмальне дихання. Комплекси містять «дихання животом», що сприяє ліквідації болю. Можна використовувати всі вправи, рекомендовані програмою, але обмежені за обсягом та інтенсивністю. Фізичне навантаження не повинно викликати явної втоми. Темп виконання найчастіше середній. Моторна щільність занять повинна становити від 40–50% до 60–70%. Рекомендовано вправи на координацію, увагу, рівновагу. Для стимуляції коркових процесів і вегетативних функцій, створення позитивних емоцій у заняття треба вводити елементи ігор естафети.

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

На заняттях з учнями, які страждають від *діабету*, намагаються не допускати перевтоми. Рухи виконують із великою амплітудою в повільному й середньому темпі, а для дрібних – у швидкому. Поступово вводяться складні за координацією вправи. Широко застосовують вправи із предметами, на приладах. Застосовують дозовану ходьбу, веслування, ковзани, лижі, біг, ігри при ретельному лікарському контролі. Активний руховий режим і дієтотерапія на тлі раціонального загартування організму становлять основу профілактики й лікування *ожиріння*. 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. Насамперед, це м'язи живота і спини, бокові м'язи тулуба, а також м'язи рук і ніг. Ефективним є виконання вправ з обтяженням невеликої маси 1–5 кг. Вага обтяження добирається індивідуально. Вона повинна дозволити виконати вправу більше ніж 10–15 разів у серії. Великий потенціал для оздоровлення

мають танцювальні рухи й аеробіка. Вони не тільки розвивають загальну витривалість, а й зміцнюють серцево-судинну й дихальну систему, сприяють витраті енергії, а також створюють позитивний емоційний фон.

Попереково-крижовий радикуліт належить до хвороб периферичної нервової системи. Перші заняття фізичними вправами доцільно проводити індивідуально, у формі домашніх завдань. З огляду на підвищену вразливість організму учнів, які мали раніше хоча б один напад радикуліту, тривалий час (з 3-го по 6-й місяць від початку занять) не використовують фізичні вправи, здатні спровокувати напад: енергійні нахили тулуба (обережно застосовують пружні нахили), стрибки, піднімання вантажів понад 6 кг, а також різкі рухи тулуба й ніг. Протипоказано на цей період рухливі та спортивні ігри і їх елементи, пов'язані з необхідністю виконання різких рухів. З 6-го місяця в заняття починають обережно вводити вправи для м'язів спини, тазового пояса та ніг, а з 10 – 12 місяця, при гарному загальному самопочутті, застосовують ті вправи, що раніше були протипоказаними.

Самомасаж рекомендують проводити безпосередньо перед фізичними вправами. Він усуває застій крові й лімфи в поперековій ділянці, а це зменшує біль, нормалізує тонус м'язів і підготовляє організм до фізичних вправ. Спочатку, упродовж першого тижня, самомасаж займає 5–6 хв., поступово тривалість його збільшують до 7–10 хв. В уроки фізичної культури вводять вправи на розтягування, особливо, якщо біль віддає в кінцівку, дихальні вправи (діафрагмальне дихання), ходьбу 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 від неврозів.
Обов'язковою й виключно важливою частиною процесу фізичного виховання цих учнів є домашні завдання, що містять дозовані фізичні навантаження й загартовувальні процедури. На заняттях з особами, що мають захворювання нервової системи, не треба звертати увагу на їхню часом дивну поведінку. Таких учнів рекомендується розсіювати по різних підгрупах. З ними необхідно

вести індивідуальні бесіди, виховувати інтерес до занять, формувати активність, наполегливість.

Рекомендовано виконання помірних аеробних навантажень за інтенсивністю, що поступово зростає. Уведення в комплекс вправ дихальної спрямованості здатне значною мірою компенсувати явища енергодефіциту. Використання фізичних вправ, спрямованих на розвиток гнучкості, рівноваги та стато-кінетичної стійкості, сприятиме формуванню впевненості в собі, спокою, а також підвищенню особистісної самооцінки. Корисним є застосування комплексів релаксаційних вправ, медитативних поз, вправ для нормалізації процесів психічної саморегуляції й релаксації. Рекомендується застосування засобів емоційного впливу (музичний супровід, доброзичливе ставлення вчителя й учнів під час занять фізичними вправами) для створення необхідного ступеня оптимістичного, здорового ставлення учнів до занять.

Рекомендовано поступове тренування різних м'язових груп на витривалість за умови дозованого застосування фізичних навантажень, що не доводять до стану граничної втоми. Рекомендується застосовувати активний відпочинок. Широке використання елементів ігор і змагань на заняттях сприятиме тренуванню активної уваги й поліпшенню психоемоційного стану учнів. Практикується широко, але дозоване застосування елементів загартування у вигляді водних процедур, повітряних ванн, ультрафіолетового опромінення. Використання засобів фізичного виховання повинно відбуватися на тлі загального гігієнічно обґрунтованого способу життя, навчання, сну й відпочинку. Важливо привчати учнів до самоконтролю, орієнтованого, передусім, на вивчення динаміки тренуваності й фізичної підготовленості з обов'язковою самостійною реєстрацією учнями досягнутих результатів. Учитель зможе використати ці результати для переконання учнів у їх можливості зміцнення здоров'я й досягнення високої працездатності під час регулярних занять фізичними вправами.

Особливістю фізичного виховання учнів з *астенічним неврозом* є використання викладачем на 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 демонстрації фізичних вправ, тоді як розповідь про них, звичайно, займає підпорядковане значення під час навчання техніки фізичних вправ. При *істеричному неврозі* надзвичайно важливими є групові заняття фізичними вправами, які сприяють набуттю навичок спілкування учнів з оточенням.

У роботі з дітьми з *високим рівнем тривожності* варто включати в заняття вправи на координацію й рівновагу тому, що вони сприяють формуванню зосередженості, концентрації уваги, зниженню різноманітного роду фобій. У фізичному вихованні дітей 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 й *депресивної* симптоматики варто визнати доцільним використання ігор, естафет, вправ, що сприяють розвиткові швидкості і спритності, 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 й ходи, заняття на початках рекомендується проводити індивідуально. На заняттях увага приділяється вправам на повітрі, катанню на лижах, ковзанах, іграм. При появі в учнів інтересу до занять фізичними вправами їх долучають до загальної групи. Фізичне навантаження для таких учнів обмежується. При *психастенії* індивідуальні заняття не проводяться.

При залишкових явищах після струсу мозку, удару хребта, *менінгіту* тощо заняття проводяться з поступово збільшуваними фізичним навантаженням, без різких рухів, бігових вправ, стрибків.

Короткозорість, міопія (від грецького “міо” – жмуритися і “опсіс” – погляд, зір) – є одним із недоліків рефракції ока, внаслідок якого особи, які

мають цю хворобу, погано бачать віддалені предмети. *Гіперметропія* – порушення зору, при яких особа погано бачить предмети на близькій відстані. *Астигматизм* – це така зміна приломлювальної сили ока, при якій присутнє не лише її підсилення (як при короткозорості) чи послаблення (як при далекозорості), але й виражене порушення сферичності. При цьому в одних меридіанах приломлювальна сила більша, а в інших менша.

Нині встановлено, що порушення зору частіше виникає в осіб із відхиленнями в загальному стані здоров'я. Відзначається зв'язок короткозорості з такими захворюваннями як ревматизм, рахіт, хронічний тонзиліт, важкі інфекційні захворювання. Зауважено, що в короткозорих дітей частіше, ніж у здорових, спостерігаються зміни опорно-рухового апарату: порушення постави, сколіоз, плоскостопість. Це пов'язано з неправильною позою при читанні й письмі, а також зі швидким стомленням м'язів шиї та спини. Порушення постави своєю чергою впливає на стан внутрішніх органів і систем, особливо дихальної й серцево-судинної, викликаючи підвищене стомлення.

Фізичні вправи сприятливо впливають на формування рефракції ока у школярів. Так, було відзначено, що серед школярів віком від 7 до 18 років, що займаються спортом, кількість осіб, що страждають від короткозорості, була значно меншою, ніж серед школярів, що не займалися спортом.

Розрізняють 3 ступені короткозорості: низький – до 3.0 діоптрій (дптр); середній – 3.5–6.0 діоптрій і високий – 6.0 і більше дптр. До спеціальної медичної групи спрямовуються діти з відхиленнями більше ніж 6 дптр. Окрім ступеня порушень, має значення наявність (чи відсутність) інших змін органа зору. Учні з хронічними запальними й дегенеративними захворюваннями очей, незалежно від гостроти зору, зараховуються до СМГ. При цьому в СМГ№1 об'єднують дітей із такими захворюваннями: підвивих кришталика, глаукома, високий ступінь міопії, ускладнена гіперметропія. За загальноклінічними характеристиками ці діти є здорові й могли б займатися в підготовчій медичній групі, проте їм протипоказані вправи зі статичним напруженням, значними обтяженнями, небажаними є різкі нахили голови, нахили вперед із положення,

стійки на голові, вправи на високій і середній колоді, вправи на гімнастичний стінці вище ніж 4-та поперечина, перекиди, стрибки й зіскоки, опорні стрибки, стрибки з підкидного містка, стрибки у воду вниз головою, тривалі стрибки через скакалку, а також інші вправи, при виконанні яких можливі падіння й різкі струси тіла. Натомість дозволено вправи для загального розвитку, ходьбу й повільний біг, вправи на швидкість реакції та частоту рухів, на гнучкість і рівновагу, на розслаблення м'язів, диференціацію простору, часу та ступеня м'язових зусиль, лижні прогулянки, плавання, метання м'ячів, настільний теніс. Учням із короткозорістю корисно займатися спортивними іграми. Постійне переключення зору при грі у волейбол, баскетбол, теніс із близької відстані на далеку і назад сприяє посиленню акомодатції та профілактиці прогресування хвороби.

У СМГ№2 займаються діти, що страждають від важких загальноклінічних захворювань (серцево-судинні й дихальні, органічні порушення ЦНС тощо). У цій групі варто ширше використовувати дихальні й коригувальні вправи, а також спеціальні вправи для зовнішніх і внутрішніх м'язів очей.

Особливості методики занять із фізичного виховання з учнями, які мають порушення опорно-рухового апарату. Поширення порушень *постави* серед молодших школярів досягає більше ніж 60%, причому приблизно в однаковому співвідношенні у хлопців і дівчат. Порушення постави тісно корелюють із низькими показниками фізичної підготовленості, фізичного розвитку й низкою функціональних показників. При порушеннях опорно-рухового апарату, травмах хребта порушується ритм дихання. Багато хто з учнів утримується від глибокого дихання й від усіх рухів, що сприяють глибокому диханню, нерідко причиною такого обмеження є біль, що з'являються під час руху. Тому на заняттях необхідно приділити особливу увагу вправам на дихання.

Розрізняють 4 ступені розвитку сколіозу:

I – вади постави, зумовлені м'язовою слабкістю, початковими ознаками бокового викривлення хребта з асиметрією плечового поясу й неоднаковими боковими трикутниками. Дитина у стані активно випрямити хребет;

II – бокові відхилення хребта більше виражені, помітні зміни грудної клітки, чітко проявляється компенсаторне викривлення. Кут викривлення – до 25°. Наростає фіксація хребта в ділянці 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 із фіксацією, торсією й наявністю реберного горба. Кут викривлення – 60°. Спостерігається асиметрія грудної клітки. Сколіозне викривлення мало піддається пасивній корекції;

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

Учнів з I і II ступенями викривлення хребта, яким потрібне загальне зміцнення м'язів тулуба й коригувальні вправи, спрямовують у групу "B", учнів з III ступенем викривлення хребта спрямовують в групу лікувальної фізичної культури, а з IV – звільняють від занять фізичними вправами.

Фізичні вправи при сколіозі I та II ступеня застосовуються для надання стабілізаційного впливу на хребет шляхом різнобічного зміцнення м'язової системи. Рівномірне зміцнення м'язової системи допомагає правильно зберегти положення тіла при статичному й динамічному навантаженнях. Особливо велике значення мають вправи, спрямовані на зміцнення м'язів черевного пресу, спини, клубно-поперекового м'яза.

При сколіозі доцільно добирати вправи суворо за анатомо-фізіологічним впливом у відповідно до форми, напрямку та ступеня викривлення хребта. При корекції у фронтальній площині виконують вправи для розтягування м'язів ввігнутого боку і скорочення розтягнутих м'язів на випуклій стороні. При

сколіозі грудного відділу хребта застосовують асиметричне положення рук, поперекового – ніг. Нахил слід виконувати лише в бік випуклості викривлення. Дітей із S-подібним викривленням навчають фіксувати відповідні відділи хребта, слідкують, щоб скорочувалися м'язи того відділу хребта, корекцію якого проводять.

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

Особливо важко коригувати торсію хребців, яка потребує точності виконання вправи. Наприклад, при правобічному грудному сколіозі необхідно виконувати поворот плечового поясу й правої руки справа наліво при фіксованому тазі та поперековому відділі хребта. Фіксуючи грудний відділ, можна виконувати торсію поперекового відділу зліва направо. Дотримуючись цих принципів, розробляють орієнтовний індивідуальний комплекс вправ з урахуванням ступеня й характеру викривлення хребта, віку, статі, тренуваності дитини. Упродовж курсу лікування вправи слід періодично змінювати.

Усім дітям, хворим на сколіоз, **протипоказано** вправи, що викликають сильні струси хребта (стрибки), значно збільшують гнучкість хребта (елементи художньої гімнастики та акробатики), сильно розтягують зв'язково-м'язовий апарат (вправи на перекладині, кільцях при заняттях гімнастикою), обтяжують хребет (атлетична гімнастика). Коригувальні вправи, що виконуються лежачи на животі, ускладнюють роботу серця й тому протипоказані дітям із відхиленнями у функціонуванні серцево-судинної системи.

При **переломах верхніх кінцівок** рекомендуються вправи з рухами у всіх напрямках у повільному й середньому темпі з поступовим збільшенням амплітуди рухів і навантаження. Поступово й обережно можна включати в заняття вправи з предметами: гантелями невеликої ваги (200–300 г), з

набивними м'ячами (1,5–2 кг). Протипоказаними є різні прості та змішані виси, різкі рухи, вправи з опором. Для учнів після *перелому кульшового суглоба* із занять виключаються стрибки у глибину, на дальність і у висоту, різкі рухи ногами; натомість рекомендуються вправи зі згинанням і розгинанням ніг у колінних суглобах у вихідному положенні лежачи, сидячи, стоячи, махові рухи ногами біля опори та тримаючись об неї однією чи двома руками, вправи з напруженням (піднімання й повільне опускання однієї ноги). У заняття поступово вводиться 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 така сама. Додатково вводяться вправи для пальців ніг, переднього відділу стопи. Функцію стопи відновлюють повільною ходьбою, виконанням присідань на пальцях, повній ступні, з опорою і без опори. Рекомендується повільна їзда на велосипеді, ходьба на лижах по слабко пересіченій місцевості, дуже корисним є плавання брасом. Учням після *травм грудної клітки, забоїв чи розтягнень м'язів* рекомендується спочатку виконувати найпростіші вправи без предметів, із невеликою амплітудою руху. Після придбання необхідної адаптації організму до фізичних навантажень вводяться вправи з предметами: гантелями (вагою 100—150 г), ціпком, волейбольними чи баскетбольними м'ячами. Необхідно постійно 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 вправи, що вимагають велике напруження зусиль, а також форсувати розвиток рухливості грудної клітки. Виконувати спеціальні дихальні вправи ці особи 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 та збільшення кількості повторень.

Плоскостопість є одним із найбільш частих відхилень у юнаків і дівчат. Нерідко в них плоскостопість супроводжується викривленням хребта, підвищеним артеріальним тиском, слабкістю зв'язок, хворобливими й неприємними відчуттями в гомілкових м'язах. Нерідко утворення плоскої стопи в дитячому віці пов'язано зі збільшенням маси тіла дитини.

Для усунення функціональної недостатності стоп особливо важливого значення набувають фізичні вправи. Вони повинні бути спрямовані на підвищення силової витривалості м'язів нижніх кінцівок, що беруть активну участь у підтриманні склепіння стопи. Це вправи на приведення стопи; згинання пальців; вправи для великогомілкових м'язів.

На перших заняттях виконуються вправи з вихідним положенням сидячи та лежачи для усунення впливу ваги на склепіння стопи. Потім, поступово збільшуючи навантаження, використовуються вправи з опором, предметами для згиначів пальців та великогомілкових м'язів. Для закріплення корекції використовують різноманітні види ходьби (на пальцях, п'ятках, зовнішній стороні стопи, з паралельним положенням стоп тощо).

Багато уваги приділяють спеціальним прикладним вправам, таким як захоплювання стопами м'яча, дрібних предметів, збирання в складки ковдри, піднімання з підлоги олівців і паличок, що сприяють більш інтенсивному напруженню м'язів спини, гомілки і стегна. Для зміцнення м'язів, що беруть активну участь у підтримці нормальної висоти склепінь, рекомендується також ходьба босоніж по пухкому ґрунті, піску, гальці, викошеному лузі, колоді. Механізм дії таких вправ полягає в рефлекторному напруженні м'язів, що супінують стопу при ходьбі по нерівному ґрунті та формують тиск на склепіння стопи предметів циліндричної форми. Напруженню м'язів, що беруть активну участь у підтримці глибини й форми склепінь стопи, сприяють такі прикладні вправи: лазіння по канату, жердині.

Рухливі ігри займають особливе місце в кінезитерапії плоскостопості. Для усунення плоскої стопи в дітей, що пов'язано з функціональною недостатністю, і для зміцнення розвитку зв'язкового апарату нижніх кінцівок необхідно

займатися деякими видами спорту. Це спортивні ігри, плавання, ходьба, біг, фігурне катання, ходьба на лижах.

Деякі автори вважають заняття плаванням одним з основних засобів у профілактиці й лікуванні плоскостопості та рекомендують плавання в ластах стилем «кроль» для посилення впливу на м'язи стопи.

У процесі фізичного виховання при плоскостопості необхідно **виключати** вправи, що сприяють перевантаженню стоп: носіння вантажу, тривале стояння; вправи, які передбачають широке поставлення стоп і розведення пальців ніг, ходьбу на внутрішній частині стопи, що супроводжується збільшенням навантаження на зв'язковий апарат внутрішнього боку стопи.

П. В. Шликов (2002) розробив методичні рекомендації проведення занять із фізичного виховання при різних захворюваннях (табл.7.1), які містять показання та протипоказання щодо виконання фізичних вправ.

Таблиця 7.1

Показання та протипоказання щодо виконання фізичних вправ при захворюваннях (за П.В. Шликовим, 2002)

Рекомендується	Обмежується	Не рекомендується
При захворюваннях ССС		
1. Заняття на свіжому повітрі. 2. Загартовування. 3. Ходьба. 4. Біг. 5. Прогулянки на лижах. 6. Катання на ковзанах. 7. Дихальні вправи. 8. Вправи на розслаблення. 9. Вправи із залученням підлопаткових і сідничних м'язів, пов'язаних із функцією ССС	Вправи на витривалість, швидкість, силу, що викликають напруження й перенапруження ССС і дихальної системи	1. Дихання ротом взимку на свіжому повітрі. 2. Вправи із затримкою дихання. 3. Натужування. 4. Тривале статичне напруження
При гіпертонічній хворобі		
1. Повне розслаблення різних м'язових груп	Нахили й повороти	1. Вправи, які потребують максимального

<p>при максимально пасивному положенні тіла.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Спеціальні вправи: дихальні, на координацію, рівновагу. 3. Дозована ходьба. 4. Рівномірний біг у повільному темпі. 5. Прогулянки на лижах. 6. Плавання. 7. Туризм. 8. Веслування. 9. Повільний темп виконання вправ із невеликим, але поступово зростаючим навантаженням, із достатнім інтервалом відпочинку для відновлення у поєднанні з дихальними вправами. 		<p>напруження.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Навантаження силового та статичного характеру з натужуванням і затримкою дихання. 3. Навантаження швидкісного характеру. 4. Значне нервово-емоційне напруження. 5. Вправи, що потребують напруженої уваги й безперервних змін реагування на мінливі умови. 6. Удари по голові. 7. Струси тіла. 8. Різкі рухи. 9. «Глибокі» нахили. 10. Виси вниз головою. 11. Перебування в умовах зниженого атмосферного тиску
При гіпотензії		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Дихальні вправи. 2. Спеціальні вправи. 3. Вправи на розслаблення. 4. Вправи з предметами. 5. Вправи біля гімнастичної стінки. 6. Вправи на тренажерах. 7. Ходьба. 8. Прогулянки на лижах. 9. Катання на велосипеді. 10. Рухливі ігри. 11. Елементи спортивних ігор. 12. Спортивні ігри. 13. Плавання. 14. Веслування 	<p>Туризм маршрутом 1-ї категорії</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Затримка дихання під час виконання силових вправ. 2. Фізичні вправи, що не відповідають можливостям організму.
При ваді серця		
<p>1. Вправи на координацію рухів, швидкість реакції і меншою мірою на силу, що дозуються за навантаженням і не висувають високих</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Навантаження при ходьбі. 2. Заняття туризмом маршрутом 1-ї категорії 	<p>1. Вправи, що висувають високі вимоги до органів кровообігу й організму в цілому, викликають задишку, серцебиття, перебої в роботі серця.</p>

<p>вимог до органів кровообігу. 2. Катання на ковзанах. 3. Загартовування організму</p>		<p>2. Підняття вантажів і навантаження силового характеру з напруженням, що ускладнюють нормальну діяльність ССС та інших систем організму. 3. Нервово-емоційне напруження</p>
При варикозному розширенні		
<p>1. У ЗРВ горизонтальне вихідне положення, а рухи переважно нижніми кінцівками (починаючи зі «здорової» ноги), з великою амплітудою в кульшових і гомілковостопних суглобах. 2. Музичний супровід при виконанні вправ. 3. Дихальні вправи на збільшення амплітуди рухів діафрагми. 4. Вправи з опором для м'язів гомілки та стегна з гумовим амортизатором. 5. Вправи на розслаблення. 6. Лікувальна фізична культура. 7. Ходьба швидким кроком. 8. Ходьба босоніж по піску. 9. Ходьба мілководдям уздовж берега. 10. Прогулянки на лижах. 11. Плавання. 12. Аутогенне тренування. 13. Їзда на велосипеді. 14. Танці. 15. Загартовування холодною водою</p>	<p>1. Фізичне навантаження, що сприяє виникненню втоми в ногах. 2. Перепад температур при контрастних процедурах</p>	<p>1. Статичні вправи. 2. Натужування. 3. Затримка дихання. 4. Використання у вправах обтяжень (гантелі, гирі тощо). 5. Велике фізичне навантаження. 6. Тривала ходьба. 7. Засмагання</p>
При захворюваннях органів дихання		
<p>1. ЗРВ для передніх</p>	<p>Тривалість занять</p>	<p>1. Вправи із затримкою</p>

<p>зубчастих м'язів діафрагми та плечового поясу.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Вправи біля гімнастичної стінки. 3. Вправи на гімнастичній лаві. 4. Вправи з обтяженнями. 5. «Звукові» вправи. 6. Вправи на оозслаблення. 7. Навчання правильного дихання. 8. Ходьба. 9. Дозований біг. 10. Прогулянки на лижах. 11. Катання на ковзанах 		<p>дихання.</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Натужування. 3. Переохолодження. 4. Заняття в заповненому приміщенні. 5. Різкі рухи, що збивають ритм дихання й вимагають значних зусиль
При бронхіальній астмі		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Дозована ходьба. 2. Біг у повільному темпі. 3. Плавання в теплій воді. 4. Прогулянки на лижах. 5. Катання на ковзанах. 6. Елементи спортивних ігор. 7. Веслування. 8. Їзда на велосипеді 	<p>Вправи на силу, швидкість, витривалість</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тривале перебування взимку на вулиці. 2. Сильне охолодження у вологу й вітряну погоду. 3. Передозування фізичними навантаженнями
При хронічному тонзиліті		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Вправи на освоєння різних типів дихання. 2. Рухові дії, що мають вплив на організм у цілому, легко дозуються й не висувають надмірно високих вимог до організму. 3. Заняття в закритому приміщенні. 4. Стрибки. 5. Гімнастика. 6. Баскетбол. 7. Волейбол 	<p>Перебування на холоді</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Затримка дихання. 2. Часті охолодження. 3. Вправи, здатні викликати перевтому або перенапруження
При захворюваннях органів травлення		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Виконання ЗРВ через 3- 	<p>Участь в естафетах і</p>	<p>Інтенсивні, тривалі,</p>

<p>3,5 години після приймання їжі.</p> <p>2. Спеціальні вправи для зміцнення м'язів черевного преса.</p> <p>3. Дихальні вправи.</p> <p>4. Ходьба.</p> <p>5. Біг.</p> <p>6. Плавання.</p> <p>7. Прогулянки на лижах.</p> <p>8. Катання на велосипеді.</p> <p>9. Елементи спортивних ігор</p>	<p>спортивних іграх дітей із патологією шлунково-кишкового тракту (підвищена моторика і кислотність)</p>	<p>великі навантаження</p>
<p>При виразковій хворобі шлунка і дванадцятипалої кишки</p>		
<p>1. Горизонтальне вихідне положення для спеціального комплексу вправ.</p> <p>2. Вправи на увагу, координацію й рівновагу.</p> <p>3. ЛФК.</p> <p>4. Дозований біг.</p> <p>5. Прогулянки на лижах.</p> <p>6. Катання на ковзанах.</p> <p>7. Плавання.</p> <p>8. Веслування.</p> <p>9. Волейбол</p>	<p>Різкі рухи</p>	<p>1. Нервово-психічна перевтома.</p> <p>2. Виконання вправ при появі болю в черевній порожнині, диспепсичних явищах (порушеннях нормальної діяльності шлунку й кишечника), погіршенні самопочуття</p>
<p>При захворюваннях жовчного міхура та підшлункової залози, хронічному холециститі</p>		
<p>1. Спеціальні вправи для створення сприятливих умов для перистальтики та спорожнення жовчного міхура у вихідному положенні лежачи на спині, на правому й лівому боці, в упорі стоячи на колінах.</p> <p>2. Згинання ніг, їх піднімання й нахили тулуба для відтоку жовчі та активізації кровообігу в черевній порожнині.</p> <p>3. Ходьба.</p> <p>4. Плавання.</p>	<p>Вправи, які викликають струси внутрішніх органів</p>	<p>1. Підскоки.</p> <p>2. Різкі рухи.</p> <p>3. Стрибки</p>

<p>5. Прогулянки на лижах. 6. Катання на ковзанах. 7. Веслування</p>		
При захворюваннях нирок і сечовивідних шляхів		
<p>1. Дозована ходьба. 2. Біг на свіжому повітрі. 3. Елементи спортивних ігор. 4. Дихальні вправи. 5. Катання на велосипеді</p>	<p>1. Фізичне напруження. 2. Струси тіла</p>	<p>1. Стрибки. 2. Зістрибування з великої висоти. 3. Підскоки. 4. Переохолодження</p>
При ендокринних і обмінних захворюваннях		
<p>1. Ходьба. 2. Біг. 3. Дихальні вправи. 4. Заняття на тренажерах. 5. Елементи спортивних ігор. 6. Плавання. 7. Катання на велосипеді. 8. Прогулянки на лижах. 9. Активний відпочинок</p>	<p>Навантаження на слабкі ланки регуляції обмінних і енергетичних процесів</p>	<p>Перевтоми й перевантаження</p>
При остеохондрозі, викривленнях хребта		
<p>1. Спеціальний комплекс вправ (індивідуальний). 2. Вправи для формування постави. 3. Навчання основних прийомів збереження правильної постави в різних побутових ситуаціях і при фізичних навантаженнях. 4. Вправи на поліпшення рухливості в суглобах. 5. Силові вправи і вправи на розтягування, сконцентровані на м'язах, що підтримують спину, готуючи їх до скорочення з найменшим навантаженням на хребет. 6. Дрібноамплітудні, спеціальні вправи, спрямовані на поліпшення</p>	<p>Дії чинників, здатних спровокувати захворювання хребта</p>	<p>1. Підняття й перенесення вантажів. 2. Статичні повороти на 15 – 45° без додаткової опори й нахили тулуба. 3. Різкі старты й зупинки. 4. Падіння й зіткнення. 5. Навантаження, що виходять за рамки можливостей конкретної людини. 6. Носити важку ношу в одній руці. 7. Різкі згинання вперед або розгинання при перенесенні вантажів. 8. При відсутності вигину в грудному відділі хребта (кіфозу) – носіння наплічника на спині. 9. Виконання вправ із</p>

<p>рухливості хребта. 7. Біг підтюпцем. 8. При піднятті вантажів – згинати ноги у колінних суглобах, а не нахилитися. 9. При піднятті вантажу утримувати його якомога ближче до себе</p>		<p>високо піднятими руками</p>
При сколіозі		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Спеціальна гімнастика для корекції функціональних змін хребта. 2. Періодична зміна вихідних положень (лежачи, сидячи, в упорі стоячи на колінах) при зміцненні ослаблених м'язів (особливо розгиначів тулуба, сідничних м'язів і черевного пресу). 3. ЛФК при початкових патологічних змінах за індивідуально дібраними комплексами. 4. Коригувальні вправи для зони викривлення. 5. Прогулянки на лижах. 6. Катання на ковзанах. 7. Веслування. 8. Плавання 	<p>Вправи, що виконуються стоячи, при яких спостерігаються симптоми початкового відхилення тулуба від вертикальної лінії</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вправи, які посилюють сколіоз. 2. Вправи, що фіксують хребет у його викривленні. 3. Нахили. 4. Різкі повороти тулуба. 5. Стрибки. 6. Піднімання вантажів. 7. Рухові дії, пов'язані з асиметричними позами, нерівномірними навантаженнями
При плоскостопості		
<ol style="list-style-type: none"> 1. Спеціальна гімнастика. 2. ЗРВ у положенні сидячи. 3. Систематичне зміцнення передньої й зовнішньої поверхні гомілки. 4. Приведення, повороти стопи всередину, згинання пальців ніг. 5. Вправи з гімнастичною палицею і м'ячем. 	<p>Надмірно високе фізичне навантаження</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Носіння неправильно дібраного взуття. 2. Тривале стояння на одному місці в тій самій позі. 3. Багаторазові піднімання тягарів

<p>6. Ходьба босоніж по килиму.</p> <p>7. У теплу пору року ходьба по піску, по траві, пухкому ґрунту, колоді.</p> <p>8. Їзда на велосипеді.</p> <p>9. Рухливі ігри</p>		
При захворюваннях суглобів		
<p>1. Рухи в полегшених умовах із поступовим відновленням втрачених функцій.</p> <p>2. Ходьба.</p> <p>3. Плавання.</p> <p>4. Їзда на велосипеді.</p> <p>5. Прогулянки на лижах.</p> <p>6. Елементи спортивних ігор.</p> <p>7. Вправи на тренажерах.</p> <p>8. Дихальні вправи</p>	<p>Поступово й послідовно збільшувати амплітуду руху в ушкодженому суглобі</p>	<p>1. Виконання вправ до больових відчуттів.</p> <p>2. Стрибки.</p> <p>3. Підскоки.</p> <p>4. Багатоскоки.</p> <p>5. Вправи з обтяженнями стоячи</p>
При міопії		
<p>1. Ходьба.</p> <p>2. Біг у повільному темпі.</p> <p>3. Прогулянки на лижах.</p> <p>4. Катання на ковзанах.</p> <p>5. Плавання.</p> <p>6. Велосипед.</p> <p>7. Настільний теніс.</p> <p>8. Туризм</p>	<p>Навантаження на зоровий аналізатор</p>	<p>1. Піднімання вантажів.</p> <p>2. Стрибки</p>
При міопії високого ступеня		
<p>1. Циклічні плавні вправи, що не висувають великих вимог до органів зору.</p> <p>2. ЛФК.</p> <p>3. Загартування</p>	<p>Навантаження на зоровий аналізатор</p>	<p>1. Стрибки.</p> <p>2. Різкі рухи тулуба.</p> <p>3. Присідання.</p> <p>4. Значні струси тіла.</p> <p>5. Удари по голові.</p> <p>6. Вправи силового характеру, що супроводжуються натужуванням і різким напруженням м'язів.</p> <p>7. Положення при нахиленій голові.</p> <p>8. Вправи з напруженням зорового аналізатора</p>

При неврозах

<ol style="list-style-type: none">1. Музичний супровід занять.2. Повага, доброзичливість, гуманне ставлення викладача до школяра.3. Адекватні й оптимальні, фізичні й емоційні навантаження.4. Застосування ігрового методу.5. Комплексний підхід у використанні засобів і методів фізичного виховання.6. Суворе дотримання принципу поступовості й розсіювання фізичного навантаження.7. Ходьба.8. Прогулянки на лижах.9. Їзда на велосипеді.10. Плавання.11. Веслування.12. Ігри	<ol style="list-style-type: none">1. Метод показу при навчанні фізичних вправ студентів з астенічним неврозом.2. Метод оповідання при навчанні фізичних вправ студентів з істеричним неврозом	<ol style="list-style-type: none">1. Думати про неприємності або про неприємні ситуації, якщо їх не можна виправити.2. При загартовуванні значний контраст між високою й низькою температурою води
---	--	---

Завдання для самостійної роботи

Самостійна робота №1

Підготуйте й запишіть у зошит інформаційне повідомлення про лікувальну дію фізичних вправ. Висвітліть фізіологічні механізми впливу фізичних вправ на функції органів і систем організму, ліквідації наслідків перенесеного захворювання, а також оздоровчих змін, що відбуваються в організмі під впливом регулярних фізичних навантажень (на прикладі однієї з систем або організму в цілому).

Література

1. Боднар І. Р. Теорія, методика і організація фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи: Навч.-метод. посіб. / Львівський держ. ін-т фізичної культури. — Л. : Українські технології, 2005. — 48 с.
2. Булич Э.Г. Физическое воспитание в специальных медицинских группах: Учеб. пособие для техникумов. – М.: Высш. шк., 1986. – С.27–34.
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. – С. 7-22.
4. Полатайко Ю.О. Фізичне виховання школярів у спеціальних медичних групах. – Івано-Франківськ: Плай, 2004. – С.7-13.
5. Язловецький В.С. Фізичне виховання учнів з відхиленнями в стані здоров'я. Навчальний посібник. Кіровоград: РВВ КДПУ імені В.Винниченка, 2004. – 352 с.

Самостійна робота №2

Ознайомтеся зі змістом таблиць із термінами й умовами допуску дітей і підлітків до занять фізичними вправами в різних медичних групах (показаннями для призначення медичної групи при деяких відхиленнях у стані здоров'я). Зверніть увагу на показання для скерування до різних медичних груп дітей із хронічною пневмонією, бронхіальною астмою, туберкульозом легенів,

переломами кісток, уродженими й набутими деформаціями опорно-рухового апарату, аномаліями рефракції.

Література

1. Булич Э. Г. Физическое воспитание в специальных медицинских группах: Учеб. пособие для техникумов. – М.: Высш. шк., 1986. – С.62–72.
2. Настольная книга учителя физической культуры / авт.-сост. Г. И. Погадаев. – 2-е изд., перераб и доп. – М.: Физкультура и спорт, 2000. – С. 49 – 54 с.
3. Полатайко Ю. О. Фізичне виховання школярів у спеціальних медичних групах. – Івано-Франківськ: Плай, 2004. – С.24 – 27.
4. Програма з фізичної культури для спеціальної медичної групи 1–4 класів загальноосвітніх навчальних закладів / Укл. В. І. Майєр, В. В. Дерев'янка, Київ: ІЗМН, 2007. – 85 с.

Самостійна робота №3

Користуючись науково-популярною літературою, матеріалами мережі Інтернет, підготуйте реферат про сучасні авторські системи застосування фізичних вправ для зміцнення здоров'я (поліпшення дихання, травлення, зору, зняття психоемоційного стресу тощо) у дітей шкільного віку.

Література

1. Легкое дыхание / Авт.-сост. В. В. Петров. – Мн.: Харвест, 2003. – 143 с.
2. Дінейка К. Рух, дихання, психофізичне тренування. – 2-е вид. перероб. і доп. – К.: Здоров'я, 1988, – 176 с.
3. Полатайко Ю.О. Фізичне виховання школярів у спеціальних медичних групах. – Івано-Франківськ: Плай, 2004. – С. 59-66.
4. Ресурси всесвітньої мережі Інтернет.

Самостійна робота №4

Ознайомтеся зі змістом програми з фізичної культури для учнів спеціальної медичної групи. Занотуйте в зошиті теоретичні відомості, практичний матеріал, домашні завдання, вимоги до учнів обраного класу (на вибір).

Література

1. Програма з фізичної культури для спеціальної медичної групи 1–4 класів загальноосвітніх навчальних закладів / Укл. В. І. Майєр, В. В. Дерев'янка, Київ: ІЗМН, 2007. – 85 с.
2. Програма з фізичної культури для спеціальної медичної групи 5–9 класів загальноосвітніх навчальних закладів / Укл. В. І. Майєр, В. В. Дерев'янка, Київ: ІЗМН, 2008. – 68 с.

Самостійна письмова робота №5

Виберіть серед традиційних або розробіть власну систему тестових вправ для оцінювання рівня розвитку фізичних якостей і успішності школярів із фізичної культури у спеціальній медичній групі. Вправи повинні бути цікавими для дітей, відповідати їхнім віковим, статевим і фізичним можливостям, стану здоров'я тощо, мати критерії оцінювання (придатні для застосування як нормативу). Обґрунтуйте свій вибір.

Література

1. Дубогай О. Д., Завацький В. І, Короп Ю. О. Методика фізичного виховання студентів, віднесених за станом здоров'я до спеціальної медичної групи: Навчальний посібник. – Луцьк: Надстир'я, 1995. – С. 200.
2. Фізична культура для спеціальної медичної групи 1-9 класів середньої загальноосвітньої школи: Програма // Авт.-укл. М.С.Дубовис, С. Ф. Цвек, Ф. Ф. Бондарев. – К.: ІЗМН, 1997. – 96 с.

Самостійна письмова робота №6

Користуючись методичною літературою, власними інтересами, досвідом, знаннями, отриманими впродовж курсів «Теорія та методика фізичного виховання» та «Методики викладання фізичного виховання у спеціальній медичній групі», складіть конспект уроку для учнів підгрупи „А” спеціальної медичної групи (з вадами серця, судинною недостатністю або дихальними захворюваннями – на вибір) на підготовчий (основний або заключний) період фізичного виховання. При написанні проявіть творчий підхід.

Література

1. Боднар І. Теорія, методика і організація фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи Навч.-методичний посіб. – Львів, Українські технології. – 2005. – 48 с.
2. Велитченко В.К., Велитченко Н.В. После инфаркта. М.: Сов. спорт, 1990. – 29 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. Мурза В.П. Фізичні вправи і здоров'я. К. – Здоров'я, 1991. – 256 с.
5. Теорія і методика фізичного виховання: підр. для студ. ВНЗ фіз. виховання і спорту / за ред. Т. Ю. Круцевич. – К. : Олімпійська література, 2008. – Т. 2. – С. 106–150.

Самостійна письмова робота №7

Складіть комплекс вправ для загального розвитку учнів підгрупи „Б” спеціальної медичної групи (із захворюваннями печінки кишківника, психічними захворюваннями, порушеннями жирового обміну, вагітність – на вибір) на підготовчий (основний або заключний) період. При написанні враховуйте власний досвід, інтереси, проявіть творчий підхід, знання, отримані впродовж курсу методики фізичного виховання у спеціальній медичній групі. Можете скористатися методичною літературою.

Комплекс повинен складатися з відповідної кількості вправ, передбачати певну кількість повторень з урахуванням віку дітей, періоду фізичного виховання, складності вправ, містити (або не містити) спеціальні вправи тощо, тобто відповідати вимогам методики занять у спеціальній медичній групі.

Література

1. Боднар І. Теорія, методика і організація фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи: Навч.-методичний посіб. – Львів, Українські технології. – 2005. – 48 с.
2. Булич Э.Г. Физическое воспитание в специальных медицинских группах: Учеб. пособие для техникумов. – М.: Высш. шк., 1986. – 255 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. Клименко Г. Особливості побудови процесу фізичного виховання вагітних студенток у медичному вузі / Збірка наук. статей галузі фізичної культури та спорту: Молода спортивна наука України. Львів: ЛДІФК, 1999. - Вип. 3. – С.188-191.
5. Мурза В.П. Фізичні вправи і здоров'я. К. – Здоров'я, 1991. – 256 с.
6. Теорія і методика фізичного виховання: підр. для студ. ВНЗ фіз. виховання і спорту / за ред. Т. Ю. Круцевич. – К. : Олімпійська література, 2008. – Т. 2. – С. 106–150.

Самостійна письмова робота №8

Складіть комплекс коригувальних вправ для учнів підгрупи “В” спеціальної медичної групи з вадами постави (з круглою, кругло-ввігнутою, плоскою шиєю, сколіотичною поставою – на вибір).

Перед тим як приступити до складання комплексу вправ, необхідно ознайомитися з характерними ознаками певної (вибраної) вади постави та записати в зошиті її характеристику.

При написанні враховуйте власний досвід, інтереси, проявіть творчий підхід, знання, отримані впродовж навчання в університеті. Комплекс повинен складатися з 12–15 вправ коригувального характеру.

Література

1. Боднар І. Теорія, методика і організація фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи: Навч.-методичний посіб. – Львів, Українські технології. – 2005. – 48 с.
2. Гонтарук Л.К. Профілактично-лікувальна гімнастика в школі. Навч. посібник. Ч.1. Львів, НУ “ЛП”, 2001. – 148 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. Мурза В.П. Фізичні вправи і здоров'я. К. – Здоров'я, 1991. – 256 с.
5. Теорія і методика фізичного виховання: підр. для студ. ВНЗ фіз. виховання і спорту / за ред. Т. Ю. Круцевич. – К. : Олімпійська література, 2008. – Т. 2. – С. 106–150.

Основна використана література

1. Бабич В. І. Організація оздоровчої роботи у спеціальній медичній групі / В. І. Бабич, І. В. Прихода. – Луганськ : Луган. нац. ун-т ім. Т. Шевченка., 2010. – 348 с.
2. Бенедь С. П. Фізичне виховання дітей молодшого шкільного віку спеціальної медичної групи : навч.-метод. посіб. / С. П. Бенедь. — Луцьк : Надстир'я, 1998. — 118 с.
3. Бісмак О. В. Лікувальна фізична культура у спеціальних медичних групах : навч. посіб. / О. В. Бісмак. О. В. Бровін. – Х., 2010. – 202 с.
4. Боднар І. Теорія, методика і організація фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи: навч.-метод. посіб. / Іванна Боднар. – Л. : Укр. технології. – 2005. – 48 с.

5. Булич Э. Г. Физическое воспитание в специальных медицинских группах : учеб. пособие для техникумов / Булич Э. Г. – М. : Высш. шк., 1986. – 255 с.
6. Теорія і методика фізичного виховання : підр. для студ. ВНЗ фіз. виховання і спорту / за ред. Т. Ю. Круцевич. – К. : Олімпійська література, 2008. – Т. 2. – С. 106–150.
7. Полатайко Ю. О. Фізичне виховання школярів у спеціальних медичних групах : навч.-метод. посіб. / Ю. О. Палатайко. – Івано-Франківськ : Плай, 2004. – 161 с.
8. Шиян Б. М. Теорія і методика фізичного виховання школярів : підруч. для студ. ВНЗ / Б. М. Шиян. – Т. : Навчальна книга – Богдан, 2001. – Ч. 1. – 272 с.
9. Програма з фізичної культури для спеціальної медичної групи 1–4 класів загальноосвітніх навчальних закладів /уклад. В. І. Майєр, В. В. Деревянко. – К. : ІЗМН, 2007. – 85 с.
10. Програма з фізичної культури для спеціальної медичної групи 5–9 класів загальноосвітніх навчальних закладів / уклад. В. І. Майєр, В. В. Деревянко. – К. : ІЗМН, 2008. – 68 с.
11. Язловецький В. С. Фізичне виховання учнів з відхиленнями в стані здоров'я : навч. посіб. / В. С. Язловецький. – Кіровоград : РВВ КДПУ імені В. Винниченка, 2004. – 352 с.

Рекомендована література для поглибленого вивчення курсу

1. Абабнех Мохамед. Рухові режими у дітей шкільного віку, хворих на дискінезію жовчних шляхів. / Абабнех Мохамед // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. II Всеукр наук. конф. асп. – Л., 1998. – С. 111–117.
2. Аветисов А. А. Заняття фізкультурою при близорукості / А. А. Аветисов, Ю. И. Курпан, Е. И. Ливадо. – Изд. 2-е перераб. и доп. – М. : Физкультура и спорт, 1983. – 103 с.
3. Арєф'єв В. Г. Фізична культура в школі (молодому спеціалісту) : навч. посіб. для студ. навч. закл. II–IV рівнів акредитації / В. Г. Арєф'єв, А. Г. Єдинак. – Кам'янець–Подільський : Абетка-НОВА, 2001. – 384 с.

4. Бенедь С. П. Фізичне виховання дітей молодшого шкільного віку спеціальної медичної групи : навч.-метод. посіб. / С. П. Бенедь. – Луцьк : Надстир'я, 1998. – 118 с.
5. Боднар І. Р. Теорія, методика і організація фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи : навч.-метод. посіб. / І. Р. Боднар. – Л. : Укр. технології, 2005. – 48 с.
6. Булейченко О. В. Методика вивчення окремих елементів оздоровчої аеробіки під музичний супровід для студентів спеціальної медичної групи інституту корекційної педагогіки / Булейченко О. В., Євтушок Н. В. // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наук. моногр. /за ред. С. С. Єрмакова. – Х., 2009. – № 2. – С. 35–37.
7. Булич Э. Г. Физическое воспитание в специальных медицинских группах : учеб. пособие для техникумов / Э. Г. Булич. – М. : Высш. шк., 1986. – 255 с.
8. Велитченко В. К. Физическая культура для ослабленных детей / В. К. Велитченко. – М. : Физкультура и спорт, 1986. – 80 с.
9. Волкова С. С. Как воспитать здорового ребенка / С. С. Волкова. – К. : Рад. шк., 1981. – 92 с.
10. Волкова С. С. Организация физического воспитания школьников специальной медицинской группы / С. С. Волкова // Тез. докл. IV Всесоюз. науч. конф. – Архангельск ; М., 1991. – Ч. 1. – С. 54–55.
11. Волкова С. С. Физическое воспитание школьников 1–3 классов, отнесенных к специальной медицинской группе / С. С. Волкова // Біосоціокультурні та педагогічні аспекти фізичного виховання і спорту : матеріали Всеукр. наук. конф. – Суми, 2000. – С. 99–103.
12. Джасер Х. М. Ананзих. Регламентация параметров корегующих занятий физическими упражнениями для школьников, у которых поставка зависит от уровня их физического состояния / Джасер Х. М. Ананзих // Молода спортивна наука України : зб. наук. пр. II Всеукр наук. конф. асп. – Л., 1998. – С. 108–111.
13. Динейка К. Рух, дихання, психофізичне тренування / Кароліс Дінейка. – К. : Здоров'я, 1988. – 134 с.

14. Дуб І. Рухова активність і здоров'я дітей, які займаються в спеціальних медичних групах / І. Дуб, О. Олицький // Молода спортивна наука України : зб. наук. ст. з галузі фіз. культури і спорту. – Л., 2001. – Вип. 5, т. 2. – С. 213–216.
15. Дубогай О. Д. Методика фізичного виховання студентів, віднесених за станом здоров'я до спеціальної медичної групи: навч. посіб. для студ. вищ. і серед. спец. навч. закл. / О. Д. Дубогай, В. І. Завацький, Ю. О. Короп. – Луцьк : Надстир'я, 1995. – 220 с.
16. Дьомочка С. Використання оздоровчого плавання для покращення функціонального стану школярів СМГ / С. Дьомочка // Молода спортивна наука України : зб. наук. ст. з галузі фіз. культури і спорту. – Л., 2000. – Вип. 4. – С. 288–290.
17. Заохочення до здорового способу життя студентів спеціальних медичних груп через самостійне складання та систематичне виконання комплексу ранкової гімнастики / Філатова З. І., Смольц Т. В., Щербак П. Н., Гловацька І. В. // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту : наук. моногр. / за ред. С. С. Єрмакова. – Х., 2009. – № 2. – С. 143–147.
18. Куриш В. І. До проблеми організації занять фізичними вправами, які за станом здоров'я віднесені до спеціальної медичної групи. / В. І. Куриш // Роль фізичної культури і спорту в здоровому способі життя : зб. наук. пр. IV Всеукр. наук.-практ. конф. – Л. : ЛДМУ ім. Данила Галицького, 1999. – С. 57–58.
19. Куриш В. Оптимізація організації фізичного виховання учнів, які за станом здоров'я тимчасово віднесені до спеціальної медичної групи / Валентина Куриш, Михайло Молнар // Олімпійський спорт і спорт для всіх : проблеми здоров'я, рекреації, спортивної медицини та реабілітації : тези доп. IV Міжнар. наук. конгр. – К., 2000. – С. 332.
20. Майер В. І. Фізична культура: експериментальна програма для спеціальних медичних груп загальноосвітніх навчальних закладів / В. І. Майер // Теорія і методика фізичного виховання і спорту. – 2004. – № 1. – С. 8–33.

- 21.Макаренко О. Особливості занять фізичними вправами з дітьми із слабким зором / О. Макаренко // Молода спортивна наука України : зб. наук. ст. II Всеукр. наук. конф. асп. – Л., 1998. – С. 129–134.
- 22.Макаренко О. Реабілітація слабозорих дітей 13–15 років в умовах школи-інтернату засобами фізичного виховання / О. Макаренко // Молода спортивна наука України : зб. наук. ст. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2000. – Вип. 4. – С. 277–278.
- 23.Макарова Е. Покращення стану здоров'я та фізичної працездатності дітей дошкільного віку з порушеннями постави та хворих на сколіоз./ Е. Макарова // Молода спортивна наука України : зб. наук. ст. II Всеукр. наук. конф. асп. – Л., 1998. – С. 103–108.
- 24.Малишева О. Фізична культура у спеціальних медичних групах / О. Малишева, Л. Самохіна // Роль фізичної культури та спорту в встановленні та зміцненні генофонду України : матеріали Всеукр. студент. наук. конф. – Полтава, 2003. – С. 6–8.
- 25.Мурза В. П. Фізичні вправи і здоров'я / Мурза В. П. – К. : Здоров'я, 1991. – 256 с.
- 26.Мухін В. М. Фізична реабілітація : підруч. для студ. ВНЗ фіз. виховання і спорту. – К. : Олімпійська література, 2000. – 423 с.
- 27.Настольная книга учителя физической культуры / авт.-сост. Г. И. Погадаев. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : Физкультура и спорт, 2000. – С. 47–110.
- 28.Ніцеля О. Вплив фізичного навантаження на стан зорової функції / О. Ніцеля // Молода спортивна наука України : зб. наук. ст. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2000. – Вип. 4. – С. 328–330.
- 29.Перепецкая Т. Влияние занятий в физкультурно-оздоровительных группах на показатели физического развития и физической подготовленности школьников / Т. Перепецкая // Олімпійський спорт і спорт для всіх : тези доп. IV Міжнар. наук. конгр. – К., 2000. – С. 409.
- 30.Синяков А. Ф. Самоконтроль физкультурника / Синяков А. Ф. – М. : Знание, 1987. – 96 с.
- 31.Тарасенко М. Н. Физическое воспитание учащихся техникумов в специальной медицинской группе : учеб.-метод. пособие /

- М. Н. Тарасенко, З. М. Керзнер, А. О. Степанов. – М. : Высш. шк., 1978. – 176 с.
32. Фізична культура для спеціальної медичної групи 10–11 класів середньої загальноосвітньої школи та I–II курсів професійно-технічних училищ : програма / уклад. Федір Федорович Бондарєв. – К. : ІЗМН, 1997. – 52 с.
33. Фізична культура для спеціальної медичної групи 1–9 класів середньої загальноосвітньої школи : програма / авт.-уклад. Марк Семенович Дубовис. – К. : ІЗМН, 1997. – 95 с.
34. Фізичне виховання студентів спеціальної медичної групи за кредитно-модульною системою навчання : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / В. А. Трофимов, В. М. Осіпов, Н. М. Самсутіна, П. В. Шмигов. – Бердянськ : БДПУ, 2007. – 144 с.
35. Чепурна В. Використання ЛФК у підлітків з хронічними захворюваннями дихальної системи в умовах загальноосвітніх шкіл / В. Чепурна // Молода спортивна наука України : зб. наук. ст. з галузі фіз. культури та спорту. – Л., 2000. – Вип. 4. – С. 278–280.
36. Шрім Мурад. Вплив кінезіотерапії на сколіотичну хворобу дітей / Шрім Мурад // Молода спортивна наука України : зб. наук. ст. II Всеукр. наук. конф. асп. – Л., 1998. – С. 179–182.
37. Язловецький В. С. Фізичне виховання учнів з відхиленнями в стані здоров'я : навч. посіб. / В. С. Язловецький. – Кіровоград : РВВ КДПУ імені В. Винниченка, 2004. – 352 с.

ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ ПОКАЖЧИК

Адаптація – пристосування до умов довкілля.

Анаболічний ефект – посилення синтезу білка.

Бактерицидний – той, що вбиває бактерії.

Гемодинаміка – рух крові судинами.

Гемодинамічні показники – це показники кровообігу (частота серцевих скорочень, артеріальний тиск, центральний венозний тиск, ударний об'єм серця, хвилинний об'єм кровообігу, загальний периферичний опір і ін.). Оцінюванням цих показників дозволяє визначити функціональний стан системи кровообігу.

Гіпокінезія – обмеження обсягу й кількості довільних рухів. Зазвичай, гіпокінезія сполучається з гіподинамією, до гіпокінезії належать парези й паралічі, що виникають внаслідок іннервації м'язів.

Декомпенсація – відсутність урівноваження.

Динамічний стереотип (ДС) – стійкий індивідуальний комплекс умовно-рефлекторних рухових реакцій, реалізованих у певній послідовності в забезпеченні позно-тонічних функцій (ходи, почерка, постави). Як зрозуміло з цього визначення, основна мета ДС полягає у формуванні автоматизму ходи, постави, синергічного розподілу активності м'язів різного призначення в підтримуванні пози й рухової активності, не пов'язаної із професійними рухами, але базової для їх реалізації. Це індивідуальна пластика, грація, поза, особливості жестикуляції, що дозволяють безпомилково впізнати знайому людину за ходою, не бачачи її обличчя.

Діагноз – розпізнавання хвороби; лікарський висновок із визначення назви й суті хвороби на підставі анамнезу й обстеження хворого.

Загострення – стадія хвороби, що характеризується підсиленням наявних симптомів або появою нових.

Захворюваність – показник стану здоров'я населення, що обчислюється за кількістю зареєстрованих захворювань на 100, 1000 і 10000 мешканців на

певній території за 1 рік.

Захворювання – порушення здоров'я, не викликане травмою, при якому наявні прояви, що дозволяють установити діагноз.

Звукова гімнастика – промовляння на видиху голосних (А, У, О) і приголосних (Ф, С, Ш) звуків.

Ідеомоторні вправи – вправи, що виконуються в уяві.

Інтеркуррентний – той, що випадково приєднався.

Катар – запалення слизової оболонки.

Компенсація – урівноваження, вирівнювання порушених функцій в організмі, заміна ушкоджених або загиблих клітин. У стані компенсації захворювання характеризується сприятливим перебігом, ускладнення мало ймовірні, терміни нетривалі, терапевтичні впливи мінімальні.

Куцування – міжшкільне об'єднання дітей спеціальної медичної групи за характером захворювання з кількох близько розташованих одна біля одної шкіл. Міжшкільні спеціальні медичні групи слід комплектувати за характером захворювання.

Міопія (короткозорість) – **недостатність** переломлювальної здатності ока, у результаті якої фокус лежить попереду сітківки. При короткозорості деталі віддалених предметів видно гірше, ніж близькі. Короткозорість може бути компенсована окулярами з від'ємними лінзами.

Моторна щільність уроку – відношення загальної тривалості вправ, які учень виконав упродовж уроку фізичної культури, до тривалості уроку (виражене у %).

Натужування – одночасне напруження всіх м'язів, що оточують черевну порожнину, що призводить до підвищення внутрішньочеревного тиску.

Нозологія – учення про хвороби.

Параліч – **випадіння** функції органа внаслідок порушеної іннервації.

Парез – неповний параліч.

Патогенний – хвороботворний.

Підвідні вправи – вправи, які частково подібні до основних рухів.

Підготовчі вправи – вправи, які використовуються для розвитку м'язових груп і систем організму до інтенсивної діяльності та функціональної підготовки організму, для підвищення спеціальної працездатності.

Пранаяма – спеціальні дихальні вправи, що впливають на фізіологічну складову людини за допомогою зміни концентрації кисню й вуглекислого газу, а також на емоційну складову, впливаючи на неї через систему психосоматичних відповідей за допомогою специфічних типів дихання.

Протипоказання – стан організму або певна ознака, що свідчить про шкідливість чи неможливість застосування яких-небудь ліків, способів лікування тощо. Ознака або обставина, наявність якої робить неможливим застосування чи виконання чого-небудь.

Профілактика – система заходів, спрямованих на охорону здоров'я, запобігання виникненню й поширенню захворювань, поліпшення фізичного розвитку населення, збереження працездатності й забезпечення довголіття.

Реактивність – здатність організму відповідати змінами життєдіяльності на впливи внутрішнього й зовнішнього середовища.

Реакція – відповідна дія організму на подразник.

Резистентність – опірність організму, стійкість.

Реконвалесценція – видужання.

Респіраторний – дихальний.

Рефракція – переломлення.

Рецидив – повернення (хвороби) під час або відразу після одужання.

Ритмопластичні – хореографічні.

Розсіювання навантаження – чергування вправ для м'язів різних частин тіла.

Самоконтроль – система спостережень за своїм здоров'ям, функціональним станом і витримуванням спортивних навантажень.

Синдром – закономірне поєднання ознак (симптомів), що мають загальний механізм виникнення. У медицині синдром характеризує чітко виражений

стан організму

Синдром хронічної втоми (СХВ) – захворювання, які одержали найбільше поширення в цивілізованих країнах. Захворювання характеризується тривалою втомою, що не усувається навіть після тривалого відпочинку. Виникнення СХВ пов'язане з розвитком неврозу центральних регуляторних центрів вегетативної нервової системи, зумовлене пригніченням діяльності зони, відповідальної за гальмові процеси. Факторами, які провокують захворювання є незбалансоване емоційно-інтелектуальне навантаження на шкоду фізичної діяльності. Основна симптоматика захворювання в періоди загострення характеризується виникненням апатії, депресії, безпричинними нападами гніву, агресії із частковою амнезією й ін. СХВ відомий під різними назвами: синдром поствірусної астенії, синдром хронічної втоми й імунної дисфункції, міалгічний енцефаломієліт.

Спеціальні вправи – рекомендовані при кожному конкретному захворюванні

Статичні вправи (ізометричні) – це вправи, виконання яких залишає незмінною довжину м'язів при скороченні.

Субкомпенсація – неповне урівноваження.

Ускладнений – який потребує більших зусиль для здійснення розв'язання, важчий.

Фагоцитоз – поглинання фагоцитами сторонніх часточок.

Фізичний розвиток (ФР). ФР як процес – природний процес вікової зміни морфологічних і функціональних ознак організму, зумовлений спадковими чинниками й конкретними умовами зовнішнього середовища; ФР як стан – це комплекс ознак, що характеризують морфофункціональний стан організму, рівень розвитку фізичних якостей і здібностей, необхідних для життєдіяльності організму

Функціональна недостатність – порушена функція органа, яка не забезпечує фізіологічної потреби.

Хронічні (захворювання) – які повільно розвиваються, затяжні, тривалі.

ДОДАТКИ

Додаток 1

Назва організації вищого рівня

Назва навчального закладу

НАКАЗ

«__»____20__ р.

№ _____

Про розподіл учнів за медичними групами для занять фізичною культурою

Згідно з нормативними документами, на основі результатів медичного огляду школярів та на підставі індивідуальних медичних карток (форма № 26) учні 1–11-х класів розподіляються за станом здоров'я на медичні групи для проведення уроків (занять) фізичної культури.

Відповідно до цього

НАКАЗУЮ:

1. Зарахувати до підготовчої групи 1–11-х класів (список додається).
2. Зарахувати до спеціальної групи учнів 1–11-х (список додається).
3. Оцінювання учнів підготовчої та спеціальної груп здійснювати відповідно до чинних критеріїв оцінювання.
4. Контроль за виконанням цього наказу покласти на заступника директора з навчально-виховної роботи _____.

Директор

особистий підпис

ініціали, прізвище

Додаток до наказу № _____

від _____

Список учнів, які скеровані до підготовчої (спеціальної) медичної групи для занять з фізичної культури у 20_/20_ навчальному році

№ з/п	Прізвище, ім'я, по батькові	Клас	Діагноз
1			
2			

Медичний працівник

підпис

Ініціали, прізвище

Листок здоров'я класу

Прізвище, ім'я, по батькові	Дата народження	Група з фізкультури	Термін дії	Зміна групи з фізкультури	Термін дії	Примітка

Терміни відновлення допуску учнів до фізичних навантажень після перенесених захворювань і травм

1. Терміни відновлення занять фізичною культурою після перенесених захворювань і травм визначаються лікарем індивідуально для кожного учня (учениці) з урахуванням усіх клінічних даних (тяжкості й характеру захворювання або травми, ступеня функціональних порушень, які були викликані захворюванням або травмою). Беруться до уваги також стать, вік, компенсаторні здатності організму й інші індивідуальні особливості.

2. Повне припинення занять фізичними вправами може мати лише тимчасовий характер.

3. Терміни відновлення занять фізичною культурою після перенесених захворювань і травм зазначено в таблиці.

№ з/п	Класи хвороб та окремі захворювання	Код	Допуск до фізичних навантажень після одужання	Примітки
Деякі інфекційні та паразитарні хвороби				
1	Кишкові інфекційні хвороби; паразитарні хвороби: гельмінтоз, ентеробіоз, аскаридоз, трихоцефаліоз, гемінококоз, лямбліоз	А 02–А 09	не обмежується	
	токсокороз, опісторхоз, ехінококоз та інші вісцеральні гельмінтози; малярія лейшманіоз			
2	Інші бактеріальні	А36–А39	не обмежується	дотримуватися

№ з/п	Класи хвороб та окремі захворювання	Код	Допуск до фізичних навантажень після одужання	Примітки
	хвороби без ускладнень: кашлюк, дифтерія, скарлатина менінгококова інфекція		підготовча група 6 міс. підготовча група до 2 років	поступовості навантажень
3	Вірусні інфекційні хвороби, які характеризуються ураженням шкіри та слизових оболонок (вітряна віспа, кір, краснуха тощо)	B00–B02, B05–B09	не обмежується	
4	Гострий гепатит А, В	B15, B16	підготовча група 6 міс.	виключаються фізичні вправи на витривалість
5	Інші вірусні хвороби: епідемічний паротит, інфекційний мононуклеоз	B25–B34	не обмежується спеціальна група 6 міс.	
	вірусний кон'юнктивіт тощо	B30	підготовча група до повної реабілітації	
6	Мікози, дерматофітія шкіри при глибоких мікозах	B 35–B49	не обмежується підготовча група до повної реабілітації	
Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму				
	Анемії	D50–D53	з гемоглобіном 90-100 г/л – підготовча група 3 місяці, з гемоглобіном 100 г/л і більше – не обмежується	
Хвороби нервової системи				

№ з/п	Класи хвороб та окремі захворювання	Код	Допуск до фізичних навантажень після одужання	Примітки
1	Запальні хвороби центральної нервової системи (бактеріальний менінгіт, менінгоенцефаліти)	G00–G09	підготовча група 12 міс.	
2	Ураження нервів, нервових корінців і сплетіння	G50–G59	підготовча група 6-8 міс.	
Хвороби ока та придаткового апарату				
1	Хвороби повік, сльозових шляхів та орбіти (ячмінь тощо)	H00–H06	не обмежується	
2	Хвороби кон'юнктиви	H10 –H13	не обмежується	
Хвороби вуха та соскоподібного апарату				
1	Хвороби зовнішнього вуха	H60–H62	не обмежується	
2	Хвороби середнього вуха та соскоподібного відростка (отити, мастоїдит тощо)	H65 –H75	підготовча група 1 міс.	необхідна обережність при заняттях плаванням
Хвороби системи кровообігу				
1	Гострий ревматизм без залучення серця	I00	не обмежується	
2	Кардіоміопатія	I43	не обмежується	
3	Міокардит гострий	I40, I41	підготовча група 3 міс.	
Хвороби дихальної системи				
1	Гострі респіраторні інфекції дихальних шляхів	J00–J06, J22, J99	не обмежується	
2	Грип та пневмонія	J10–J18	не обмежується	остерігатися різких і особливо раптових охолоджень дихальних шляхів при

№ з/п	Класи хвороб та окремі захворювання	Код	Допуск до фізичних навантажень після одужання	Примітки
				виконанні фізичних вправ
3	Бронхіт, бронхіоліт гострий	J20, J21	не обмежується	-//-
4	Плеврит ексудативний	J90	підготовча група 3 міс.	-//-
5	Плеврит без випоту	J94	підготовча група 1 міс.	-//-
6	Стан після тонзилектомії, аденотомії	J35	не обмежується	
Хвороби органів травлення				
1	Гастрит, дуоденіт, гастродуоденіт гострий	K29, K52	не обмежується	
2	Холецистит гострий	K81	не обмежується	
3	Панкреатит гострий	K85	не обмежується	
4	Стан після апендектомії	K35–K38	підготовча група 1 міс.	перший час варто уникати напруження, стрибків і вправ, що дають навантаження на м'язи живота
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини				
1	Інфекційні хвороби шкіри й підшкірної клітковини: імпетиго, фурункул і карбункул, піодермія тощо	L00–L09	не обмежується	
2	Дерматити: атопічний, себореїчний алергічний та інші	L20, L21, L23–L27	не обмежується	
3	Псоріаз, пара- псоріаз, червоний, плескатий лишай тощо	L40–L45	не обмежується	
4	Кропив'янка, еритема	L50, L51	не обмежується	
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини				

№ з/п	Класи хвороб та окремі захворювання	Код	Допуск до фізичних навантажень після одужання	Примітки
1	Інфекційні та запальні артропатії	M00–M14	підготовча група 3 міс.	
2	Ураження м'язів	M60–M63, M70 –M79	підготовча група 3 міс.	
3	Синовіїти, тендосиновіїти, розриви синовіальної оболонки та сухожилля	M65–M68	підготовча група 3 міс.	
4	Порушення щільності та структури кісток	M80 –M94	підготовча група 3 міс.	
Хвороби сечостатевої системи				
1	Гострий пієлонефрит	N10	підготовча група 3 міс.	
2	Гострий цистит	N30	не обмежується	
3	Гострі запальні хвороби органів малого таза в дівчат (сальпінгіти, оофорити, запалення піхви та вульви тощо)	N70–N77	не обмежується	
4	Незапальні хвороби жіночих органів (ендометрити, дисплазії, ерозії, ектопіони шийки матки тощо)	N80–N90	не обмежується	
5	Надмірна, часта та нерегулярна менструація	N92	підготовча група	
6	Варикоцеле (стан після операції)	I86	підготовча група 2 міс.	
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників				
1	Внутрішньочерепна травма, у тому числі струс головного мозку	S06.0	підготовча група 3 міс. підготовча група 1–3 міс.	необхідна особлива обережність і поступовість навантаження на заняттях
2	Перелом кісток черепа й обличчя	S02	підготовча група 6 міс.	

№ з/п	Класи хвороб та окремі захворювання	Код	Допуск до фізичних навантажень після одужання	Примітки
3	Компресійні переломи шийного відділу хребта без неврологічних порушень	S12	спеціальна група 12 міс.	
4	Ушкодження передньої хрестовидної зв'язки, задньої хрестовидної зв'язки, колатеральних зв'язок колінного суглоба	S73	спеціальна група 6 міс.	
5	Компресійні переломи у грудному та поперековому відділах хребта	S22, S30, S34	спеціальна група 12 міс.	
6	Перелом кісток таза без порушення функцій тазових органів	S32.8	спеціальна група 6 міс.	
7	Перелом ключиці	S42.0	підготовча група 3 міс.	
8	Перелом дрібних кісток: передпліччя, стопи, кисті, ключиці	S50 –S69	спеціальна група 3 міс.	варто виключити вправи, що дають активне навантаження на ушкоджену кінцівку
9	Звичний вивих плечового суглоба, ушкодження ротаторної манжети	S40	підготовча група 3 міс.	
10	Ушкодження сухожиль м'язів плеча та передпліччя, кисті	S40–S49	спеціальна група 3 міс.	
11	Вивих ліктьового та плечового суглобів	S53	спеціальна група 3 міс.	
12	Ушкодження ахіллового сухожилля	S86.0	спеціальна група 3 міс.	
13	Травми коліна, гомілки та ступні	S80–S99	спеціальна група 3 міс.	

№ з/п	Класи хвороб та окремі захворювання	Код	Допуск до фізичних навантажень після одужання	Примітки
14	Травми численних ділянок тіла	T00–T07	спеціальна група 12 міс.	

Тривалість відсторонення від фізичних навантажень на уроках фізичної культури при захворюваннях, що не наведені в таблиці, зарахування до підготовчої або спеціальної груп вирішуються лікарем, який лікував (лікує) дитину.

Додаток 4

Розрахунок загальної щільності уроку, показника моторної щільності уроку

1. Загальна щільність уроку визначається відношенням доцільно витраченого часу з погляду педагогічної діяльності до загальної тривалості уроку:

$$\text{ЗЩУ} = \frac{\text{сума раціонально витраченого часу} \times 100}{45} \%$$

Загальна щільність містить таке:

- виконання учнями вправ (стройові, вправи для загального розвитку, вправи на увагу, підвідні, основні вправи, ігри, перевірка домашнього завдання);
- сприйняття (повідомлення й закріплення теоретичної інформації, інструктаж, спостереження за виконанням вправ, керівництво, використання наочних і технічних засобів);
- відпочинок (відпочинок між підходами, очікування черги до спортивного прилада);
- допоміжні дії (страхування, корекція, перестроювання, перехід до інших приладів, підготовка до уроку, прибирання обладнання);
- **не враховується** час простою з вини вчителя й учнів (передчасне закінчення уроку, пошук інвентарю, тривале передодягання учнів).

2. Показник моторної (рухової) щільності уроку розраховується за формулою:

$$\text{МЩУ} = \frac{\text{сума часу, витраченого однією дитиною на виконання різних рухів,} \times 100}{45} \%$$

Так, наприклад, якщо за 45 хв уроку загальна тривалість занять фізичними вправами однієї дитини становила 30 хв, то МЩУ становитиме:

$$30 \text{ хв} \times 100\% : 45 \text{ хв} = 66\% \text{ (при гігієнічній нормі не менше ніж 60\%).}$$

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, поверхнєве 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, справи виконуються точно	увага знижена, спостерігаються в'ялість, неточність виконання команд, помилки при виконанні команд	неуважність, відсутність інтересу до занять, апатія, сприймає лише гучну команду

ПОЛОЖЕННЯ
про медико-педагогічний контроль за фізичним вихованням учнів
у загальноосвітніх навчальних закладах

1. Загальні положення

1.1. Медико-педагогічний контроль за фізичним вихованням – невід’ємна частина навчального процесу та медичного обслуговування учнів у загальноосвітньому навчальному закладі (далі навчальний заклад), що передбачає заходи, спрямовані на оптимізацію, безпеку й ефективність фізичної культури.

1.2. Медико-педагогічний контроль є необхідним компонентом педагогічного процесу, що забезпечує своєчасне визначення рівня функціональних можливостей організму учнів, адекватність фізичних навантажень і раннє виявлення ознак хвороб та ушкоджень.

1.3. Організація та зміст медико-педагогічного контролю в навчальних закладах, незалежно від підпорядкування та форм власності, регламентуються Законами України «Про охорону дитинства», «Про освіту», «Про загальну середню освіту», «Про фізичну культуру і спорт», «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», Основами законодавства України про охорону здоров’я, цим Положенням та іншими нормативно-правовими актами.

1.4. Медико-педагогічний контроль здійснюється медичним персоналом лікувально-профілактичних закладів, медичними та педагогічними працівниками навчального закладу.

1.5. Оздоровчий ефект занять фізичною культурою забезпечується за умови повної відповідності фізичного навантаження функціональним можливостям організму. Своєю чергою функціональний стан організму характеризує ефективність і раціональність організації фізичного виховання в навчальному закладі.

2. Мета й завдання медико-педагогічного контролю

2.1. Мета медико-педагогічного контролю:

- визначення стану здоров’я, фізичного розвитку й функціонального стану організму учнів, які займаються фізичною культурою;
- оптимізація рухової активності учнів;
- вирішення питань щодо відповідності фізичних навантажень стану здоров’я та функціональним можливостям учнів навчальних закладів.

2.2. Завдання медико-педагогічного контролю:

- визначення рівня фізичного розвитку, стану здоров’я, функціональних можливостей організму та рівня розвитку рухових навичок учня для диференціації засобів і форм фізичного виховання та дозування фізичного навантаження;
- систематичне спостереження за динамікою показників фізичного

розвитку, стану здоров'я та розвитку локомоторної функції учня під впливом фізичних вправ, загартування й інших засобів біокорекції для оцінювання їх оздоровчого ефекту;

- виявлення функціональних відхилень і ранніх симптомів хвороб, що виникають під час занять фізичною культурою;
- профілактика шкільного, у тому числі спортивного, травматизму;
- проведення санітарно-просвітницької роботи та гігієнічного виховання учнів.

3. Організація медико-педагогічного контролю за фізичним вихованням учнів і порядок проведення медико-педагогічного спостереження на заняттях із фізичного виховання

3.1 Організацію медико-педагогічного контролю в навчальному закладі забезпечує його керівник.

3.2. Оцінюванням стану здоров'я учнів із подальшим розподілом їх на групи для занять фізичною культурою здійснює медичний працівник навчального закладу за результатами:

- обов'язкових медичних профілактичних оглядів (рівень та гармонійність фізичного розвитку, наявність захворювань чи вад розвитку, травм, гострих хронічних захворювань, частота та тривалість захворювань, патологічна ураженість);
- функціональних проб з дозованим фізичним навантаженням (визначення рівня функціонального стану організму);
- медико-педагогічних спостережень за різними формами фізичного виховання в навчальному закладі.

3.3. Основні форми медико-педагогічного контролю:

- медико-педагогічні спостереження під час уроків з фізичного виховання, динамічної перерви, занять у спортивних секціях, змагань та інших форм фізичного виховання;
- диспансерний облік учнів, які за станом здоров'я займаються в підготовчій і спеціальній групах;
- оцінювання санітарно-гігієнічного стану місць проведення уроків та інших форм фізичного виховання;
- медико-педагогічні консультації з питань фізичного виховання;
- медичний супровід змагань, туристичних походів тощо;
- профілактика шкільного, в тому числі спортивного, травматизму;
- санітарно-просвітницька робота;
- контроль за ефективністю організації фізичного виховання в навчальних закладах.

3.4. Обов'язки педагогічних працівників щодо фізичного виховання учнів у навчальних закладах визначено нормативно-правовими актами Міністерства освіти і науки України.

3.5. Загальне керівництво організацією медичного контролю за станом здоров'я дітей у загальноосвітніх навчальних закладах здійснюють місцеві

органи охорони здоров'я та освіти і науки відповідно до чинного законодавства України.

3.6. Медико-педагогічний контроль належить до обов'язкових функцій медичних і педагогічних працівників навчального закладу. Медико-педагогічне спостереження здійснюється згідно з кратністю проведення спеціалістами медико-педагогічного спостереження за уроками фізичного виховання у 1 – 12 класах загальноосвітнього навчального закладу.

3.7. Медико-педагогічне спостереження проводиться медичним працівником (лікарем, медсестрою) разом з вчителем безпосередньо під час уроків із фізичного виховання, динамічної перерви, занять спортивних секцій, змагань та інших форм фізичного виховання.

3.8. Під час медико-педагогічного спостереження вирішуються такі завдання:

- ознайомлення з навчально-методичною документацією (класний журнал, календарно-тематичний план, конспект уроку);
- контроль за навантаженням учнів, скерованих за станом здоров'я до основної, підготовчої та спеціальної груп, під час проведення уроків із фізичної культури;
- оцінювання методики проведення уроків з фізичної культури та фізкультурно-оздоровчих заходів, матеріально-технічного забезпечення, відповідність нормативам щодо забезпечення обладнанням та інвентарем, їх справність;
- оцінювання гігієнічних умов місць проведення уроків з 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.

3.9. Під час проведення уроку враховуються основні зовнішні ознаки втоми: колір шкіри обличчя, пітливість, характер дихання й рухів, міміка, увага й самопочуття учнів за схемою візуального визначення втоми учнів під час фізичного навантаження.

3.10. Для оцінювання ефективності уроку використовуються хронометражні спостереження, які дозволяють обчислити моторну щільність (далі – МЩ), загальну щільність уроку (далі – ЗЩУ).

Відповідно до гігієнічних вимог, величина ЗЩУ має становити не менше ніж 80–90%.

3.11. Графічним зображенням реакції серцево-судинної системи (пульсу) у відповідь на фізичне навантаження є фізіологічна крива оцінювання реакції учня на фізичне навантаження.

3.12. За результатами медико-педагогічного спостереження в разі потреби проводиться корекція планування процесу фізичного виховання та дозування фізичних навантажень учнів.

**Орієнтовна кратність проведення спеціалістами
медико-педагогічного спостереження
за уроками фізичного виховання
в 1 – 12 класах загальноосвітнього навчального закладу**

Посада особи, яка контролює	Мінімальна кількість разів			Мета перевірки
	на місяць	упродовж семестру	упродовж навчальног о року	
Директор школи *		1	2 – 3	адміністративне інспектування
Заступник директора з навчально- виховної роботи *		1	2 – 3	методичне інспектування
Заступник директора з виховної роботи *	1	4	8	оздоровчо-виховна робота
Класні керівники **	1	4	8	відвідування учнями уроків, дисциплінованість, успішність учнів
Медичний персонал **	1	3	6	МПК*** за змістом і методами проведення уроків фізичної культури, за відповідністю фізичного навантаження функціональним можливостям учнів

Примітки:

* – для одного потоку класів;

** – для кожного класу;

*** – МПК – медико-педагогічний контроль.

Питання щодо ефективності організації шкільного фізичного виховання розглядається на педагогічній раді 2 рази на рік.

Навчальне видання

Боднар І.Р.
ТЕОРІЯ, МЕТОДИКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У
СПЕЦІАЛЬНІЙ МЕДИЧНІЙ ГРУПІ

Навчальний посібник

Редактори: **Оксана БОРИС, Єлизавета ДУПІНІС**
Дизайн обкладинки та верстання - **Станіслав КУСТОВ**

Підписано до друку 14.07.2011. Формат 60x84/16.
Папір офсет. Гарнітура Minion pro. Друк різнограф.

Ум. друк. арк. 7,9.

Наклад 300 прим. Зам. № 32.

Львівський державний університет фізичної культури

Редакційно-видавничий відділ
79000, м. Львів, вуя. Костюшка, 11
тел. +38 (032) 261-59-90
<http://www.ldufk.edu.ua/>
e-mail: redaktor@ldufk.edu.ua

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготівників
та книгорозповсюджувачів видавничої продукції
ДК № 3354 від 24.12.2008 р.

Друк

ТзОВ НВФ „Українські технології”
79035, м. Львів, вул. Зелена, 251 тел./факс: +38 (0322)
244-20-08

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи
до Державного реєстру видавців, виготівників
та книгорозповсюджувачів видавничої продукції
ДК №789 від 29.01.2002 р.

БОДНАР Іванна Романівна - кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент кафедри теорії і методики фізичного виховання Львівського державного університету фізичної культури. Є автором понад шестидесяти наукових та навчально-методичних праць. Викладає навчальну дисципліну «Методика викладання в спеціальних медичних групах».

Під керівництвом захищено дисертацію кандидата наук. Керує дисертаційними роботами аспірантів та пошукувачів.

За плідну роботу з обдарованою студентською молоддю та значний внесок у підготовку і проведення Всеукраїнської студентської олімпіади нагороджена почесною грамотою Міністерства освіти України. За вагомий внесок у розвиток фізичної культури і спорту Львівщини, виховання видатних спортсменів України нагороджена грамотою Львівської обласної ради.