ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Корінні перетворення, що відбуваються в усіх галузях нашого суспільства, відбиваються на фізичному здоров'ї дітей шкільного віку не в кращу сторону. Свідченням цього є зростання захворюваності дитячого населення країни, зниження числа здорових дітей за період навчання в школі в 4–5 разів [10; 17; 33; 49; 55; 67–69].

Як показують результати нещодавніх наукових досліджень, в цілому по Україні 70–80 % дітей мають різні відхилення в стані здоров'я, серед учнів першого класу практично здорових 10–12 %, а до випускного класу їх чисельність скорочується наполовину [67–69].

Встановлено, що виникнення цілого ряду захворювань в учнів початкової школи зумовлено недостатньою руховою активністю, високим психоемоційним стресом, постійною зміною й інтенсифікацією програм, навчальними перевантаженнями, які не компенсуються необхідними фізичними навантаженнями [71]. Водночас відомо, що систематичні заняття фізичною культурою із застосуванням спеціальних вправ, що спрямовані на відновлення порушених хворобою функцій різних органів та систем організму, найбільш ефективні саме в дитячому віці, у період посиленого росту організму, коли всі органи й тканини найбільш здатні до розвитку, і якщо потрібно, до регенерації [68, 85]. Тому, лише контролюючи рівень здоров’я сучасних дітей і втручаючись у момент формування початкових форм захворювання, можна сподіватися на зупинення зазначених негативних процесів, поліпшення та зміцнення їхнього здоров'я [54, 98].

Систематичні заняття оздоровчою фізичною культурою позитивно позначаються не лише на стані всіх, без винятку, органів та систем організму, який розвивається, але й на ефективності навчальної діяльності [33, 40, 44]. Організація оптимального рухового режиму сприяє гармонійному розвитку дитини в цей відповідальний віковий період [51, 72, 87]. Тому, у практиці фізичного виховання актуалізуються оздоровчо-рекреативні та оздоровчо-реабілітаційні форми фізичної культури [8 – 10, 40, 68, 78].

Сьогодні маса науково-дослідницьких робіт у галузях медицини, фізичної культури і спорту, педагогіки, освіти вцілому спрямована переважно на профілактичні технології збереження здоров'я учнівської молоді в умовах навчальних закладів: вивчення соціально-гігієнічних, медико-педагогічних, валеологічних питань, застосування здоров’язбережувальних заходів у закладах освіти, значна увага приділяється питанням гігієнічної оптимізації навчальної діяльності та впливу внутрішньошкільних факторів на формування здоров’я дітей [81, 97]. У системних наукових дослідженнях проведена гігієнічна оцінка та закладені основи оптимізації фізичного виховання учнів основної медичної групи для занять фізичною культурою [11 – 19]. Однак, зважаючи на поширення захворюваності та збільшення хронічно хворих серед молоді, чинні наукові розробки не вичерпують проблеми пошуку оздоровлювальних технологій. На сьогодні, за винятком поодиноких робіт [1, 18], бракує наукових досліджень***,*** які б передбачали обґрунтування ефективності використання засобів фізичного виховання для оздоровлення насамперед школярів із хронічними соматичними захворюваннями.

Отже, виникає потреба у наукових розробках ефективних стратегій збереження та поліпшення здоров’я сучасних школярів, зокрема створення профілактичних програм, що базуються на комплексному підході до процесу оздоровлення учнів із хронічними захворюваннями, що ґрунтуються на застосуванні спеціальних засобів фізичного виховання та факторів загартування, фізіолого-гігієнічних заходів, спрямованих на зменшення негативних змін у стані їх здоров’я.

В особливо несприятливому становищі перебувають діти, віднесені до спеціальної медичної групи (СМГ) для занять фізичною культурою, оскільки цій категорії школярів характерні пасивна фізична діяльність, вкрай обмежений обсяг рухових навантажень, необхідних для оптимального функціонування всіх систем організму.

**Зв'язок роботи з науковими планами і темами.** Робота виконана відповідно з планом науково-дослідних робіт ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника» на 2017–2021 рр. і є фрагментом дослідження на тему «Фізичне виховання різних груп населення в системі засобів підвищення якості життя та рівня рекреаційної активності» (номер державної реєстрації 0113U002430).

**Метою нашого дослідження** було – теоретично обґрунтувати та охарактеризувати зміст й особливості організації процесу фізичного виховання школярів віднесених до спеціальної медичної групи.

**Завдання дослідження:**

1. Вивчити сучасний стан порушеної проблеми за результатами теоретичного аналізу і узагальнення даних науково-методичних джерел.
2. Проаналізувати педагогічні моделі фізичного виховання молодших школярів спеціальної медичної групи.
3. Презентувати дидактичну базу змісту практичних і теоретичних занять з урахуванням нозології, рівня стану здоров'я, використання організаційно-педагогічних умов, що забезпечують оптимізацію фізичного виховання учнів спеціальної медичної групи.

**Об'єкт дослідження** – процес фізичного виховання школярів спеціальної медичної групи.

**Предмет дослідження** – особливості змісту та організації процесу фізичного виховання школярів спеціальної медичної групи.

**Методи дослідження:** аналіз науково-методичної літератури; педагогічне спостереження; педагогічний експеримент; соціологічні методи; метод викопіювання медичних карт, методи математичної статистики.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що проаналізовані педагогічні моделі, форми та особливості організації фізичного виховання молодших школярів, що мають відхилення в стані здоров’я на основі поєднання засобів формування теоретичних знань і практичних навиків, що враховують різні нозології і рівень стану здоров'я школярів.

Теоретичне значення дипломної роботи полягає в доповненні інформаційної бази теорії і методики фізичного виховання дітей молодшого шкільного віку, які віднесені до спеціальної медичної групи, даними про можливості і доцільність використання в процесі їх фізичного виховання засобів і методів оздоровчого тренування, елементів спортивних і рухливих ігор малої і середньої інтенсивності для підвищення рухового потенціалу, підвищення рівня здоров'я та соціальної адаптації.

**Практичне значення отриманих результатів** дослідження полягає в можливості та доцільності широкого використання висновків і рекомендацій у практичній діяльності фахівців у галузі гігієни, фізичного виховання, медико-педагогічного персоналу закладів освіти, що забезпечить удосконалення організації фізичного виховання та поліпшення функціональних можливостей організму дітей середнього шкільного віку з порушеннями в стані здоров’я.

**Особистий внесок** здобувача полягає у визначенні напряму, мети, конкретних завдань дослідження, нагромадженні теоретичного та експериментального матеріалу, здійсненні аналізу отриманих даних.

**Апробація результатів роботи.** Результати дослідження обговорювалися на звітній науково-практичній конференції викладачів, аспірантів і студентів ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника» (25 березня 2021р.), на розширеному засідання кафедри теорії та методики фізичної культури (протокол № 11 від 23 листопада 2021 року).

**Структура та обсяг роботи.** Дипломна робота загальним обсягом 90 сторінок, складається зі змісту, переліку умовних позначень, вступу, чотирьох розділів, висновків, додатків і списку використаних джерел (110 найменувань). Робота ілюстрована таблицями та рисунками.

РОЗДІЛ 1

ХАРАКТЕРИСТИКА СТАНУ ПРОБЛЕМИ ЩОДО ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ШКОЛЯРІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ГРУПИ

* 1. **Сучасні особливості стану здоров’я підростаючого покоління**

Сформована останніми роками тенденція погіршення стану здоров'я та негативної динаміки рівня фізичної підготовленості школярів, визначила завдання щодо збереження і зміцнення здоров'я учнівської молоді як провідне в системі фізичного виховання. Низка дослідників відзначають, що більше 50% юнаків і дівчат, закінчуючи школу, вже мають 2–3 хронічних захворювання, а в цілому лише 15% випускників можна вважати практично здоровими [17; 32, 42; 66].

Згідно з результатами досліджень Українського НДІ охорони здоров’я дітей і підлітків та рядом інших робіт значне погіршення стану здоров’я дітей відбувається саме під час навчання у школі. Якщо у дошкільному віці хронічні захворювання мають 10 – 20% дітей, то серед школярів відсоток цілком здорових дітей коливається від 11% до 20%. У результаті, на момент закінчення школи здоровими лишається лише 5 – 8% учнів [3, 9, 12, 16, 18]. Встановлено, що ті негативні зміни в стані здоров’я, що проявляються у дітей шкільного віку, у наступні вікові періоди прогресують. Значна кількість захворювань у молодому віці призводить до зниження середньої тривалості життя, яка в Україні на 10 – 15 років коротша, ніж в економічно розвинених країнах [31, 57, 71]. При чому висновки як українських, так і зарубіжних науковців щодо збільшення інтенсивності росту захворюваності серед дітей одностайні [30, 38, 50, 83, 84, 96].

У низці наукових праць підкреслюється, що серед школярів найбільш високі показники захворюваності спостерігаються в 5 – 9-х класах [9, 31, 69,]. Так, аналіз стану здоров’я школярів показав, що 90% учнів мають порушення у стані здоров’я, серед них 20 – 30% мають поєднання двох і більше захворювань [16, 17, 18]. Зокрема, останнім часом у дітей виявлено збільшення кількості хвороб нервової системи і психічної сфери на 100%, органів травлення – на 46%, серцево-судинної системи – на 55%, органів зору – на 37%. У середньому шкільному віці найчастіше реєструються хвороби кістково-м’язової системи, хвороби органів травлення та системи дихання [53, 55, 64, 68, 73, 86].

Таке стрімке збільшення кількості функціональних порушень та хронічних захворювань у середньому шкільному віці пояснюється однозначним впливом декількох чинників. Відомо, що перехід із початкової до основної школи супроводжується значним збільшенням навчального навантаження та необхідністю адаптації до нової форми навчально-виховного процесу – предметного навчання [31, 32]. Крім того, цей віковий період обтяжується психофізіологічними факторами: з одного боку, він пов’язаний із складною препубертатною перебудовою організму дітей, а з іншого – підвищенням їхньої психосоціальної активності [20, 21, 75, 99]. Все це значно підвищує вимоги до функціонального стану та адаптаційних можливостей організму учнів. Порушення перебігу адаптаційних процесів, адаптаційні «зриви» та дезадаптація є однією з провідних причин виникнення в організмі дитини патологічних зрушень різного характеру, які надалі призводять до формування функціональних розладів, хронічних захворювань та інших порушень здоров’я [8, 19, 55, 58].

За даними Інституту гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзєєва НАМН України, частка шкільної молоді, яку у 2014 року лікарі визнавали здоровою, коливається в межах від 9 до 45% [67]. Тобто здоровими можна визнати менше ніж половину загальної кількості школярів. Своєю чергою серед цих школярів високий та середній рівень здоров’я мають приблизно 30% осіб. Саме їх визнають медики здатними до виконання встановлених нормативів на уроках фізичної культури та фізичного виховання. Ще дві третини практично здорових школярів мають недостатній резерв здоров’я (іншими словами – низький рівень адаптаційних можливостей за станом здоров’я) і потребують негайного втручання лікарів профілактичного напряму з метою розроблення індивідуальних програм збереження здоров’я [68; 69].

Серед особливостей негативних змін здоров'я дітей за останні роки вони виділяють:

* значне зниження числа абсолютно здорових дітей (серед учнів їх число не перевищує 10–12%);
* стрімке зростання числа функціональних порушень і хронічних захворювань (за останні 10 років у всіх вікових групах частота функціональних порушень збільшилася в 1,5 рази, хронічних хвороб – у 2 рази, половина школярів 6–10-ти років і більше 60% старшокласників мають хронічні хвороби);
* зміна структури хронічної патології (удвічі збільшилася частка діагностованих хвороб органів травлення, в 4 рази – опорно-рухового апарату: сколіоз, остеохондроз, ускладнені форми плоскостопості; втричі – хвороби нирок і сечовивідних шляхів};
* збільшення числа школярів, що мають кілька діагнозів (школярі 6–8-ми років мають в середньому два діагнози, 9–11-ти років – три діагнози, 12–15-ти років – 3–4 діагнози, а 20% старшокласників-підлітків мають в анамнезі 5 і більше функціональних порушень і хронічних захворювань) [67–69].

Під час наукової конференції з міжнародною участю «Запровадження Національного плану дій щодо неінфекційних захворювань відповідно до Європейської стратегії «Здоров’я-2020: основи Європейської політики в підтримку дій держави і суспільства в інтересах здоров’я і благополуччя» (м. Київ, 2015 р.) було підкреслено «моніторинг стану здоров’я школярів виявив, що кількість здорових дітей до 18-ти років зменшується в 5,4 раза, а дітей з хронічними захворюваннями – збільшується в 4,4 раза. Серед поширених хворіб на першому місці – хвороби органів дихання, нервові та ендокринні хвороби. У 2,5 рази збільшилася частота виявлення онкологічної патології, особливо в регіонах, що постраждали від аварії на ЧАЕС. Зростає також частота дітей з надмірною масою тіла та ожирінням, яке є предиктором розвитку серцево-судинних захворювань, інсульту, раку та діабету» [48].

Однією з основних причин неухильного зростання захворюваності є дефіцит рухової активності (РА), який обумовлений нераціональною побудовою навчального процесу в закладах загальної середньої освіти, перевантаженістю навчальних програм і низкою інших факторів [23].

Хронічний дефіцит організму в біологічно необхідних фізичних навантаженнях призвів до катастрофічних наслідків – понад 70% школярів страждають від гіпокінезії та викликаних нею функціональних порушень, що призвели до різного роду відхилень в стані здоров'я (порушення постави, погіршення зору, підвищення і пониження артеріального тиску, надмірної маси тіла та ін.), що в свою чергу призводить до різних захворювань серцево-судинної, дихальної систем, опорно-рухового апарату, порушень обміну речовин і т.д. [15; 17].

У зв’язку з погіршенням здоров’я дітей і підлітків шкільного віку в більшості країн світу, про що свідчать результати скринінгових досліджень, науковці звертають увагу на проблему адаптації дітей та молоді до умов навчання як у школі, так і у вузах [33]. Л.К. Пархоменко (2006) дає аналіз поширеності всіх захворювань школярів України за 2007–2014 роки: вона збільшилася на 10 тисяч дітей, а темп приросту становить 10,4 % [67–69].

За даними Державної медичної статистики, серед дітей шкільного віку зростає поширеність усіх захворювань, але перші місця займають хвороби систем дихання, травлення, кістково-м’язової та сечостатевої [66].

Вивчення медичних документів, що характеризують стан здоров'я школярів початкових класів, що мають відхилення в стані здоров'я показало, що у структурі захворюваності школярів лідируюче положення займають хвороби органів дихання – 60–70%, порушення опорно-рухового апарату – 41,5%, захворювання шлунково-кишкового тракту – 18%, алергічні реакції – 15–17%, психічні захворювання – 15%.

За 2017–2018 н.р. спеціалістами, педіатрами та підлітковими терапевтами Івано-Франківської міської дитячої поліклініки з профілактичною метою оглянуто 28011 школярів, вперше взято на диспансерний огляд 3746 дітей (18,9 %). Серед них виявлено:

* 1275 дітей з порушеннями органів зору (з них взято на «Д» облік 293 дитини);
* з порушенням постави – 186 дітей;
* зі сколіозом – 46 дітей;
* з деформацією грудної клітки –68 дітей;
* з деформацією нижніх кінцівок – 5 дітей;
* з остеохондропатіями – 17 дітей;
* з плоскостопістю – 173 дітей;
* з дифузним зобом І ст. – 175 дітей;
* з затримкою фізичного розвитку – 12 дітей;
* з ожирінням І-ІІ ст. – 88 дітей;
* з хронічними захворюваннями зовнішніх та внутрішніх статевих органів – 31 дитина;
* з хронічними захворюваннями лор-органів – 212 дітей;
* з килами – 16 дітей;
* з пігментними невусами – 12 дітей;
* з варикозним поширенням вен нижніх кінцівок – 1 дитина;
* з гемороєм – 6 дітей.

У 2018 році 4420 учнів (22,3 % від загальної кількості школярів) віднесені за станом здоров’я до медичних груп : підготовча група – 3384 учні, спеціальна медична група – 911 учнів, звільнені від уроків фізичної культури – 125 учнів [69].

З метою аналізу даних про стан роботи в спеціальних медичних групах закладів загальної середньої освіти м. Івано-Франківська було зроблено дослідження, в якому взяли участь 42 школи.

Аналізувалися кількість груп в навчальних закладах; віковий контингент учнів СМГ; підходи до розподілу школярів на групи (за віком або за захворюваннями); час, місце і кількість занять на тиждень

*Таблиця 1.1*

**Стан організації занять у спеціальних медичних групах шкіл**

**м. Івано-Франківська**

|  |  |
| --- | --- |
| Показники | Дані дослідження |
| Кількість шкіл, що мають СМГ | 40 |
| Кількість дітей, віднесених до МГ:  підготовча  спеціальна  звільнені | 4420 дітей (15,8% від загальної кількості школярів)  3384 (12,1 %%)  911 (3,3 %)  125 (0,4 %) |
| Кількість СМГ | 72 групи (1,8 групи на один заклад) |
| Середня наповнюваність груп | 11–14 дітей |
| Формування груп:   * за віком * за нозологіями | у 35 школах  у 5 школах |
| Регулярно відвідують заняття | 384 дитини (34,9 %) |
| Місце проведення занять | 3 шкіл – кабінет ЛФК  37 шкіл – малий і великий спортивні зали, кабінет ЛФК |

У процесі аналізу цих даних було встановлено, що із 42 шкіл м. івано-Франківська у 40 школах функціонують 72 спеціальні медичні групи (911 дітей або 3,3 % від усіх школярів). Серед загальної кількості учнів СМГ молодші школярі складають 184 особи (20,2 % від усіх учнів СМГ).

Серед них систематично відвідують уроки фізичної культури 384 дитини, з них молодших школярів 168. Слід зазначити, що тільки 16 дітей молодшого шкільного віку не займаються фізичною культурою з ряду причин («не хочуть», «не пускають батьки»). Крім того, постійно звільнені від уроків фізичної культури 125 школярів молодшого, середнього і старшого віку, що становить 0,4 % від загальної кількості школярів, 29 дітей з них є учнями початкових класів.

На сьогодні стан здоров’я дитини не може розглядатися без урахування процесів адаптації організму, які спрямовані на вироблення оптимальної стратегії живої системи для забезпечення її гомеостазу. Тому на сьогодні однією з актуальних проблем є подолання станів дезадаптації у дітей молодшого шкільного віку.

Аналізуючи динаміку стану здоров’я першокласників загальноосвітніх та спеціалізованих шкіл протягом навчального року, було визначено, що вже через декілька місяців навчання у них погіршилось самопочуття і з’явилися різноманітні скарги, які можна було трактувати як прояви шкільної дезадаптації. Серед них переважали швидка втомлюваність (50,7 %), пригнічення настрою (49,3 %), підвищена дратівливість (47,2 %), біль голови (43,2 %), порушення сну (40,7 %), періодичний біль у животі (38,6 %) та зниження апетиту (36,8 %) [60]. Проблеми дезадаптації стають основою для усіляких відхилень у стані здоров’я та зростання рівня захворюваності (рис. 1.2) [61].

Рис. 1.2. Динаміка показників загальної захворюваності молодших школярів України [8; 49; 54; 67–69]

Особливо схильні до гіпокінезії учні, які перенесли в різний час важкі захворювання або травми, а також мають хронічні патології, схильні до загострень. Як правило, ці діти, віднесені за станом здоров'я до спеціальної медичної групи, або зовсім не займаються фізичною культурою, що викликає дефіцит загальної та спеціальної рухової активності, або займаються з основною та підготовчою групами, що призводить до негативної динаміки наявних порушень у стані здоров'я [24; 31; 38].

Оздоровчий потенціал і ефективність застосування фізичних вправ для зміцнення здоров'я ослаблених дітей доведена багатьма вченими і практиками. Однак, проведені дослідження з фізичного виховання школярів СМГ [6; 12; 14; 26; 35] свідчать про те, що робота в закладах загальної середньої освіти з цією категорією учнів проводиться на неналежному рівні та не відповідає сучасним вимогам.

Аналіз наукових розвідок з проблем фізичного виховання школярів оздоровчої спрямованості показав необхідність комплексного підходу до організації і проведення уроків фізичної культури з учнями СМГ [15; 16; 32; 36; 40; 51; 60; 70].

**1.2 Вплив засобів фізичного виховання на морфо-функціональні показники школярів з ослабленим рівнем здоровʼя**

Відомо, що теорія і практика фізичного виховання спираються на дані фізіології, яка озброює закономірностями розвитку організму, правильного врахування впливу різноманітних чинників на його функціональну діяльність. На її основі розробляють науково обґрунтовану систему фізичних вправ, спрямованих на розвиток рухових дій і формування фізичних якостей організму [56]. Саме тому важливим є вивчення функціональних можливостей організму дитини, особливостей функціональної зрілості фізіологічних систем, розвитку рухових можливостей.

Враховуючи той факт, що біологічне формування організму в середньому шкільному віці ще не закінчено, це розширює можливості цілеспрямованого впливу на вдосконалення функцій організму шляхом раціонального використання методів і засобів фізичного виховання [79]. У багатьох роботах підкреслюється, що одним із головних гігієнічних завдань фізичного виховання школярів має бути саме забезпечення необхідних умов для нормального перебігу процесу росту і розвитку організму [7, 21, 25, 28, 91].

У наукових роботах останніх років звертається увага на високий рівень порушень здоров’я серед дітей та підлітків спосіб життя яких характеризувався низьким рівнем рухової активності, а умови життєдіяльності – дефіцитом нічного сну, особливо в поєднанні із стресогенними впливами, або значним навчальним навантаженням [15, 31, 35]. Дослідженнями встановлено, що у 70 – 95% сучасних учнів режим життєдіяльності нераціональний: у 90% школярів тривалість нічного сну нижча рекомендованого фізіолого-гігієнічного оптимуму; у 31% учнів перебування на свіжому повітрі зведене до однієї години і менше; у 70% дітей кратність прийомів їжі зводиться до 2 – 3 разів на добу, тоді як оптимальним, з гігієнічних позицій, є 4 – 5 кратний прийом їжі [5, 9, 18, 63, 71].

Сучасна тенденція до збільшення порушень у стані здоров'я сучасних школярів поглиблюється тим, що вони мають занадто низьку рухову активність [51, 67]. У ряді робіт констатовано той факт, що з початком навчального року рухова активність дітей знижується [26, 72, 98]. При цьому, у молодшому шкільному віці, в силу законів природного біологічного розвитку, у дітей в більшій мірі задовольняється потреба в русі [9, 16], однак вже при переході на предметне навчання їхня рухова активність значно знижується і у вільний час учні надають перевагу пасивним формам відпочинку [25, 53, 89].

Як зазначалося вище, низький вихідний рівень здоров'я дітей, що вступають у перший клас, суттєво ускладнює їх адаптацію до шкільного середовища та є причиною подальшого погіршення здоров'я. Так, у 20–60% дітей молодшого шкільного виявлено високий рівень порушення адаптаційних систем організму, імунна система в 70–80% випадків функціонує в режимі перенапруги та дезадаптації [17; 39; 42; 56]. З початком навчання в школі обсяг рухової активності учнів знижується на 40–50% від звичного і необхідного для нормального рівня розвитку дитини. У молодших школярів добова норма рухової активності повинна складати 15–20 тис. локомоцій при тривалості рухового компонента 4–5 годин протягом дня, однак, за даними дослідників, довільні рухи цієї категорії дітей займають лише 16–19% часу доби, з них на організованих формах занять фізичними вправами приходиться лише 1–3% [44; 56; 65; 71].

Так, у молодших школярів в результаті тривалого неправильного сидіння за партами може статися викривлення хребта, що, в свою чергу, веде до затримки розвитку грудної клітки, до стійких порушень роботи серця і легенів, до зменшення життєвої ємності останніх, тому в цьому віці настільки важливо звертати увагу на осанку. В цьому плані дуже важливо утримання гігієнічно правильної пози під час уроків, при читанні, перегляді телепередач і т.п. Обсяг статичного навантаження в цей період різко зростає і це вимагає прийняття спеціальних заходів з боку батьків, вчителів і лікарів для профілактики сколіозів і ін. порушень ОРА [1; 16; 29]. Необхідно попередити в цей період розвиток плоскостопості за допомогою спеціальних вправ і масажу.

Разом з тим м'язова система дітей цього віку здатна до інтенсивного розвитку, тому при достатній кількості рухів і м'язової роботи у них помітно збільшується як обсяг м'язів, так і м'язова сила. При умові зміни режимів м'язової діяльності скелетні м'язи дитини знову істотно змінюються, забезпечуючи дуже високу рухливість і витривалість. У всіх органах і системах відбувається морфофункціональні перетворення, що створюють сприятливі умови для здійснення великих обсягів м'язової роботи за рахунок функціонування аеробного джерела енергії. Важливим є те, що саме до цього віку морфофункціональний розвиток дитини досягає такого рівня, який сприяє тривалій підтримці працездатності [54; 65].

Динаміка працездатності в молодшому шкільному віці відображає зростаючу надійність функціонування дитини. При циклічній роботі ногами, в зоні великої потужності (при пульсі в 160–170 уд / хв) обсяг виконуваної роботи у дітей в період від 7-ми до 10-ти років зростає в 4 рази і становить у 10–11-річному віці 40 кДж [42; 53; 78]. Максимальна ЧСС в цьому віковому періоді досягає 200–210 уд / хв. У спокої в хлопчиків 7-ми років – 91,2 уд / хв, а до 10-ти років знижується до 78,8 уд / хв. Серце краще справляється з роботою (в порівнянні з попередніми і наступними роками). Разом з тим серце продовжує залишатися легко збудливим, у його роботі нерідко спостерігається аритмія під впливом різних, іноді навіть незначних, зовнішніх впливів [42]. Діти у віці 7–11 років уже в стані довго, стійко підтримувати функціональну активність. Природний механізм, що допомагає розвитку цих можливостей, – спонтанна ігрова діяльність. У ній створюються певні умови для формування мотивів цілеспрямованої поведінки [57; 58].

Однак, більшість дослідників мають протилежну точку зору. Так,В. С. Язловецький зауважує, що у школярів із відхиленнями в стані здоров’я спостерігаються знижені функціональні можливості серцево-судинної та дихальної систем, відставання в розвитку м'язової системи, ослаблена загальна імунна активність, що зумовлює зниження фізичної та розумової працездатності [77]. В. С. Хільчевська зазначає, що схильність до частих гострих захворювань та ендокринні розлади несприятливо впливають не тільки на фізичний розвиток, а й на розумову працездатність, психоемоційний баланс та особистісний розвиток. Порушення зору суттєво впливають на сприйняття учнями інформації, а отже, й засвоєння навчального матеріалу [61]. Під час проведення психологічного тестування В. С. Василик спостерігала значні розбіжності між здоровими і соматично хворими учнями: нормальний психологічний стан достовірно частіше траплявся серед соматично здорових школярів [13]. Вивчаючи стан здоров’я та фізіологічні особливості школярів з низькою успішністю, Н. Б. Грейда доходить висновку, що більшість цих дітей мають відхилення в стані здоров’я, знижений рівень фізичного розвитку, невідповідний дійсному біологічний вік [17].

Таким чином, порушення здоров’я у дітей шкільного віку несприятливо відбиваються на функціональному стані організму, фізичному та психічному розвитку, постають причиною зниження фізичної та розумової працездатності, низької успішності.

Рухові якості школярів формуються нерівномірно й неодночасно, приріст у різні вікові періоди неоднаковий. Проте, багато авторів [10; 18; 30] вважають молодший шкільний вік найбільш сприятливим для розвитку базових рухових якостей. Зокрема, важливою особливістю розглянутого вікового періоду є більш високі темпи зростання показників витривалості, координаційних здібностей, швидкості, фізичної працездатності в порівнянні з іншими періодами онтогенезу.

У середньому шкільному віці продовжується формування хребта, відбувається інтенсивний ріст усіх його відділів, однак осифікація його ще не закінчується (в міжхребетних дисках лише з’являються зони окостеніння), що створює передумови для появи сколіозів і порушень постави [63, 79]. Тому, в даному віці важливо уникати надмірного статичного навантаження й неправильних поз, і фізичні вправи, спрямовані на зміцнення та розвиток кістково-м'язової системи, повинні досить широко ввійти в режим життєдіяльності школярів [52, 63]. З огляду на особливості опорно-рухового апарату, якщо не здійснювати постійного контролю за поставою школярів і не забезпечувати зміцнення м'язів, які її формують, то виникнення порушень постави можуть призвести до серйозних функціональних змін різних органів і систем організму [86]. Поряд із цим, під час занять фізичною культурою важливим є запобігання однобічного напруження м'язів тулуба, сильних поштовхів і струсів тіла під час гри з м'ячем, приземленнях й падіннях, надмірно різких рухів, тривалих м'язових зусиль, особливо статичного характеру [24, 56]. Також відомо, що в учнів, які займаються фізичною культурою порушення опорно-рухового апарату зустрічаються статистично достовірно рідше, ніж у інших школярів [6, 13, 71, 86].

Із літературних джерел відомо, що характерною особливістю середнього шкільного віку є виражена перебудова ендокринного апарату, що проявляється у посиленні гормональної функції гіпоталамусу, гіпофізу та щитоподібної залози [91, 98]. Саме в цей час відбувається важливий фізіологічний стрибок кількісного та якісного зростання і різка перебудова всіх органів і систем[90]. У цій перебудові провідна роль належить змінам в ендокринній, вегетативній і статевій сферах, тісно пов'язаних з перебудовою всіх інших функціональних систем [13, 90, 98]. Доведено, що правильна організація спортивно-оздоровчих заходів може забезпечити гармонійний розвиток та збереження здоров’я дітей у цей відповідальний віковий період [5, 14, 44].

Відомо, що в середньому шкільному віці серцево-судинна система характеризується інтенсивним приростом лінійних розмірів серцевого м’яза, збільшенням товщини стінок і об’єму серця, вдосконаленням його іннервації, однак особливістю розвитку серцево-судинної системи є більш виражене збільшення об’ємів порожнини серця порівняно зі збільшенням діаметру судин, внаслідок чого потік крові зазнає значного опору [17, 21]. Така морфологічна і функціональна незрілість окремих елементів серця і судинної системи знижує адаптаційні можливості системи кровообігу у дітей даного віку і зумовлює її підвищену функціональну напругу під час застосування навіть відносно незначних фізичних навантажень [4, 12]. Тому проведення занять фізичної культури потребує обережності, особливо з дітьми котрі мають хронічні соматичні захворювання, після перенесення грипу, ангіни, ревматичної атаки, що створюють загрозу для функціонування серцево-судинної системи [65]. Разом з тим, численні дослідження свідчать, що регулярні заняття фізичною культурою позитивно впливають на серцево-судинну систему [18, 20, 26].

**1.3 Проблема оздоровлення та організації процесу фізичного виховання учнів з відхиленнями у стані здоров’я**

Відповідно до Закону України “Про фізичну культуру і спорт”, у сфері освіти навчальні програми з предмета “Фізична культура” базуються на затверджених, відповідно до Закону Державних стандартах освіти, спрямованих на забезпечення науково обґрунтованих норм рухової активності дітей та молоді з урахуванням стану їхнього здоров'я, рівня фізичного та психічного розвитку. В навчальних посібниках з фізичної культури зазначено, що протягом навчання учнів у школі фізичне виховання повинно забезпечити: зміцнення здоров'я і загартування організму школярів; сприяння гармонійному фізичному розвитку; підвищення працездатності; формування та вдосконалення рухових навичок і вмінь у природних видах рухів (бігу, стрибках, ходіння на лижах, плаванні); розвиток основних рухових якостей (сили, швидкості, витривалості, спритності, гнучкості); підвищення стійкості організму до впливу несприятливих факторів навколишнього середовища; формування звички та стійкого інтересу до систематичних занять фізичними вправами; прищеплення гігієнічних навичок.

Тобто, навчальні програми з фізичної культури для дітей шкільного віку повинні закласти основи забезпечення фізичного і психічного здоров’я, комплексного підходу до формування розумових і фізичних якостей особистості, пріоритету оздоровчої спрямованості фізкультури, широкого використання різноманітних засобів і форм фізичного вдосконалення [44, 82].

Діюча на сьогодні навчальна програма з фізичної культури містить як інваріантну так і варіативну частини. Реалізація її змісту здійснюється у вигляді основної форми фізичного виховання в школі – уроку, який проводиться 2 – 3 рази на тиждень. Урок є обов’язковим для представників усіх медичних груп для занять фізичною культурою. Відповідно до програми учні, які за результатами медичного огляду віднесені до підготовчої та спеціальної медичної групи, відвідують обов’язкові уроки з фізичної культури, але виконують корегувальні вправи та вправи для загального фізичного розвитку, які їм не протипоказані. Однак, дослідження в області фізичної культури показують, що на уроці фізичної культури школярі з різним станом здоров’я не можуть займатися за єдиною програмою, оскільки один вчитель не в змозі забезпечити диференційований підхід до кожної дитини залежно від стану здоров’я та її фізичних можливостей [64].

Наказом МОЗ України № 518/674, учням віднесеним до підготовчої групи, з метою попередження негативних наслідків, забороняється займатися у спортивних секціях, а при цьому рекомендовані додаткові заняття в групах загальної фізичної підготовки (ЗФП) або в домашніх умовах. Для школярів спеціальної медичної групи додатково повинно проводитись не менше двох занять фізичної культури на тиждень (по 45 хвилин кожне) за програмою ”Фізична культура для спеціальних медичних груп загальноосвітніх навчальних закладів” (авт. В. І. Майєр, В. В. Дерев'янко, 2008 р.) [66]. Метою цих занять є зниження засобами фізичного виховання рівня негативних зрушень у стані здоров’я.

При цьому практика показує, що сучасна система фізичного виховання протягом навчання в школі не надає дитині можливості у достатній мірі займатися фізичною культурою через обмежену кількість урочних занять, нерегулярність проведення занять у спеціальних групах, відсутність позаурочних занять в групах загальної фізичної підготовки (ЗФП), руйнування ефективних форм організації спортивно-оздоровчої роботи в умовах ЗНЗ (ввідної гімнастики, годин фізичної культури в групах подовженого дня та малих форм фізичного виховання – руханкових хвилинок, руханкових пауз, рухливих перерв) [8, 13, 25].

Рядом досліджень встановлено, що основними недоліками в організації фізичного виховання в умовах школи є: низький рівень інформованості класних керівників та вчителів різних дисциплін з питань проведення оздоровчих заходів на уроках і великих перервах, під час підготовки домашніх завдань і у вільний час, незадовільна організація загальношкільних спортивних заходів, що негативно відображається на формуванні у школярів інтересу до занять фізичною культурою і спортом [9, 54, 61, 65, 77, 81, 92]. Тому, переважна більшість школярів з порушеннями здоров’я практично позбавлена можливості оздоровлення засобами фізичної культури.

У процесі аналізу цих даних було встановлено, що із 42 шкіл м. Івано-Франківська у 40 школах функціонують 72 спеціальні медичні групи (911 дітей або 3,3 % від усіх школярів). Серед загальної кількості учнів СМГ молодші школярі складають 184 особи (20,2 % від усіх учнів СМГ).

Серед них регулярно відвідують уроки фізичної культури 384 дитини, з них молодших школярів 168. Слід зазначити, що тільки 16 дітей молодшого шкільного віку не займаються фізичною культурою з ряду причин («не хочуть», «не пускають батьки»). Крім того, постійно звільнені від уроків фізичної культури 125 школярів молодшого, середнього і старшого віку, що становить 0,4 % від загальної кількості школярів, 29 дітей з них є учнями початкових класів. Одним з основних факторів, від якого залежить здоров'я дітей є фізична культура учня. Зазначене в останні десятиліття уповільнення фізичного розвитку сучасних школярів, дефіцит їх рухової активності, погіршення екологічної та соціальної обстановки призвели до зниження енергопотенціалу підростаючого організму [2].

Середня наповнюваність спеціальних медичних груп становить 11–14 дітей, що відповідає нормативним показникам; у 35 школах групи для проведення занять з фізичної культури у СМГ сформовані за віковим принципом, у 5 – за нозологіями.

Заняття у всіх школах проводяться два рази на тиждень по 40 хвилин. П’ять освітніх установ мають спеціально обладнані кабінети для проведення уроків, в інших діти займаються в малому і великому спортивних залах. Практично у всіх навчальних закладах час проведення занять винесено за розклад занять. Слід відзначити, що в низці шкіл (5 із 40) уроки з фізичної культури в СМГ зводилися до занять з ЛФК, які проводилися лише в умовах кабінету, де діти виконували вправи з лікувальної фізичної культури. При цьому не використовувалося навчання і вдосконалення таких життєво важливих локомоцій як біг, стрибки, метання. Заняття з ЛФК, безумовно, необхідні для школярів з відхиленнями в стані здоров'я, але вони повинні не замінювати уроки фізичної культури, а застосовуватися як додатковий корекційно-оздоровчий засіб.

У зв’язку з викладеним, фізичне виховання набуває особливо важливого значення в формуванні навичок здорового способу життя серед дітей. Разом з тим, школам досі не вдається успішно вирішити це соціально-педагогічне завдання; тільки 10–20% учнів систематично (більше 3-х разів на тиждень) займаються фізичними вправами; більше 70% старшокласників вважають, що вони не отримали в школі необхідних знань і умінь для самостійних занять [5; 7; 31; 37].

Загальновідомо, що з метою диференційованого підходу до організації уроків фізичної культури у закладах загальної середньої освіти залежно від стану здоров'я учні діляться на три групи: основну, підготовчу і спеціальну медичну. Заняття в цих групах відрізняються навчальними програмами, обсягом і структурою фізичного навантаження, а також вимогами до рівня засвоєння навчального матеріалу [25].

Критерії розподілу учнів на медичні групи для занять фізичною культурою залежно від стану здоров'я затверджені Наказом Міністерства охорони здоров'я України та Міністерства освіти і науки України від 20.07.2009 № 518/674 [63].

Критерії поділу на групи здоров'я:

* наявність або відсутність хронічних захворювань;
* рівень функціонування основних систем організму;
* ступінь опору несприятливим впливам;
* рівень фізичного розвитку;
* ступінь гармонійності фізичного розвитку.

До спеціальної медичної групи відносяться учні, які, на підставі медичного висновку про стан їх здоров'я, не можуть займатися фізичною культурою за програмою основної групи.

Як справедливо зазначає низка авторів [25; 28], єдиний підхід лікарів до визначення у дитини спеціальної медичної групи відсутній. Найчастіше медична група для занять фізичною культурою визначається тільки на підставі клінічного діагнозу, без врахування ступеня функціонального стану серцево-судинної та дихальної систем, рівня фізичного розвитку та фізичної підготовленості дітей. Це призводить до того, що відсоток школярів з відхиленням у стані здоров'я в різних школах не однаковий і часто завищений.

Суттєвої шкоди процесу оздоровлення учнів завдає звільнення від занять фізичною культурою. Г.В. Таможанська [64] вважають, що фізичні вправи, до яких організм погано адаптований, є найціннішими за умови обережного та строго дозованого застосування. Будь-які вправи можуть бути виключені лише на деякий час, після чого вони повинні поступово застосовуватися [64].

У зв'язку з цим вчені [25] вважають, що у відповідну медичну групу діти повинні зараховуватися на підставі результатів функціональних досліджень стану здоров'я, даних щодо адаптації до фізичних навантажень, за здатністю до освоєння рухових умінь і навичок. Основним критерієм, за яким зараховують учня в спеціальну медичну групу, є встановлення діагнозу з урахуванням ступеня порушень функцій організму.

Включення учнів в спеціальну медичну групу може носити як тимчасовий, так і постійний характер – залежно від виду та тяжкості захворювання і наявності інших відхилень у стані здоров'я.

Групи учнів, віднесених до СМГ, комплектуються шкільним лікарем спільно з учителем фізичної культури на основі врахування стану здоров'я, показників фізичної підготовленості, освоєння рухових умінь і навичок, функціонального дослідження, яке повинно проводитися в кінці поточного навчального року (квітень – травень), завершуватися до 1 червня і оформлятися наказом директора школи до 1 вересня. Відповідно до інструктивним листом Міністерства освіти країни від 27.05.1982 р. № 34М «Про зниження наповнюваності в спеціальних медичних групах школярів для занять з фізичної культури» мінімальне число учнів у групі має становити 10–15 осіб [4; 63].

Фізичне виховання учнів, віднесених за станом здоров'я до спеціальної медичної групи, істотно відрізняється від таких в основній та підготовчій групах. Методика і організація проведення занять з фізичної культури школярів, що мають відхилення в стані здоров'я, найбільш складні і тому викликають у вчителів певні труднощі. Метою фізичного виховання учнів, які за станом здоров'я віднесені до спеціальної медичної групи, є:

* зміцнення здоров'я;
* підвищення фізіологічної активності органів та систем організму ослаблених хворобою;
* підвищення фізичної і розумової працездатності;
* формування правильної постави та корекція плоскостопості;
* формування основних рухових умінь і навичок;
* прискорення ліквідації патологічних процесів.

Однак, як справедливо зазначають [6; 12; 26; 35], існуюча система фізичного виховання в масовій школі зі школярами спеціальних медичних груп будується за залишковим принципом і, як правило, або зовсім не проводиться, або проводиться на розсуд вчителів фізичної культури, які виправдовують відсутність спроб попереднього проектування навчально-виховного процесу великою кількістю нозологічних форм захворювання школярів і необхідністю втілення в життя принципу індивідуалізації.

Існують різні думки про те, що приймати за основу при розподілі учнів на групи – функціональний стан організму, характер захворювання, фізичну підготовленість або вік. У зв'язку з цим, при комплектуванні навчальних груп для занять фізичною культурою дітей з ослабленим здоров'ям застосовують різні підходи. В основному, всі вони зводяться до двох: учнів ділять або за віком, або за нозологіями.

Так, В.І. Майєр [43] рекомендує формувати спеціальні медичні групи з урахуванням медичних показань фізичної підготовленості та статі. Вони ж вважають, що в умовах великих міст доцільно об'єднувати учнів близько розташованих шкіл для занять за віковим принципом: в одній школі займаються діти молодших класів, в іншій – середніх, у третій – старших. При цьому вони відзначають, що ця форма організації занять складніша в організаційному, але найбільш ефективна в методичному планах.

Протилежну думку мають Л.М. Пєвіцина [51] та Ю.О. Полатайко [53], які вважають, що формувати групи краще з учнів, однорідних за нозологією. Разом з тим важливо враховувати, що ще більш важливою умовою правильного комплектування навчальних груп є приблизно однаковий рівень функціональних можливостей учнів. Тому допускається зарахування в групу для спільних занять учнів, які перенесли різні захворювання за умови однакового рівня їх готовності до виконання навантажень.

Однак, на думку педагогів, цей принцип має певні недоліки [27]:

* при комплектуванні груп за нозологічним принципом заняття можна проводити тільки поза розкладом, що створює певні труднощі в організації занять, так як складно об'єднати в одну групу учнів різного віку (в одну групу можуть потрапити учні як перших, так і 11-х класів);
* значні відмінності в рівні фізичної працездатності різновікових осіб з однаковими захворюваннями, що призводить до невідповідності навантажень функціональним можливостям окремо взятого дитини;
* труднощі в підборі засобів і методів фізичної культури, адекватних рівню функціональних можливостей всіх груп учнів.

Запропоновані в науково-методичній літературі методики занять з учнями СМГ враховують, в основному, нозологічний характер, або спрямовані на вузьку вікову групу.

Найбільше число сучасних досліджень результатів впливу фізичних вправ на здоров'я дітей лежить в області захворювань серцево-судинної системи. Так, у роботі з дітьми, що мають серцево-судинні захворювання, найбільш важливим, на думку B.C. Язловецького [70], є забезпечення принципу різностороннього тренування. На першому етапі занять він віддає перевагу рухливим іграм, вправам, які розвивають швидкість, естафетам, прискореній ходьбі, пробіганню невеликих відрізків в чергуванні з ходьбою. У міру адаптації поступово вводяться вправи з обтяженнями та різні виси (ЧСС 120–130 уд / хв.).

А.І. Альошина [1], І.П. Випасняк [16] називають ефективними методами профілактики і корекції відхилень в стані ОРА рухливі сюжетні ігри для молодших школярів. Так, на його думку, особливість проведення уроків з фізичної культури з такими дітьми полягає в тому, що в базовому компоненті передбачається навчальний матеріал згідно вимог програми з фізичної культури, а в варіативній компоненті уроку використовуються цілеспрямовані фізичні вправи, які діють на м'язово-зв'язковий апарат школярів.

А.В. Платонова, Л.В. Подригало, К.М. Сокол [52], які розробили методику занять з учнями шкільного віку, засновану на застосуванні модулів фізичних вправ за методом кругового тренування, рекомендує ще додаткові заняття плаванням з метою профілактики остеохондрозу хребта.

Е.А. Сергієвич [60] вважає, що основним засобом на заняттях спеціальних медичних груп повинна бути ЛФК. Автор наводить особливості методики і комплекси вправ лікувальної фізичної культури при різних видах захворювань. У зміст занять ЛФК дослідник включає комплекси вправ стоячи, сидячи, стоячи біля гімнастичної стінки, лежачи. На її думку, необхідною умовою ефективності занять є проведення лікарсько-педагогічного контролю.

Великий внесок в медико-педагогічне обґрунтування фізичного виховання дітей з відхиленнями в стані здоров'я вніс В.К. Велітченко [15]. У його працях вперше обґрунтовані методи комплектування СМГ і критерії внутрішньогрупового поділу залежно від клінічних особливостей і перебігу захворювання, функціональних можливостей, рівня розвитку рухових навичок. Розроблена річна програма позакласних занять для СМГ, що включає прискорену ходьбу, біг підтюпцем, загально-розвивальні вправи й елементи рухливих і спортивних ігор.

Дослідження І.Р. Боднар [12] були присвячені доказу ефективності методики індивідуальних коригувальних впливів на заняттях з фізичного виховання в спеціальній медичній групі школярок 10–14-ти років.

Фізичне виховання дітей з ослабленим здоров'ям здійснюється з використанням урочних та позаурочних форм. Форми організації проведення занять з фізичної культури учнів СМГ на сьогоднішній день розглядалися і описувалися багатьма авторами B.C. Язловецьким [70], А.І. Аухудєєвим [6]; Ю.В. Васьковим [14]; Є.В. Кокоріною [34], Л.М. Пєвіциною зі співавт. [51].

Основною формою занять з учнями спеціальної медичної групи є уроки фізичної культури, зміст яких планується відповідно до спеціально розробленої програми [53], згідно з якою рекомендують проводити уроки фізичної культури для цієї категорії школярів за віком, після основних занять з розрахунку 2 рази на тиждень. Крім того, учні СМГ повинні відвідувати уроки фізичного виховання для інших школярів. На цих заняттях вони виконують переважно вправи коригувальної та дихальної гімнастики, ЛФК, а також рухові дії на повторення і закріплення матеріалу, освоєного на уроках.

В.І. Бабич [7], Р.В. Тазієв зі співав. [46] вказують, що школярі з відхиленнями в стані здоров'я, які відносяться до спеціальних медичних груп, повинні займатися адаптивною фізичною культурою (АФК). Тимчасове звільнення від занять цим школярам видається тільки на період захворювання. Уроки з адаптивної фізичної культури (АФК) повинні проводитися за спеціально розробленою програмою адаптивного фізичного виховання фахівцями АФК в ті ж години, що і уроки звичайної фізичної культури, в спеціальному (окремому) спортивному залі, або на повітрі. Поділ класу на групи з урахуванням стану здоров'я для проведення окремих уроків з фізичної культури і адаптивної фізичної культури є неодмінною умовою правильної організації адаптивного фізичного виховання в школі.

Низка авторів [6; 13; 28; 39; 50; 73] вважають за необхідне збільшення кількості годин для занять фізичною культурою в спеціальній медичній групі. Вони пропонують створити обов'язкові додаткові секції з різних видів спорту, що вирішить відразу дві проблеми: поліпшить фізичний розвиток учнів і дасть роботу новим фахівцям. Володіння викладачами фізичної культури загальноосвітніх установ різними видами спорту, нетрадиційними підходами, засобами і методами оздоровлення дітей і підлітків, віднесених до СМГ, дозволить залучити учнів до систематичних занять фізичними вправами.

Однією з форм індивідуальної роботи з учнями [34] пропонує домашнє завдання, яке сприяє систематичності занять фізичною культурою, розвитку самостійності і активності учнів, додатково впливає на розвиток фізичних здібностей, скорочує терміни реабілітації. У комплекс домашніх завдань входять: ранкова гігієнічна гімнастика і загартувальні процедури; спеціальні вправи, спрямовані на розвиток відстаючих фізичних якостей, денні і вечірні прогулянки на свіжому повітрі.

Крім домашніх завдань, багато авторів [2; 8; 16; 35; 47; 59] рекомендують використовувати різні організаційні форми позанавчальних занять з метою підвищення рухової активності учнів СМГ. Серед них: ранкова гігієнічна гімнастика, виконання фізичних вправ і рекреаційних заходів в режимі навчального дня, самостійні заняття, масові спортивно-оздоровчі заходи, спортивні свята та ін.

Висновки до розділу 1

Вплив фізичних вправ на розвиток і формування морфофункціональних ознак ослаблених дітей і підлітків підпорядкований тим же закономірностям, що і їх здорових однолітків.

1.Вивчивши доступну нам науково-методичну літературу з питань організації та змісту занять фізичною культурою зі школярами, віднесеними до СМГ, ми повинні відзначити, що думка лікарів і педагогів у цій області досить різниться, а єдина система поглядів на проблему відсутня. Є розбіжності в питаннях комплектування груп, методики проведення занять, дозування фізичного навантаження, у виборі засобів і методів фізичної культури, що застосовуються на уроках.

2. У процесі фізичного виховання необхідно значно більше приділяти увагу його освітній складовій. Повідомлення теоретичних відомостей про закономірності функціонування здорового організму, тих чи інших захворюваннях, заходи їх попередження, способи подолання і профілактики необхідно організовувати не тільки в формі бесід (групових та індивідуальних) до, після або в процесі рухової підготовки, а й у формі окремого теоретичного уроку.

3. Пріоритетними напрямками оптимізації фізичного виховання учнів з порушеннями в стані здоров’я є вирішення таких завдань: розробка відповідних запитам часу оздоровчих програм з фізичної культури для учнів з порушеннями в стані здоров’я; розробка та апробація оздоровчо-реабілітаційних комплексів для груп ЗФП та індивідуальних занять з дітьми, які мають порушення в стані здоров’я; доповнення існуючих фізіологічних критеріїв оптимальної інтенсивності фізичного навантаження відповідними фізіологічними критеріями для дітей даного віку з порушеннями здоров’я; не декларативне, а реальне впровадження системи моніторингу оздоровлення учнів з порушеннями в стані здоров’я засобами фізичної культури.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДОЛОГІЯ Й ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Методи дослідження

Задля вирішення поставлених в дипломній роботі завдань нами були використані загальноприйняті наукові методи та методики.

Теоретичний рівень досліджень (аналіз і синтез, узагальнення, порівняння, індукція та дедукція).

Соціологічні методи дослідження (опитування);

Емпіричний рівень досліджень (педагогічне спостереження, педагогічний експеримент, метод викопіювання медичних карт).

Методи математичної статистики.

**Теоретичні методи дослідження**

Теоретичний аналіз і узагальнення науково-методичної літератури дало можливість визначити загальні теоретичні позиції, виявити ступінь наукової розробленості досліджуваної проблеми, ознайомитися зі станом питання здоров'я, функціональної та фізичної підготовленості школярів закладів загальної середньої освіти віднесених до спеціальної медичної групи. Теоретичні методи (методи-операції) розглядаються (визначаються) за наступними основними мисленнєвими операціями: аналіз і синтез, порівняння, абстрагування та конкретизація, узагальнення, формалізація, індукція та дедукція, ідеалізація, аналогія, моделювання, уявний експеримент [19]. Теоретичні методи дослідження(аналіз і синтез, узагальнення, індукція та дедукція) дозволили:

* сформувати проблемне поле дослідження через детальне вивчення вітчизняних та зарубіжних напрацювань щодо застосування сучасних підходів, програм, технологій, спрямованих на зміцнення здоровя учнівської молоді в процесі фізичного виховання;
* обґрунтувати педагогічні технології у процесі фізичного виховання з урахуванням рівня здоровя ;

узагальнити та обґрунтувати емпірично отримані результати дослідження та сформувати відповідні висновки.

Аналіз та синтез – методи наукового пізнання, які не існують ізольовано один від одного. Аналіз – це уявне або фактичне розкладання цілого педагогічного явища чи процесу на частини [13]. Синтез – це відновлення цілісності педагогічного явища чи процесу, який розглядається, в усьому різноманітті його виявлень. Синтез – не просте підсумовування, а смислове з'єднання [13]. Синтез протилежний аналізу, з яким він нерозривно пов'язаний. Будь-який процес утворення понять ґрунтується на єдності процесів аналізу та синтезу. Емпіричні дані, одержані в тому чи іншому дослідженні, синтезуються під час їх теоретичного узагальнення [13].

У нашому дослідженні методи аналізу та синтезу наукової літератури застосовувалися на початку роботи задля визначення та формування об’єкта, предмета, мети та завдання дослідження, під час проведення констатувального експерименту з метою його корегування та під час підведення підсумків роботи, формулюванні висновків.

У цілому за темою дослідження було опрацьовано 95 літературних джерел.

Згідно з відомими уявленнями, порівняння – це пізнавальна операція, що лежить в основі суджень про подібність або відмінність об’єктів. За допомогою порівняння виявляються кількісні та якісні характеристики об’єктів, здійснюється їх класифікація, упорядкування та оцінка [13]. Дуже важливо, що порівняння – це зіставлення одного з іншим. Водночас важливу роль відіграють підстави або ознаки порівняння, які визначають можливі відносини між об'єктами.

Узагальнення – одна з основних пізнавальних мисленнєвих операцій, що складається з виділення і фіксації відносно стійких, інваріантних властивостей об'єктів і їх відносин. Узагальнення дозволяє відображати властивості і відносини об'єктів незалежно від окремих і випадкових умов їх спостереження. Функція узагальнення полягає в упорядкуванні різноманіття об'єктів, їх класифікації. Узагальнення в педагогічному дослідженні припускає логічний перехід від одиничного до загального, від менш загального до більш загального судження, знання, оцінки. Узагальнення застосовувалося на всіх етапах теоретичного та емпіричного дослідження.

Для формулювання висновків було використано індуктивний і дедуктивний методи. Індукція – це умови від окремих об'єктів, явищ до спільного висновку, від окремих фактів до узагальнень. Дедукція – це умови від загального до окремого, від загальних суджень до окремих висновків [13].

**Емпіричні методи дослідження.** Емпіричне дослідження базується на безпосередній практичній взаємодії дослідника з досліджуваним об'єктом, чого не спостерігається при теоретичному рівні наукового пізнання [54]. Емпіричне дослідження передбачає здійснення реальних спостережень та експериментальну діяльність. Важливу роль відіграють також методи емпіричного опису, які орієнтовані на максимальне очищення від суб’єктивних нашарувань, об’єктивну характеристику досліджуваного явища.

*Метод педагогічного спостереження* використовувався на всіх етапах нашого дослідження для вирішення наступних завдань: уточнення методики дослідження; перевірки результатів анкетування; вивчення характеру і величини фізичного навантаження на заняттях з фізичної культури і більш точного інтерпретування результатів використання інструментальних методик.

Була організована співпраця вчителів фізичної культури і батьків, яка полягала в наступному:

інформування батьків про стан здоровя їхніх дітей після кожного медичного огляду;

надання рекомендацій щодо організації режиму дня;

надання рекомендацій щодо вибору виду спорту;

забезпечення індивідуальними комплексами вправ корегуючої гімнастики для виконання в домашніх умовах;

забезпечення комплексом спеціальних вправ, які рекомендується виконувати в перервах у процесі виконання домашніх завдань із загальноосвітніх предметів.

Таким чином, були створені умови для виконання корегуючої гімнастики під час різних організаційних форм фізичного виховання.

Бесіди проводилися безпосередньо із учителями фізичної культури, учнями ЗСО, з метою отримання інформації про особливості організації процесу фізичного виховання учнівської молоді та визначення шляхів підвищення його ефективності.

*Бесіда* як дослідницький метод дозволила нам глибше пізнати психологічні особливості школярів СМГ, характер і рівень їх знань, інтересів, мотивів, дій і вчинків шляхом аналізу даних.

*Інформаційну базу* дослідження становлять нормативно-правові документи, медична документація, статистичні дані МОЗ України, наукові праці вітчизняних та іноземних авторів, матеріали науково-практичних конференцій.

*Статистичною і фактологічною* основою дослідження є дані внутрішньої звітності шкільного поліклінічного відділення за результатами профілактичних медичних оглядів дітей м. Теребовля та м. Івано-Франківськ, медичні карти школярів, результати медико-соціологічних досліджень (анкетування), показники морфо-функціонального стану, розумової працездатності, фізичної підготовленості, режиму життєдіяльності, рухової активності учнів середнього шкільного віку.

Дослідження **стануздоров’я** школярів проводилися на основі аналізу результатів профілактичних медичних оглядів та вивчення медичної документації: «Медична карта дитини» (форма № 026/о); «Контрольна карта диспансерного спостереження» (форма № 030/у); довідки про захворюваність із тимчасовою втратою працездатності (форма № 095/о або довідка, завірена печаткою лікувальної установи). Захворюваність вивчалася за класами хвороб відповідно до «Міжнародної статистичної класифікації хвороб та споріднених проблем» (МКХ-10) із виділенням груп і нозологічних форм.

Під час комплексної оцінки стану здоров'я школяра враховувалися такі ознаки: а) наявність або відсутність у момент обстеження хронічних хвороб (в тому числі вродженої патології); б) рівень функціонального стану основних систем організму; в) рівень досягнутого фізичного розвитку та його гармонійність; г) резистентність(ступінь опірності організму до шкідливих впливів).

Відповідно до результатів обстежень школярі загальноосвітніх навчальних закладів розподілялися на групи для занять фізичною культурою згідно з «Інструкцією про розподіл учнів на групи для занять на уроках фізичної культури» за № 518/674 від 20.07.09 р. [81] «Про забезпечення медико-педагогічного контролю за фізичним вихованням учнів у загальноосвітніх навчальних закладах» критеріями оцінки здоров'я школярів, які займаються фізичною культурою є [62]:

* показники здоров'я в організованих колективах;
* показники фізичного розвитку;
* показники фізичної підготовленості за руховими тестами.

*Оцінка показників здоров'я*. Найбільш інформативним показником ефективності занять фізичною культурою є підвищення опірності організму учнів, що підтверджується зменшенням числа частоти захворюваності (аналіз захворюваності проводять за медичними картками) [54].

*Оцінка фізичного розвитку* проводилася на основі антропометричних обстежень учнів СМГ (довжина і маса тіла, ЖЄЛ, кистьова динамометрія), ці відомості зіставлялися з даними медичних карт і показниками стандарту фізичного розвитку [54].

*Для визначення функціонального стану серцево-судинної і дихальної системи* вимірювали частоту серцевих скорочень (ЧСС); артеріальний тиск (АТ); частоту дихання (ЧД) [78].

*Педагогічне тестування фізичної підготовленості* використовували з метою визначення рівня рухової підготовленості школярів СМГ. Контрольно-педагогічні випробування були обрані відповідно до вимог Державного освітнього стандарту з фізичної культури до рівня підготовки випускників початкової школи, з рекомендаціями листа Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України від 13.04.2011 р. № 329 «Про затвердження Критеріїв оцінювання навчальних досягнень учнів (вихованців) у системі загальної середньої освіти» [22].

Педагогічний експеримент проводився у формі констатувального.

*Математико-статистична обробка даних* проводилася з допомогою загальноприйнятих методів статистичного аналізу: варіаційна статистика (розраховували середнє арифметичне (М), стандартне відхилення (S), похибку середнього арифметичного (ш)), перевірки гіпотез (достовірність відмінностей визначали за критерієм Стьюдента). В якості критичного рівня значущості при оцінці результатів статистичного аналізу використовувався рівень значущості р < 0,05 [21].

2.2. Організація дослідження

Експериментальне дослідження проводилося на базі опорного навчального закладу «Ласковецька загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів Теребовлянської міської ради Тернопільської області» та кафедри теорії та методики фізичної культури Прикарпатського національного університету імені Василя Стефаника протягом з вересня 2020 року по грудень 2021 року.

На першому етапі (жовтень 2020 р. – грудень 2021 р.) проводився аналіз і узагальнення науково-методичної літератури, документальних матеріалів; вивчався досвід і стан проблеми фізичного виховання школярів СМГ, формулювалися предмет, об'єкт, мета дослідження, його завдання. Визначено послідовність організаційно-педагогічних аспектів роботи вчителя з фізичного виховання щодо залучення учнів віднесених до спеціальної медичної групи до різних видів рухової активності. Підібрано анкети для школярів СМГ.

На другому етапі (лютий 2021 р. – вересень 2021 р.) проводився констатувальний педагогічний експеримент. У проведенні дослідно-експериментальної роботи брали участь школярі спеціальної медичної групи 2 – 4 класів у кількості 32 чоловік (17 хлопчиків, 15 дівчаток) і основної медичної групи у кількості 49 чоловік (27 хлопчиків, 22 дівчинки).

На заняттях з учнями використовувалися традиційні засоби фізичного виховання, передбачені шкільною програмою з фізичного виховання в СМГ [43].

Експеримент супроводжувався моніторингом фізичного розвитку, фізичної підготовленості, функціональних можливостей серцево-судинної і дихальної систем школярів.

На третьому етапі (вересень 2021 – листопад 2021 р.) здійснювалася аналіз та статистична обробка результатів нашого дослідження, були сформульовані теоретичні положення та основні висновки, оформлення дипломної роботи.

РОЗДІЛ 3

ПЕДАГОГІЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ ЗАЛУЧЕННЯ ШКОЛЯРІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ГРУПИ ДО РІЗНИХ ВИДІВ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ

* 1. **Організація різних видів рухової активності у процесі фізичного виховання школярів, віднесених до спеціальних медичних груп**

Провідним методом навчання фізичної культури молодших школярів є ігровий, використання якого, ускладнюється шляхом застосування різноманітних умов проведення занять, запровадження нових видів фізичних вправ з ускладненою структурою рухового акту, збільшенням дозування, підвищенням вимог до чіткості виконання рухового завдання, їх осмислення, прагнення виконати з повною віддачею для отримання більш високого результату. Важливим моментом в організації ігрової діяльності школярів молодшого віку є акцент на ритмічне дихання з посиленням уваги на видих. Вибір рухливих ігор обумовлений їх ритмічним характером, різнобічним впливом на організм [47].

Неодмінною умовою правильної організації фізичного виховання молодших школярів є попередження різних несприятливих впливів на організм дітей. Необхідно постійно мати на увазі незрілість і недостатню стійкість організму дитини до різних сильних впливів. Слід оберігати дитячий організм від впливів, що перевищують можливості протистояти їм і викликають різні перенапруги. Такі перенапруги гальмують розвиток дитини. Перш за все, важливо уникати фізичних вправ, які не відповідають віку дитини та її фізичній підготовленості: неправильних поз, надмірно великих навантажень на хребет, тривалих односторонніх напруг м'язів тулуба, перенапруги зв’язково-суглобового апарату, завищених навантажень на серцево-судинну систему при бігу, стрибках, спортивних іграх, тривалих м'язових зусиль з натужуванням [1; 10; 13].

Біологічно цей вік призначений для підвищення ігрової рухової активності. Дотримання рекомендованого гігієнічними нормами рухового режиму – необхідна умова збереження і зміцнення здоров'я дітей. Зміцнення здоров'я і загартовування досягається головно в результаті стимуляції життєдіяльності організму засобами фізичних вправ і пристосування його до несприятливих впливів зовнішнього середовища; покращення фізичного розвитку здійснюється різнобічним впливом на всі органи та системи організму за допомогою можливих фізичних вправ, шляхом виправлення

*Таблиця 3.1*

**Середні значення показників фізичного розвитку   
дітей 7–10 років,**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показники | Статистичні характеристики | СМГ | Вік, років | Основна група | Вік, років |
| 9 років  n♂=8  n♀=12 | 10 років  n♂=9  n♀=13 | 9 років  n♂=13  n♀=16 | 10 років  n♂=14  n♀=16 |
| ДТ, см | ♂ | 133,1±10,96 | 136,2±10,83 | 135,3±5,38 | 138,0±3,57 |
| ♀ | 126,9±10,67 | 135,2±10,68 | 137,0±4,76 | 139,0±6,68 |
| МТ, кг | ♂ | 31,6±10,77 | 38,1±10,42 | 31,7±4,64 | 36,3±6,59 |
| ♀ | 26,9±10,59 | 31,4±10,82 | 29,8±5,37 | 31,7±3,63 |
| ОГК, см | ♂ | 67,5±2,78 | 68,9±3,45 | 69,8±2,55 | 71,9±4,12 |
| ♀ | 62,2±3,24 | 65,5±3,05 | 66,0±4,23 | 67,5±3,21 |
| ІК,  г·см-1 | ♂ | 237,4±25,35 | 279,7±36,18 | 234,0±31,44 | 262,8±44,12 |
| ♀ | 211,9±21,32 | 232,2±19,25 | 217,6±32,75 | 227,1±22,46 |
| ЖІ, мл·кг-1 | ♂ | 45,4±7,51 | 50,1±4,62 | 47,9±9,21 | 43,4±6,10 |
| ♀ | 42,8±3,23 | 44,8±3,81 | 45,8±5,51 | 45,5±4,89 |
| СІ, % | ♂ | 41,5±7,56 | 39,1±6,52 | 47,2±11,78 | 51,8±8,34 |
| ♀ | 34,1±3,25 | 39,2±5,40 | 36,6±6,14 | 42,1±7,60 |
| ЧСС, уд/хв | ♂ | 91,8±11,17 | 94,2±11,72 | 83,4±10,95 | 84,8±11,31 |
| ♀ | 91,6±11,07 | 92,0±1,30 | 79,4±11,49 | 78,2±11,97 |
| ЧД, акт/хв | ♂ | 20,5±2,50 | 21,0±2,58 | 17,3±2,30 | 17,9±3,38 |
| ♀ | 20,3±2,45 | 19,5±3,34 | 17,2±2,29 | 16,9±3,18 |

індивідуальних відхилень від нормального фізичного розвитку, виявлених систематичними обстеженнями учнів [8; 18; 19; 28; 39].

Ми порівняли отримані показники фізичного розвитку, функціонального стану та фізичної підготовленості учнів СМГ із середніми значеннями стандартів морфофункціонального розвитку і фізичної підготовленості школярів основної групи. Статистичні значення показників фізичного розвитку дітей 7–10-ти років СМГ та основної групи подані в табл. 3.1.

Порівняльний аналіз даних показав, що в основному за всіма показниками фізичного розвитку, а також ЖЄЛ школярі СМГ 9–10-ти років відстають від своїх здорових однолітків. Довжина і маса тіла, ОГК молодших школярів спеціальної медичної групи знаходиться в межах вікових норм. Проте слід відзначити значно нижчі значення цих показників у дівчат СМГ.

У хлопчиків СМГ значення індексу Кетле були на 1,45–1,81 % нижчими, ніж у хлопчиків основної групи, а у дівчаток навпаки – на 2,62 % більшими за такий у дівчаток основної групи.

Частота дихання у школярів СМГ у середньому на 18,02–18,50 % більша, ніж у учнів основної групи, і дещо вища за показники вікової норми (~20 раз/хв. проти 17 раз / хв).

Більш значні зміни спостерігалися у значеннях показників ЖІ і ЧСС. Так, середні значення ЖІ у школярів СМГ були на 5,22 % у хлопчиків та 6,55 % у дівчаток меншими за відповідні в основній групі.

ЧСС у школярів СМГ була на 10,07 % у хлопчиків та на 15,37 % у дівчаток більшою, ніж у представників основної групи.

Аналогічна тенденція спостерігалася і для показників кистьової динамометрії, де у хлопчиків вони були нижчими, ніж в основній групі, у середньому на 12,08 %, у дівчаток – на 6,83 %.

Порівняльний аналіз результатів визначення фізичного розвитку і функціонального стану організму школярів СМГ і основної групи показав, що перші мають уже у початковій школі значно нижчі значення всіх показників, за винятком ДТ і МТ у хлопчиків.

Таким чином, проблема оздоровчої спрямованості фізичного виховання учнів молодших класів загальноосвітніх шкіл залишається надзвичайно актуальною і потребує подальшої теоретико-методологічної розробки, а тому знайшла своє відображення в наукових працях багатьох дослідників. Разом з тим, аналіз наукової літератури свідчить про недостатнє теоретичне осмислення і методичне забезпечення процесу фізичного виховання молодших школярів, що мають відхилення в стані здоров'я. У доступних нам літературних джерелах незаслужено мало приділяється уваги фізичному вихованню учнів початкової школи, віднесених до СМГ. Безсумнівно, дослідження в цій області мають велике науково-практичне значення, але практично всі вони носять вузько спрямований віковий характер у межах однієї певної нозології.

Докладний аналіз існуючої системи фізичного виховання молодших школярів спеціальної медичної групи, дала в результаті проведених досліджень І.Р. Боднар [12]. Вона вважає, що «існуюча система фізичного виховання молодших школярів, віднесених за станом здоров'я до СМГ, дисгармонійна, у багатьох аспектах афізіологічна, характеризується суперечливістю проективних, змістовних, процесуальних та обліково-контрольних установок». Подібна картина, на її думку, пояснюється тим, що в ході фізичного виховання цієї категорії учнів не враховуються важливі завдання пріоритетних національних проектів, робочі програми розроблені без урахування наукових даних про вікові особливості і сенситивні періоди розвитку фізичного потенціалу учнів молодших класів, ігнорується необхідність акцентованого виховання витривалості, сили постуральних м'язів і координаційних здібностей, що значною мірою знижує оздоровчий ефект шкільного фізичного виховання. Для підвищення результативності навчально-виховного процесу фізичного виховання учнів, віднесених за станом здоров'я до СМГ, автор пропонує: модернізувати проектні установки про корекцію функціональних порушень ОРА та рухову реабілітацію основного захворювання; виключити з програм травмонебезпечні вправи; акцентувати увагу на вправах для розвитку сили постуральних м'язів; використовувати в навчально-виховному процесі вузькоспеціалізовані засоби для рухової реабілітації індивідуальних захворювань учнів; враховувати технологічні особливості процесу фізичної підготовки дітей СМГ; дбайливо ставитися до дітей в ході контролю їх досягнень.

Одним з важливих педагогічних умов оптимізації ФВ молодших школярів, що мають відхилення в стані здоров'я, є формування спеціальних медичних груп за віковим принципом. Ґрунтуючись на багаторічному досвіді роботи, проведені дослідження в цій області ми прийшли до висновку, що такий підхід видається найефективнішим і найбільш прийнятним. За нашими даними, тепер в загальноосвітніх установах функціонує в середньому від двох до чотирьох СМГ. Якщо здійснювати розподіл учнів в групи за клінічним діагнозом, то займатися фізичною культурою одночасно будуть учні з 1-го по 11-й класи. Це для вчителя викликає певні труднощі в організації заняття (так як кількість уроків в день у цих дітей різна), у виборі засобів і методів уроку, так як вимоги до якості освоєння програмного матеріалу в різних вікових групах істотно різниться, тому була запропоновано поділ школярів, віднесених за станом здоров'я до СМГ на такі вікові групи: 1–4, 5–8, 9–11 класи. При наявності більшої кількості дітей, зарахованих до СМГ, їх об'єднують у більш вузькі вікові групи (1–2-і, 3–4-ті класи і т.п.). На наш погляд, такий підхід є найбільш оптимальним як в організаційно-методичному, так і в соціально-психологічному плані. Обов'язковою умовою розробленої моделі стало збільшення кількості занять фізичними вправами в тижневому руховому режимі молодших школярів до оптимального.

Система організаційних форм занять (рис. 3.1) включала в себе: два уроки за розкладом СМГ (40 хв); одне позаурочне тренувальне заняття (40 хв); відвідування двох планових уроків ФК з основною групою, де учні виконують роль помічника вчителя, а також вправи коригувальної і дихальної гімнастики, комплекси ЛФК, які містять не протипоказані рухові дії, комплекси ранкової гігієнічної гімнастики та інші позаурочні форми занять у режимі дня школяра.

Однією з основних форм занять СМГ є уроки фізичної культури, зміст яких планується у відповідності до спеціальної програми. Вони характеризуються строго встановленим обсягом навчальної роботи і порядком її виконання в рамках певного часу. Для кожного завдання, в свою чергу, розробляються конкретні просторові, силові та часові параметри. В обов'язки вчителя входить забезпечення санітарно-гігієнічних і профілактичних заходів щодо попередження травматизму. Пропонують урочні заняття двох видів: практичні та теоретико-методичні. Зміст теоретико-методичних уроків визначається навчальною програмою [43].

Структура практичного уроку в СМГ в основному не відрізняється від звичайних занять з фізичної культури, але має ряд принципово важливих особливостей.

Певні заняття будуються за загальноприйнятою схемою і складаються з трьох частин: підготовчої, основної та заключної.

Підготовча частина уроку (до 15 хвилин) необхідна для початкової організації школярів, психічної та функціональної підготовки організму до майбутньої основної роботи.

Рис. 3.1. Форми занять фізичною культурою в спеціальній медичній групі

**Форми організації занять з фізичної культури у СМГ**

**Основні**

**Додаткові**

**Основні ознаки**

Оздоровче тренування

Урок

*Малі*

*Великі*

Ранкова гігієнічна гімнастика

Рухливі ігри

Динамічна пауза

Прогулянки

Домашнє завдання

Плавання

Проведення відповідно до програми і розкладу

Педагогічне керівництво

Чітка структура

Обов’язкове відвідування

Педагогічний і медичний контроль

Тестування

Оцінювання діяльності учнів

Різний зміст і тривалість

Катання з гірки, на санках, лижах, коньках

Спрямованість на розв’язування конкретних завдань

Походи

Відсутність чіткої структури

Дні здоров’я

Спортивно-масові заходи, свята

Екскурсії на природу

Добровільність занять

У цій частині уроку виявляють хворих і відсутніх, визначають ЧСС, заповнюють щоденник самоконтролю. Сюди повинні увійти такі елементи, як побудова, пояснення завдань уроку, ходьба в різному темпі і напрямках, комплекс дихальних вправ, вправи з набивними м'ячами, вправи на гімнастичній лаві, різні комплекси загальнорозвивальних вправ (ЗРП), біг у повільному темпі чи ходьба. У цій частині уроку не слід використовувати багато нових вправ і вправ підвищеної інтенсивності. Фізичне навантаження підвищується поступово, шляхом включення в роботу все більшої і більшої кількості м'язових груп і збільшення кількості повторення кожної вправи; застосовуються такі вправи, які забезпечують підготовку всіх органів систем до виконання основної частини уроку.

Підготовча частина складається із загальної і спеціальної розминок. Загальна розминка проводиться з метою активізації функціональних систем організму для виконання подальших фізичної роботи під час заняття. Як засоби загальної розминки використовують добре вивчені раніше вправи локального і загального впливу. Найчастіше це гімнастичні вправи без предметів і з предметами, що дозволяють вибірково і цілеспрямовано впливати на різні м'язові групи, а також циклічні і деякі комбіновані вправи (наприклад, ходьба і біг, комбіновані з маховими, обертальними, стрибковими й іншими рухами). При виконанні цих вправ можна чітко регламентувати навантаження.

Вправи загальної розминки необхідно виконувати в певній послідовності, спочатку без предметів, потім з предметами. Можна використовувати танцювальні вправи.

Спеціальна розминка – особливий розділ підготовчої частини уроку. Її мета – підготовка організму до виконання специфічних завдань уроку. Головними засобами спеціальної розминки є підготовчі вправи, які будуть розучуватися в основній частині уроку.

Основна частина уроку забезпечує вирішення завдань загального розвитку організму, формування правильної постави, навчання техніці рухових дій, виховання фізичних і особистісно-вольових якостей. На це відводиться до 20 хвилин заняття. Як засоби застосовують загальнорозвивальні та спеціальні вправи, які сприяють підвищенню рівня фізичної підготовленості школярів. В основній частині уроку учні опановують основними руховими навичками, отримують певне для них оптимальне фізичне навантаження (залежно від тяжкості захворювання), відчувають емоційну напругу. Підбір вправ у цій частині уроку передбачає вирішення низки завдань: оволодіння найпростішими руховими навичками; різнобічний розвиток (у межах можливості школяра) основних фізичних якостей; лікувально-профілактичних завдань (комплекси ЛФК) відповідно до індивідуальних медичних показань. Велика увага приділяється розвитку гнучкості і моторно-координаційних якостей. З цією метою застосовують біг (відрізки по 20–30 метрів), що чергуються з прискореною ходьбою, метання, рухливі ігри, естафети, вправи на рівновагу.

Ефективності основної частини можна домогтися, дотримуючись наступної послідовності вправ: складні щодо координації; вправи на розвиток швидкості; вправи на розвиток гнучкості; вправи на силу або на витривалість.

Завершує основну частину виконання комплексів ЛФК протягом 5–7 хв.

Заключна частина уроку, призначена для поступового зниження навантаження на організм і організованого закінчення заняття. Ця частина уроку сприяє відновленню сил і усуненню втоми організму після фізичних навантажень. У ній необхідно підвести підсумки занять. У заключній частині уроку рекомендується застосовувати відновлювальні вправи (вправи на розслаблення м'язів, на концентрацію уваги, ходьбу в спокійному темпі з виконанням дихальних і загальнорозвиваючих вправ, спокійні танцювальні кроки), вправи на формування правильної постави. Крім того, передбачається час на заповнення щоденника самоконтролю і пояснення домашнього завдання з демонстрацією та подальшим виконанням учнями. Тривалість заключної частини уроку залежить від організації занять і від індивідуальних особливостей організму школярів. Рекомендується відводити на неї не більше 5–7 хвилин.

Ще однією важливою за значимістю основною організаційною формою навчальної роботи в умовах школи є оздоровче тренувальне заняття (1 раз в тиждень, 40 хв), на якому учні опановують власне елементами обраного шляхом опитування та анкетування виду спорту. Додатково застосовувалися різні засоби ігрової діяльності, вправи, спрямовані на розвиток певних м'язових груп, дихальна гімнастика і техніко-тактичні дії. Структура тренувального заняття не відрізнялася від урочної (підготовча частина – 15 хв, основна – 20 хв, заключна – 5 хв). Таке заняття передбачене штатним розписом кожного освітнього шкільного закладу і не регламентоване розкладом і навчальним навантаженням.

Для відновлення втраченого здоров'я дітей у результаті хвороб і адаптації цих дітей до життя необхідно використовувати всі засоби, методи і форми фізичного виховання. Не слід обмежуватися тільки уроками з фізичної культури. Руховий режим школярів з ослабленим здоров'ям можна розширити за рахунок додаткового впливу організованих фізичних вправ у процесі навчання. Додаткові форми занять в режимі дня ще більш активізують рухову активність учнів, віднесених за станом здоров'я до СМГ.

Додаткові форми занять відрізняються більшою розмаїтістю, спрямованістю, тривалістю і змістом. До них ми відносимо: ранкову гігієнічну гімнастику; динамічні паузи; домашні завдання; самостійні заняття фізичними вправами; рухливі ігри; прогулянки; плавання в басейні; катання з гірки, на санках, лижах і ковзанах; походи; дні здоров'я; спортивні свята і змагання; екскурсії на природу.

Представлені додаткові форми занять фізичними вправами в залежності від поставлених завдань мають різну тривалість, неоднорідний вибір фізичних вправ при різному дозуванні. Заняття не мають чіткої структури; вимагають значної самостійності; характер і вид фізичного навантаження обумовлюється конкретним захворюванням; ефективність їх використання значною мірою визначається зацікавленістю школярів і їх батьків у відновленні здоров'я або поліпшення функціонального стану.

Додаткові форми організації занять разом з уроком фізичної культури і тренувальним заняттям при їхньому раціональному використанні: забезпечують необхідний обсяг рухової активності, дозволяють підбирати системи спрямованих фізичних вправ, урізноманітнити умови проведення занять. Більш доцільно використовувати природні сили природи з їх гартувальним ефектом. Систематичне виконання ранкової гімнастики спільно або під керівництвом батьків (ігровим методом) дозволяє формувати стійку звичку щоденного виконання спеціального комплексу фізичних вправ цільової спрямованості,

За допомогою динамічної паузи (3–4 вправи) досягається зміна видів діяльності, активний відпочинок, підвищення психоемоційного стану. Самостійне виконання фізичних вправ має основною метою відпрацювання рухових дій, освоєних на уроці під керівництвом вчителя. Доведені до досконалості, вони мають позитивний ефект, забезпечуючи задоволення і м'язову радість від посильного різноманітного фізичного навантаження. Такі цілі переслідує і домашнє завдання, однак його зміст значно ширший, і включає, поряд з руховими діями, теоретико-методичну підготовку.

Рухливі ігри, відрізняючись більшою розмаїтістю, характером м'язового навантаження, емоційністю, вимагають від школярів самостійності, особистої творчої ініціативи; вміння і готовності підкорятися дисципліні і встановленим правилам, що в сукупності дає не тільки значний виховний ефект, але і дозволяє в невимушеній атмосфері легко справлятися з фізичними навантаженнями, передбаченими характером захворювань.

Гра включає в свій зміст терапевтичну функцію, що має велике значення для організації фізичного виховання школярів, що мають відхилення в стані здоров'я. Ігрова терапія, на думку [20; 36; 41; 64], заснована на тому положенні, що допомагає використовувати прийоми зняття внутрішнього конфлікту, психологічного дискомфорту, невропатичного стану, забезпечити особистісний ріст і розвиток.

Головне призначення ігор – це розвиток дитини, корекція того, що в ній закладено. На думку низки вчених, при плануванні змісту фізичного виховання молодших школярів перевагу повинні мати рухливі ігри, які різносторонньо діють на організм і мають виражений тренувальний ефект, оскільки фізичні навантаження, що не викликають напруги фізіологічних функцій і не забезпечують тренувального ефекту, не мають достатнього оздоровчого ефекту [50].

Рухливі ігри, застосовуються в навчально-виховному процесі молодших школярів, включають в свій зміст різноманітні рухові дії: ходьбу, біг, стрибки, метання, кидки і ловлю м'ячів, елементи спортивних ігор, гімнастичних вправ і ін.

Оздоровча спрямованість прогулянки обумовлена поєднанням природної локомоції – ходьби з використанням свіжого повітря і сонячних променів. Оздоровча значимість ходьби забезпечується її впливом на всі великі групи м'язів і вдосконаленням вегетативних систем. Ходьба легко дозується, має багато різновидів, виконується в різних умовах, легко поєднується з задоволенням пізнавальних інтересів молодших школярів, що робить прогулянки цікавими, емоційно і естетично привабливими.

Оздоровчий вплив фізичної культури полягає в методично правильному співвідношенні застосовуваних засобів на основі чітко дозованого і вміло регульованого навантаження.

Регулярні і правильно дозовані фізичні вправи розширюють функціональні та адаптаційні можливості серцево-судинної, дихальної та інших систем, призводять до підвищення швидкості окисно-відновних процесів, сприяють загальній пристосовності організму до несприятливих умов зовнішнього середовища [10].

Труднощі у виборі оптимальних фізичних навантажень для учнів СМГ полягають у тому, що школярі СМГ мають різні функціональні можливості кардіореспіраторної системи, яка лімітує фізичну можливість організму, і різний рівень фізичної підготовленості. Необхідний індивідуально диференційований підхід у визначенні змісту та навантажень навчальних занять зі школярами, що мають відхилення в стані здоров'я. Дозування фізичного навантаження в цьому випадку є необхідною умовою правильної побудови занять з фізичного виховання [5; 13].

На думку вчених [13; 28; 35; 45] фізіологічна напруженість уроку повинна відповідати його оздоровчій та загальнозміцнювальній спрямованості. При дозуванні навантаження необхідно враховувати не тільки об’єм, але й інтенсивність. Рухові режими при частоті пульсу 130–150 уд/хв оптимальні для кардіореспіраторної системи в умовах аеробного енергозабезпечення та дають хороший тренувальний ефект. Якщо врахувати, що більшість учнів схильні до гіпоксії та слабкої пристосовності до м'язової роботи недоцільно застосовувати рухові режими при середній частоті пульсу 150 уд/хв. Режими фізичних навантажень при частоті пульсу 150–170 уд/хв є перехідним кордоном від аеробного до анаеробного енергетичного забезпечення. Їх небажано допускати у школярів молодших класів.

Контроль за впливом фізичних навантажень на організм школярів здійснюється на уроці фізичної культури за зміною ЧСС, ступенем почервоніння шкіри обличчя, пітливістю, задишкою, координацією рухів, загальним самопочуттям. Автори [51; 52] запропонували розділи річний макроцикл на два періоди: підготовчий та основний.

Підготовчий період розрахований на два місяці. У цей період переважна увага приділяється вирішенню оздоровчих завдань із застосуванням дозованих за об’ємом та інтенсивністю фізичних вправ, підібраних з урахуванням віку, фізичної підготовленості і стану здоров'я учнів. Основними завданнями фізичного виховання в цей період є поступове підвищення адаптації серцево-судинної системи до фізичних навантажень; навчання раціональному диханню; виховання правильної постави. Для вирішення цих завдань використовуються такі засоби фізичного виховання: стройові вправи; загальнорозвивальні вправи з гімнастичним інвентарем (палицями, прапорцями, обручами, гумовими м'ячами і ін.); дозована ходьба з різними рухами рук; біг у повільному темпі, що чергується з ходьбою; кидки і метання м'яча в ціль; стрибки в довжину з місця; стрибки через скакалку; вправи біля гімнастичної стінки і на гімнастичній лаві з утриманням вантажу (кубики, подушечки, мішечки з піском) на голові; дихальні рухи з різними рухами рук; малорухливі ігри.

Основний період проведення занять з фізичної культури розрахований на сім місяців. Основними завданнями цього періоду є поступове підвищення рівня тренованості організму учнів; підвищення фізіологічної активності органів і систем органів, ослаблених хворобою; освоєння спеціальних рухових умінь і навичок, рекомендованих для учнів СМГ; поступовий розвиток координаційних якостей. В основному періоді поступово підвищуються об’єм, темп, інтенсивність виконуваних вправ. Це досягається використанням більш інтенсивних фізичних навантажень і збільшенням числа повторень фізичних вправ. Для вирішення поставлених завдань використовуються такі засоби фізичного виховання: загальнорозвивальні вправи з набивними м'ячами; стрибки зі скакалкою; метання великих і малих м'ячів на дальність і в ціль; прості і змішані виси та упори на гімнастичних снарядах; рухливі ігри з елементами бігу, стрибків, метань; вправи на збереження рівноваги на зменшеній площі опори; спортивні ігри за спрощеними і основним правилами; дозований біг і ходьба; дихальні вправи, вправи на поставу.

Що стосується оптимізації рухового режиму, що є важливою ланкою у формуванні фізичної культури молодшого школяра, особливу увагу необхідно приділити раціональному плануванню фізичних навантажень різної інтенсивності в режимі дня.

Обов'язковою умовою уроку з фізичної культури в СМГ є включення комплексів ЛФК, що виконуються в кінці основної частини протягом 5–7 хв. Вправи ЛФК є індивідуальними для кожного учня, залежно від нозології та фізичної підготовленості школяра.

Комплекси ЛФК виконують не тільки лікувально-профілактичну, але і лікувально-виховну функцію [46]. Виконання комплексів ЛФК виховує у школярів свідоме ставлення до використання фізичних вправ, прищеплює їм гігієнічні навички, передбачає участь у регулюванні свого загального режиму і, зокрема, режиму рухів, виховує правильне ставлення до загартовування організму природними факторами. При складанні комплексів ЛФК враховуються здатності різних фізичних вправ вибірково впливати на різні функції організму, що дуже важливо при врахуванні патологічних проявів в окремих системах і органах.

Інші науковці [53; 70] запропонували залежно від тяжкості і характеру захворювання учнів, віднесених до СМГ, розділяти на підгрупи – А і Б, з метою більш диференційованого підходу до призначення рухових режимів.

Підгрупа А – школярі, які мають відхилення в стані здоров'я оборотного характеру, ослаблені різними захворюваннями; таких дітей більшість.

Підгрупа Б – школярі, які мають важкі, незворотні зміни в діяльності органів і систем (органічні ураження серцево-судинної, сечовидільної системи, печінки; високий ступінь порушення корекції зору зі зміною очного дна і ін.).

У підгрупі А фізичні навантаження поступово збільшуються за інтенсивністю та об’ємом – відповідно до адаптаційних і функціональних можливостей організму. Рухові режими рекомендовано виконувати при ЧСС 120–130 уд/хв на початку навчального року, поступово збільшуючи інтенсивність фізичних навантажень в основній частині уроку і ЧСС до 140–150 уд/хв до його кінця.

Рухові режими при частоті пульсу 130–150 уд/хв є оптимальними для кардіореспіраторної системи в умовах аеробного дихання і мають хороший тренувальний ефект.

З огляду на, що більшість дітей в спеціальній медичній групі страждають гіпоксією і неадекватні до інтенсивних фізичних навантажень, рухові режими при ЧСС більше 150 уд/хв недоцільні.

Особливу роль в оптимізації фізичного виховання молодших школярів СМГ відіграє знання та облік медико-педагогічних показань і протипоказань при підборі засобів і методів фізичної культури.

У підгрупі Б рухові режими виконуються при ЧСС не більше 120–130 уд /хв протягом всього навчального року, так як, за даними фізіологів, при цій ЧСС вони сприяють гармонійній діяльності серцево-судинної, дихальної та нервової систем, опорно-рухового апарату та інших органів і систем організму: збільшується хвилинний об’єм крові (за рахунок систолічного об'єму), поліпшується зовнішнє і тканинне дихання. При таких рухових режимах формуються життєво необхідні навички та вміння, не висуваючи до ослабленого організму підвищених вимог [15].

У однозмінних школах заняття груп здоров'я плануються після уроків, в двозмінних – між змінами для молодшої та середньої вікових груп, а для старших школярів – після закінчення уроків другої зміни. Заняття проводяться два рази на тиждень у позаурочний час. Учні, які займаються в СМГ відвідують уроки фізичної культури, беруть участь у підготовчій і заключній частинах, а під час основної частини виконують вправи, дозволені на заняттях у СМГ.

У своїй роботі вчителі фізичної культури використовують такі форми лікарсько-педагогічного контролю в СМГ:

* визначення фізичного розвитку та функціонального стану і фізичної підготовленості школярів;
* оцінка успішності школярів;
* індивідуальна карта школярів;
* самоконтроль з веденням щоденника;
* педагогічні спостереження (пульсометрія, хронометраж, аналіз уроку).

Індивідуальна карта є досить ефективною формою контролю. Індивідуальні карти на кожного школяра в СМГ заповнюються на підставі бесіди з медичним працівником школи, з самим учнем і на підставі вивчення медичних карт.

Крім контролю важливо школярів навчити методам самоконтролю як на уроках і позаурочний час. Основним змістом самоконтролю є оцінка доступними методами суб'єктивних (самопочуття, сон, апетит, настрій і ін.) і об'єктивних (маса і довжина тіла, працездатність, частота серцевих скорочень, артеріальний тиск, частота дихання та ін.) показників [24].

Одним з найбільш важливих суб'єктивних показників самоконтролю є самопочуття, яке є досить інформативним показником правильності дозування фізичних навантажень. Самопочуття можна охарактеризувати як хороше, задовільне або погане. Іншим суб'єктивним показником самоконтролю є настрій, який тісно пов'язаний із самопочуттям. Важливим суб'єктивним показником самоконтролю є сон, який є ефективним засобом відновлення як розумової, так і фізичної працездатності. Для молодших школярів тривалість сну становить 10–11 годин. Сон буває хороший (нормальний), задовільний, поганий. До суб’єктивних показників самоконтролю відноситься також апетит, який буває хороший (нормальний), задовільний, поганий і больові відчуття. Поряд з перерахованими вище до розряду суб'єктивних показників самоконтролю можна віднести бажання займатися фізичними вправами.

До об'єктивних показників самоконтролю відносяться маса тіла, життєва ємність легень (ЖЄЛ), частота серцевих скорочень (ЧСС), артеріальний тиск (АТ), результати різних функціональних проб та ін.

Всі показники самостійного спостереження за зміною стану свого здоров'я в процесі виконання фізичних вправ і в результаті життєдіяльності фіксують у щоденнику самоконтролю.

Забезпечення зв'язку сім'ї і школи є умовою ефективності фізичного виховання молодших школярів СМГ, оскільки зусиль однієї зі сторін без підтримки іншої недостатньо. Педагогічний колектив школи повинен знаходитися в постійному контакті з батьками дітей, що мають різні відхилення в стані здоров'я, проводити інформаційно-роз'яснювальну, пропагандистську й інструктивно-методичну роботу.

З цієї метою використовують такі організаційні форми і прийоми:

* обговорення на педагогічній раді труднощів і проблем, що виникають при організації та проведенні занять у СМГ; доведення до всього колективу результатів роботи зі школярами, що мають відхилення в стані здоров'я;
* проведення семінарів для батьків (один раз на місяць) з питань медико-педагогічного та соціально-психологічного забезпечення освітнього процесу, а також з певної тематики з обов'язковою участю працівників медичної та психологічної служби;
* проведення спільних обговорень з батьками завдань з надання додаткової допомоги дітям з негативною динамікою основного захворювання;
* організація і проведення спільних спортивно-оздоровчих заходів і свят за безпосередньої участі педагогів, дітей та їх батьків;
* самостійні завдання для виконання учнями засвоєних у школі фізичних вправ в домашніх умовах під контролем батьків.

**3.2 Характеристика змісту і особливостей фізичного виховання школярів спеціальної медичної групи**

На практиці існує декілька підходів щодо організації уроків фізичної культури з учнями СМГ. Зокрема: звільнення учнів СМГ від виконання фізичних навантажень на уроці фізичної культури; при невеликій кількості школярів з відхиленнями в стані здоров’я в одній школі допускають практику сумісних занять учнів СМГ разом з дітьми основної та підготовчої медичних груп на основному уроці з фізичної культури; спільні заняття учнів СМГ з учнями підготовчої медичної групи під керівництвом одного вчителя; заняття учнів СМГ, що проводяться окремою підгрупою за розкладом уроку основної медичної групи; учителі визнають такий спосіб організації вигідним для дітей і батьків дітей СМГ; заняття учнів СМГ на уроках фізичної культури, що проводяться в позаурочний час; учителі вважають цей спосіб організації найпридатнішим для дітей СМГ; доцільно об’єднувати дітей за віковим принципом з кількох близько розташованих одна біля одної шкіл способом “кущування”; організаційно і методично це більш правильно і доцільно, проте цей спосіб організації навчального процесу не отримав поширення на практиці; школярі СМГ навчаються в окремих класах.

Для залучення дітей до систематичних занять з фізичного виховання в СМГ необхідно комплексне дослідження традиційних і нетрадиційних засобів і методів фізичної культури, адекватних стану здоров'я, рівню фізичної підготовленості, інтересам, потребам і індивідуальним особливостям школярів.

Це і визначає зміст фізичного виховання школярів, віднесених до СМГ. Одним з провідних компонентів ФВ є постановка загальнопедагогічних і специфічних завдань фізичного виховання. Провідні фахівці в області теорії і методики фізичного виховання виділяють три основні групи завдань: освітні, оздоровчі та виховні [2; 4; 9; 15].

Специфічні завдання, характерні для фізичного виховання молодших школярів СМГ, спираючись на загально педагогічні завдання навчання, набувають деяких особливостей і істотно доповнюються корекційно-розвивальними (формування навичок регулювання м'язового навантаження і оптимального дозування при виконанні фізичних вправ), лікувально-профілактичними (підвищення захисних сил організму).

Орієнтуючись на провідні функції фізичного виховання учнів 1–11-х класів (пізнавальну, виховну, розвивальну і оздоровчу), ми конкретизуємо головні функції за ступенями навчання. Так, головною функцією першого ступеня (1–4-ті класи) є введення учнів у світ фізичної культури за допомогою формування в них «школи» рухів, початкового рівня таких рухових здібностей, як спритність, координація рухів і, по можливості (враховуючи діагноз захворювання), швидкість, гнучкість.

Виходячи з цієї функції, до основних цілей фізичного виховання в спеціальних медичних групах ми відносимо:

* озброєння учнів теоретичними знаннями в галузі фізичної культури, анатомії, фізіології, гігієни; запобігання травматизму;
* формування «школи» рухів і основних рухових здібностей на заняттях гімнастики, легкої атлетики, лижної підготовки, плавання (за наявності умов) і під час проведення рухливих ігор;
* використання різноманітних засобів фізичної культури, що сприяє зміцненню здоров’я та фізичного розвитку учнів, поліпшує їх стан з урахуванням діагнозу хвороби;
* навчання учнів здійснювати самоконтроль за власним станом здоров’я за допомогою пульсу, змін зовнішнього вигляду та фізичного стану (кольору шкіри, пітливості, дихання тощо);
* ознайомлення з методами усунення можливих функціональних змін в організмі під впливом хвороби (формування постави, загартування, різновиди дихання тощо);
* вивчення реакції організму учнів на різні навантаження за допомогою вимірювання пульсу та артеріального тиску.

Орієнтуючись на основні цілі, пропонуємо під час занять вирішувати такі освітні завдання:

* забезпечити певний обсяг елементарних уявлень учнів про лікувальну фізичну культуру, її складові, особливості і засоби реалізації;
* навчити учнів виконувати організовуючі і стройові вправи;
* сформувати в учнів уміння виконувати різноманітні комплекси загальнорозвивальних вправ із предметами та без предметів, із застосуванням різного обладнання;
* вивчити з учнями спеціальні, підготовчі й основні вправи з різних розділів програми для учнів спеціальної медичної групи;
* розвивати певні фізичні здібності з урахуванням діагнозу захворювання;
* озброїти знаннями про основні способи здійснення самоконтролю;
* оцінювати техніку виконання фізичних вправ, дозволених учням у відповідності з діагнозом захворювання.

Вирішення цих завдань здійснюється в цілісному освітньому процесі, що поєднує в собі не тільки уроки фізичної культури, як основну форму організації навчальної діяльності учнів, але й спортивно-оздоровчі заходи в режимі навчального дня.

Зміст освіти забезпечує широкий спектр ознайомлення учнів з різноманітністю форм фізичної культури для вільного вибору. На цій основі формується установка на активне долучення особистості до фізичної культури.

Матеріал програми дається в наступних розділах:

* основи знань про фізичну культуру;
* способи моторної діяльності;
* фізичне вдосконалення: оздоровча та коригувальна гімнастика; загальна фізична підготовка; загальнорозвивальні вправи для розвитку основних фізичних якостей; спеціальна підготовка;
* домашнє завдання;
* вимоги до якості освоєння програмного матеріалу.

Розподіл програмного матеріалу за розділами на навчальний рік (70 годин) представлений в табл. 3.1.

Проаналізувавши розділи програм з фізичної культури для учнів молодших класів, віднесених до СМГ, ми визначили структуру і зміст теоретичних відомостей (основ знань) для цієї категорії школярів, які об'єднали в чотири основні блоки: соціально-психологічні основи; культурно-історичні основи; медико-біологічні основи; теоретико-методичні основи.

Таблиця 3.2.1

**Умовний розподіл навчальних годин за темами для учнів 1–4 класів спеціальної медичної групи**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Програмовий навчальний матеріал | Клас | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Знання теоретичного компоненту спецмедгрупи | На всіх заняттях | | | |
| 2 | Легка атлетика | 18 | 18 | 18 | 18 |
| 3 | Гімнастика | 20 | 16 | 16 | 16 |
| 4 | Елементи спортивних ігор (баскетбол, гандбол, волейбол, обмежено футбол, інші на вибір) | 10 | 14 | 11 | 12 |
| 5 | Лижна (ковзанярська) підготовка, розваги | 4 | 4 | 5 | 5 |
| 6 | Рухливі та народні ігри | 10 | 10 | 10 | 9 |
| 7 | Плавання | 8 | 8 | 10 | 10 |
| 8 | Практичне виконання методик з корегування патогенезу захворювання.  Дихальні вправи.  Лікувально-корегувальні вправи | На кожному занятті до 10 хвилин.  До 5–7 хвилин.  До 10–15 хвилин | | | |
|  | Разом | 70 | 70 | 70 | 70 |

Зміст теоретичних знань і тематичного планування відображає різнопланову спрямованість фізичного виховання школярів, що мають відхилення в стані здоров'я; передбачає використання різних форм і методичних прийомів педагогічної роботи; забезпечує засвоєння учнями необхідного і додаткового обсягу знань в області спортивно-оздоровчої діяльності, що в сукупності покликане цілеспрямовано впливати на формування у школярів інтересу і усвідомленої потреби у фізичній активності, підвищити результативність уроку фізичної культури в СМГ.

Визначаючи зміст уроків, педагогу необхідно враховувати медичні показання, протипоказання і педагогічні рекомендації до занять фізичними вправами. Дуже складно підібрати засоби для уроку так, щоб дотримувався індивідуальний підхід до школярів (при різних захворюваннях не рекомендується виконувати різні вправи). Це викликає у педагогів, які працюють з ослабленими дітьми, певні труднощі у виборі змісту уроку, так як вони не можуть визначити, які конкретно вправи можна використовувати з тією чи іншою категорією школярів. Не рекомендується використовувати на заняттях з учнями СМГ вправи анаеробного характеру, що виконуються з максимальною швидкістю, з великою статичною напругою, з максимальною амплітудою рухів, силові (наприклад: різні прискорення, підняття важких предметів тощо). Протипоказані різкі і складні щодо координації рухи. Необхідно виключити засоби, здатні викликати перенапруження організму. Це вправи, що призводять до максимальних і близьких до них напружень серцево-судинної системи і ОРА (тривалий біг, швидка ходьба).

Слід зазначити, що педагоги, які проводять заняття в СМГ, слабо орієнтуються у виборі найбільш раціональних засобів і методів фізичної культури, які одночасно відповідали б стану здоров'я, рівню фізичного розвитку і фізичної підготовленості учнів і при цьому враховували медико-педагогічні протипоказання. Для того щоб не завдати шкоди здоров'ю дітей і досягти позитивного ефекту від занять фізичною культурою, учителі не повинні використовувати протипоказані при різних нозологіях фізичні вправи.

Необхідність конкретизувати та систематизувати програмний матеріал з фізичної культури, який рекомендований більшості школярів, зумовила детальний підхід до визначення і опису засобів фізичної підготовки, здатних вплинути на організм дітей, віднесених за станом здоров'я до СМГ. Виключені зі змісту програмного матеріалу всі фізичні вправи, які протипоказані більшості школярів, для більш зручного сприйняття ми внесли в табл. 3.2, в якій об'єднали за розділами програми (легка атлетика, гімнастика, рухливі і спортивні ігри, лижна підготовка), вправи і рухи, що не рекомендуються (використовували дані Е.С. Крючек, 2001). Одночасно в якості рекомендацій були запропоновані засоби фізичної культури, дозволені при всіх нозологіях.

Тестування фізичної підготовленості проводилось за шістьма видами контрольних випробувань. Тестування проводилося наприкінці навчального року.

Результати фізичної підготовленості дітей молодшого шкільного віку СМГ та основної групи наведені в табл. 3.3.

Істотні достовірні зміни в контрольних тестах спостерігалися за такими показниками фізичної підготовленості як швидкість реакції, гнучкість, спритність (просторова орієнтація) і витривалість, що для хлопчиків, так і для дівчаток досліджуваних груп.

*Таблиця 3.2.2*

**Середні значення показників фізичної підготовленості   
дітей 10-ти років СМГ і ОМГ, [69]**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Показники | Дівчата (10 років) | | | | Хлопчики (10 років) | | | |
| СМГ | | ОМГ | Різниця, % | СМГ | | ОМГ | Різниця, % |
| 6-хвилинний біг, м | 665,0±15,7 | 728,5±14,3 | | 9,5\* | 703,5±14,8 | | 773,0±17,2 | 9,9\* |
| Стрибок у довжину з місця, см | 126,0 0± 1,0 | | 130,2±0,04 | 3,3 | 134,7±1,52 | | 139,4±l,28 | 3,5 |
| Згинання-розгинання рук в упорі лежачи, разів | 3,9±0,48 | | 4,4±0,43 | 12,8 | 5,3±0,37 | 5,5±0,34 | | 3,8 |
| Тест падаючої лінійки, см | 29,4±0,99 | | 21,4±0,45 | -27,2\* | 28,5±0,69 | | 20,8±0,33 | -27,0\* |
| Біг до пронумерованих м’ячів, с | 13,4±0,07 | | 12,5±0,09 | -6,7\* | 13,1±0,11 | | 12,1±0,08 | -7,6\* |
| Нахил тулуба вперед з положення сидячи, см | 8,0±0,12 | | 11,6±0,42 | -45,0\*\* | 3,9±0,15 | | 5,7±0,33 | -46,2\*\* |

Примітки: \* – достовірність відмінностей показників (р < 0,05);

\*\* – достовірність відмінностей показників (р < 0,01)

Слід відзначити, що силові показники в учнів 4-х класів хоча й були вищими, проте достовірної різниці у їх значеннях не спостерігалося.

Деякі обмеження накладаються на заняття фізичною культурою залежно від нозологічної форми захворювання, рекомендовані види оздоровчих вправ подані в додатку А.

Багато педагогів в роботі з цією категорією учнів спираються лише на власні уявлення про роботу з ослабленими дітьми, оскільки науково-методичні розробки в цьому важливому напрямку поодинокі і мають вузько спрямований характер.

Більшою мірою учителі фізичної культури опираються на програму «Фізична культура для спеціальної медичної групи. 1–4 класи (авт. В. Майєр, 2006 [43]), яка була розроблена для цієї категорії школярів на основі Обов'язкового мінімуму змісту освіти і Мінімальних вимог до рівня підготовки учнів в галузі фізичної культури, що надало певну допомогу учителям фізичної культури.

Однак у практичній діяльності вчителів фізичної культури найбільші складності мали питання організаційно-методичного плану, обумовлені відсутністю інформації щодо способів реалізації програмного матеріалу в СМГ, зокрема й тому, що цьому питанню не приділяється достатньо уваги на курсах підвищення кваліфікації.

Учні СМГ відзначаються не достовірно нижчим рівнем фізичного розвитку. Проте показники функціонального стану кардіореспіраторної системи були значно гіршими, ніж в учнів основної групи.

Достовірно погані результати при прояві швидкості реакції, гнучкості, координації та витривалості порівняно з такими в учнів основної групи можна пояснити тим, що захворювання, на які страждають ці учні, заважають виконувати вправи певної спрямованості.

Переважання низьких результатів означає, що учні протягом навчання в школі не мали можливості виконувати фізичні навантаження, які не тільки сприяють поліпшенню функціонального стану, але також і розвитку фізичних якостей з різних причин, а особливо в умовах дистанційного навчання.

**Висновки до розділу 3**

1. Зміст уроків з фізичної культури в ЗСО визначається на підставі “Програми з фізичної культури для спеціальної медичної групи1–4 класів загальноосвітніх навчальних закладів”. До змісту програмивключені: теоретичнізнання з фізичної культури; основні розділи: гімнастика, елементи спортивних ігор, легка атлетика, лижна і ковзанярська підготовки, рухливі і спортивні ігри, плавання. Кожен з розділів містить перелік вимогдо учнів. Для кожного класу сформульовані орієнтовні домашні завданняз індивідуальним дозуванням. У додатках подаються обмеження та протипоказання до фізичних вправ, загальні рекомендації щодо ФВ учнів, комплекси вправ для профілактики і корекції плоскостопості, визначення кров’яного тиску, частоти дихання і пульсу, примірні терміни відновлення заняття після деяких гострих захворювань, показник для визначення медичної групи при деяких відхиленнях у стані здоров’я учнів, комплекси спеціальних вправ для учнів з різними захворюваннями, тест для виявлення порушень постави, дихальні вправи.

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

* звільнення учнів СМГ від виконання фізичних навантажень на уроці фізичної культури;
* при невеликій кількості школярів з відхиленнями в стані здоров’я в одній школі допускають практику сумісних занять учнів СМГ разом з дітьми основної та підготовчої медичних груп на основному уроці з фізичної культури. В такому випадку школярі займаються під індивідуальним спостереженням вчителя;
* спільні заняття учнів СМГ з учнями підготовчої медичної групи під керівництвом одного вчителя;
* заняття учнів СМГ, що проводяться окремою підгрупою за розкладом уроку основної медичної групи; учителі визнають такий спосіб організації вигідним для дітей і батьків дітей СМГ;
* заняття учнів СМГ на уроках фізичної культури, що проводяться в позаурочний час; учителі вважають цей спосіб організації найпридатнішим для дітей СМГ;
* доцільно об’єднувати дітей за віковим принципом з кількох близько розташованих одна біля одної шкіл способом “кущування”; організаційно і методично це більш правильно і доцільно, проте цей спосіб організації навчального процесу не отримав поширення на практиці;
* школярі СМГ навчаються в окремих класах.

3. Окрім уроків фізичної культури, фізичне виховання школярів СМГ проводиться в таких організаційних формах:

* ранкова гігієнічна гімнастика;
* гімнастика до уроків;
* динамічна пауза (динамічна хвилинка, хвилини тиші) у процесі навчання;
* домашні завдання;
* масові спортивно-оздоровчі заходи (за винятком участі у спортивних змаганнях – програма з ФК);
* щоденні прогулянки і туризм вихідного дня;
* гартувальні процедури.

3. Відмінності програми для учнів СМГ у порівнянні з програмою для основних медичних груп полягають в обмеженні вправ на швидкість, силу, витривалість, зменшенні дистанції ходьби і бігу, зниженні вимог до учнів; як обов’язковий введений розділ дихальних вправ на кожному уроці; ширше представлені засоби виховання правильної постави (вправи для зміцнення м’язів спини і черевного пресу); введено розділ з вправами на розслаблення м’язів. Отже, проведена гігієнічна оцінка організації фізичного виховання учнів середнього шкільного віку дозволила встановити, що в умовах сучасної загальноосвітньої школи, навіть із переліку обов’язкових оздоровчих заходів, постійно проводяться лише уроки фізичної культури, тоді як іншими формами фізичного вихованнями (заняттями в спеціальній групі, динамічними хвилинками під час навчального процесу) здебільшого нехтують, не кажучи про додаткові заходи, такі, як рухливі перерви, додаткові заняття в позаурочний час (в групах ЗФП, шкільних секціях). Виявлені недоліки суперечать фундаментальному принципу фізичного виховання – принципу оздоровчої спрямованості, основний зміст якого полягає у досягненні якомога більшого оздоровчого ефекту від занять фізичною культурою [89].

**ВИСНОВКИ**

1. Аналіз і узагальнення даних спеціальної науково-методичної літератури та результатів власних досліджень підтвердив стійку динаміку зниження показників рівня здоров'я, рівня фізичної підготовленості учнів СМГ на тлі психологічних та інформаційних перевантажень, які постійно зростають, і різкого зниження обсягу рухової активності школярів в умовах пандемії і дистанційного навчання. Існує необхідність модернізації змісту та організації процесу фізичного виховання школярів СМГ. Визначено основні проблеми фізичного виховання школярів з ослабленим здоров'ям: відсутність кваліфікованих кадрів, недостатнє науково-методичне забезпечення, труднощі в організації занять, обумовлені відсутністю необхідної теоретичної та методичної підготовки вчителів, слабка матеріально-технічна база загальноосвітніх установ і ін.
2. Науково-методичне забезпечення фізичного виховання в СМГ істотно відстає від вимог часу за такими показниками:

* вчителями не використовуються індивідуальні самостійні завдання для виконання учнями освоєних у школі фізичних вправ в домашніх умовах під контролем батьків;
* не практикується проведення спільних обговорень з батьками питань щодо надання додаткової допомоги дітям з негативною динамікою основного захворювання;
* на педагогічну раду не виносяться для обговорення всього колективу проблеми організації і проведення занять у СМГ для усунення виникаючих труднощів.

1. Окрім уроків фізичної культури, фізичне виховання школярів СМГ проводиться в таких організаційних формах: ранкова гігієнічна гімнастика; гімнастика до уроків; динамічна пауза (динамічна хвилинка, хвилини тиші) у процесі навчання; домашні завдання; масові спортивно-оздоровчі заходи (за винятком участі у спортивних змаганнях – програма з ФК); щоденні прогулянки і туризм вихідного дня; гартувальні процедури. Зміст уроків з фізичної культури в ЗОШ визначається на підставі “Програми з фізичної культури для спеціальної медичної групи 1–4 класів загальноосвітніх навчальних закладів”. До змісту програмивключені: теоретичнізнання з фізичної культури; основні розділи: гімнастика, елементи спортивних ігор, легка атлетика, лижна і ковзанярська підготовки, рухливі і спортивні ігри, плавання. Кожен з розділів містить перелік вимогдо учнів. Для кожного класу сформульовані орієнтовні домашні завданняз індивідуальним дозуванням.
2. Відмінності програми для учнів СМГ у порівнянні з програмою для основних медичних груп полягають в обмеженні вправ на швидкість, силу, витривалість, зменшенні дистанції ходьби і бігу, зниженні практичних вимог до учнів; як обов’язковий - введений розділ дихальних вправ на кожному уроці; ширше представлені засоби виховання правильної постави та корекції її порушень, (вправи для зміцнення м’язів спини і черевного пресу); засоби профілактики плоскостопості, введено розділ з вправами на розслаблення м’язів.

**Додаток В**

**Протипоказані і рекомендовані рухи і вправи за розділами програми з фізичної культури для учнів СМГ в освітніх установах**

|  |  |
| --- | --- |
| Не рекомендовані рухи і вправи | Дозволені рухи і вправи, рекомендації |
| Легка атлетика | |
| – стрибки з розбігу;  – стрибки у висоту з розбігу;  – зістрибування з великої висоти;  – метання на дальність;  – біг з прискоренням більш, ніж на 50 м;  – тривалий біг;  – ходьба і біг на довгі дистанції | – біг (не більше 6-ти хв) допускається в спокійному повільному темпі, з м’якою постановкою стоп, зі збереженням правильної осанки, в чергуванні з ходьбою і дихальними вправами (500 м);  – метання в горизонтальну або вертикальну ціль;  – стрибки з місця та багатоскоки обмежуються (кількість повторень не більше 3–4 разів) |
| У розділі акробатика і гімнастика | |
| – перекиди, стійки на голові, на руках, на лопатках;  – вправи «міст», «рибка»;  – нахил вперед з прямими ногами з в.п. основна стійка;  – положення вниз головою;  – опорні стрибки;  – вправи на гімнастичних снарядах;  – глибокий присід з підйомом на пальці;  – одночасний підйом тулуба і ніг з в.п. лежачи на животі;  – сід і упор кутом;  – «поза бар'єриста»;  – рухи таких елементів народних танців, як навприсядки, стрибки в глибокому присіді;  – ходьба «гусячим кроком»;  – у всіх вправах заборонені балістичні, «ударні», «ривкові» рухи | – різні види стройових вправ;  – ЗРВ з предметами і без, на гімнастичній стінці;  – нахил вперед з прямими ногами з в.п. широка стійка;  – вправи в лазінні, повзанні і перелітанні;  – вправи на рівновагу на низькій опорі і т. п, – ходьба в напівприсяді;  – танцювальні елементи, що виконуються в аеробному стилі (Чарлстон, ча-ча-ча, мамбо) |

*Продовження табл. .2*

|  |  |
| --- | --- |
| *Рухи головою* | |
| – коло головою і перекат («півколо») головою по спині;  – нахил голови назад | – перекат «півколо» головою по грудях в повільному темпі;  – нахил голови в сторону |
| *Рухи тулубом* | |
| – нахили тулуба в сторони і вперед (зігнувшись або прогнувшись) без упору руками об стегна, коліна;  – нахили тулуба назад з будь-яких положень;  – кругові рухи тулубом і нахили з поворотами;  – піднімання тулуба в сід або упор сидячи | – півнахили тулуба в сторони і вперед з опорою руками об стегна, коліна;  – невелике піднімання рук, ніг назад, витягаючи в довжину з положення лежачи на животі;  – дуга тулубом («півколо» через нахил вперед) з опорою руками об стегна;  – з положення лежачи на спині із зігнутими ногами, стопи на підлозі, піднімання тулуба (лопатки над підлогою), не згинаючись, без нахилу голови |
| *Рухи ногами* | |
| – мах прямими ногами вперед вище 90 градусів;  – мах прямими ногами назад;  – мах прямою ногою в сторону з положення лежачи на боці з опорою на передпліччя;  – мах прямою ногою в сторону з упору на колінах;  – мах ногою назад в упорі на колінах;  – прісяди і випади зі згинанням колін менше 90 градусів, коліна виходять за лінію стоп;  – піднімання прямих ніг з положення лежачи на спині;  – кругові рухи колінами в положенні стоячи або прісяді | – мах прямими ногами вперед не вище 45 градусів;  – мах гомілкою в будь-якому напрямку;  – мах прямою ногою в сторону не вище 45 градусів з положення лежачи на боці, одна рука зігнута під головою, інша в упорі спереду;  – з упору на колінах і передпліччях піднімання в сторону зігнутої ноги;  – мах ногою назад не вище 45 градусів в упорі на колінах і передпліччях;  – в присяді і випадах кут в колінних суглобах більше 90 градусів, коліна направлені в сторону носків, трохи розвернутих назовні, вага тіла перенесена на п'ятки; |

*Продовження табл. .2*

|  |  |
| --- | --- |
|  | – піднімання ніг з положення лежачи на спині зігнутими ногами (носки можуть торкатися підлоги);  – переміщення колін по дузі вперед («півколо») у повільному темпі, коліна не повинні виходити за лінію стоп |
| *Рухи руками* | |
| – активні піднімання, кола і згинання-розгинання рук з максимальною амплітудою і швидкістю;  – згинання-розгинання рук в упорі сидячи (лежачи) ззаду | – рухи руками з постійним м’язовим контролем, з амплітудою в зоні візуального контролю;  – згинання-розгинання рук в упорі лежачи із зігнутими ногами (коліна на підлозі) |
| Лижна підготовка | |
| – одночасні ходи;  – спуски на лижах зі схилів (більше 30 градусів);  – проходження тривалих дистанцій і ходьба на лижах з максимальною швидкістю | – поперемінний двокроковий хід;  – переступання на місці і при спуску з невеликого схилу;  – піднімання і спуски різними способами на не крутосхилах;  – необхідно враховувати температурний режим, щоб уникнути переохолодження організму (температура повітря не повинна бути нижче 8–10 градусів, час занять на повітрі не більше 30 хвилин);  – рекомендується проходити за одне заняття учням початкової школи до 500 м |

*Продовження табл. 3.2*

|  |  |
| --- | --- |
| У розділі рухливі та спортивні ігри | |
| – двостороння гра в баскетбол і футбол по всьому майданчику;  – різкі кидки і передачі м'яча в баскетболі та футболі. | – ігри на місці, рухливі ігри малої та середньої інтенсивності;  – гра в настільний теніс, бадмінтон;  – допускається гра в баскетбол на одне кільце;  – у волейбол за спрощеними правилами;  – можна застосовувати лише елементи футболу (ведення м'яча, обведення, удар по воротах);  – тривалість ігор не більше 10 хв (через кожні 3–5 хв – вправи на розслаблення і відновлення дихання). |