

**В.Г. Никитушкин**, д-р пед. наук, профессор, **Ю.И. Разинов**, канд. пед. наук,  
доцент ПИФКиС МГПУ

## **МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ СО ШКОЛЬНИЦАМИ МЛАДШИХ КЛАССОВ ПОДГОТОВИТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ**

В Российской Федерации 42 млн. детей в возрасте до 18 лет, что составляет 28,5 процентов всего населения. Дети, не достигшие к началу обучения необходимой школьной «зрелости», либо не справляются с требованиями учебной программы, либо выполняют их ценой здоровья. Среди детей 6-7 лет свыше 40% являются «школьно-незрелыми», что втрое больше, чем в 70-е годы и вдвое больше, чем в 80-е годы. Причем среди мальчиков таких детей значительно больше, чем среди девочек. Если 20 лет назад среди детей и подростков школьного возраста дети с отставанием в интеллектуальном и эмоционально-волевом развитии составляли 0,3-0,5%, то сейчас - 3-5%.

Ухудшение здоровья, связанные с обучением в школе, начинаются еще в дошкольном возрасте и определяются практикой подготовки к школе в детском саду, которая установилась сейчас повсеместно. Это ведет к тому, что условия для нарушения состояния здоровья создаются еще до поступления в школу, и сегодня 20% первоклассников - дети с пограничными нарушениями.

Исследования НИИ гигиены и профилактики заболеваний детей и подростков Российской академии медицинских наук показали, что дети, не достигшие к началу обучения необходимой школьной «зрелости», либо не справляются с требованиями учебной программы, либо выполняют их ценой здоровья. В то же время среди детей 6-7 лет свыше 40% являются «школьно-незрелыми», что втрое больше, чем в 70-е годы и вдвое больше, чем в 80-е годы. Причем среди мальчиков таких детей значительно больше, чем среди девочек. Если 20 лет назад среди детей младшего школьного возраста дети с отставанием в интеллектуальном и эмоционально-волевом развитии составляли 0,3-0,5%, то сейчас - 3-5%.

По данным медицины, за время обучения в школе 70% функциональных расстройств, сформировавшихся в начальных классах, к моменту окончания школы перерастают в стойкую хронику: в 4-5 раз возрастает заболеваемость органов зрения, в 3 раза органов пищеварения и опорно-двигательного аппарата. Серьезное беспокойство вызывает увеличение нервно-психических расстройств (в 2 раза), а также заболевания сердечно-сосудистой системы (более, чем в 2 раза), только 10% школьников старшей школы относятся к числу здоровых, а 50% имеют хронические заболевания, и относятся к группе риска.

Отмечена зависимость между видом школы и здоровьем школьников: чем выше статус образовательного учреждения, тем больше проблем со здоровьем, 50% гимназистов заканчивают учебный день с признаками сильного и выраженного переутомления, тогда как в обычной школе всего 20-30%. Причина - снижение двигательной активности, следствием которой является снижение работоспособности, общей реактивности и роста заболеваний, 25% первоклассников и 21% десятиклассников ведут сидячий образ жизни: в школе они все время проводят за партами, а дома - перед телевизором и компьютером. 68,2% детей с недостаточной двигательной активностью дают 100-процентную заболеваемость.

В последние годы повышенный интерес у исследователей вызывают «пограничные состояния», при этом рассматривается в основном переход от здоровья к болезни. В таком состоянии находится 89% учащихся страны. Это самая многочисленная часть детей остается вне поля зрения специалистов: учителей и тренеров она мало интересует из-за невозможности демонстрации детьми высоких спортивных результатов, врачи же не видят серьезных функциональных нарушений.

Имеется огромный пласт работы по выводу детей из «пограничного состояния», переводу их в основную группу здоровья с дальнейшей ориентацией на активные занятия физическими упражнениями.

В связи с этим были поставлены задачи:

1. Провести оценку показателей состояния здоровья, физического развития и физической подготовленности детей различных групп здоровья.

2. Обосновать методику проведения занятий физической культурой с младшими школьниками подготовительной группы.

По данным медицинской статистики и результатам тестирования подготовленности детей в 2011-2012 годах состояли на диспансерном учете свыше 50% детей.

Проведенное обследование показало, что девочки основной группы здоровья имеют средний уровень физического развития, при этом 30% детей имеют низкий и ниже среднего уровень физического развития (табл. 1).

Таблица 1 – Показатели уровня физического развития девочек 8-12 лет, составляющих основную и подготовительную медицинские группы (%)

Возраст	Основная мед. группа						Подготовительная мед. группа					
	п	вые.	в/ср.	сред.	н/ср.	низ.	п	вые.	в/ср.	сред.	н/ср.	низ.
8	100	7	10	48	20	15	18	-	11,1	50	27,8	11,1
9	102	6,9	10,8	50,9	19,6	11,8	16	-	63	43,8	31,3	18,6
10	106	6,6	8,5	52,8	19,8	12,3	18	-	5,6	50	27,8	16,6
И	100	5	9	49	22	15	19	-	-	47,4	31,5	21,1
12	108	4,6	7,4	463	23,1	18,6	17	-	-	41Д	33,3	25,5

Можно констатировать, что с 8 до 12 лет уменьшение количества детей, имеющих высокий и средний уровень развития и, соответственно, увеличение количества детей с развитием ниже среднего и низкого. К 12 годам этот показатель составляет у девочек основной группы здоровья 41,7%, в подготовительной группе 58,8%.

Оценивая показатели состояния здоровья, физического развития и физической подготовленности школьников различных медицинских групп здоровья можно отметить достоверное различие показателей детей основной и подготовительной медицинских групп. В период с 8 до 12 лет отмечается тенденция к ухудшению здоровья, увеличения количества детей подготовительной медицинской группы с 4 до 14,7% и естественно уменьшению числа детей, относящихся к основной медицинской группе. В подготовительной медицинской группе количество детей с низким и ниже среднего уровня развития составляет 30-40%, при этом дисгармоничное развитие имеют 68% детей, резко дисгармоничное – 18% и только 20% школьников – гармоничное.

Основываясь на не возможности детей подготовительной медицинской группы освоить предмет «физическая культура» весь период годового цикла изучения дисциплины, мы разделили на два цикла: подготовительный (1 и 2 четверти) и основной (3 и 4 четверти). Согласно программе (В.И. Лях и А.А. Зданевич) в 1 и 4 четверти применялись легкоатлетические упражнения, во второй четверти – гимнастические упражнения, в третьей четверти – спортивные и подвижные игры. В дополнение использовались упражнения дыхательной гимнастики, стретчинг, доступные упражнения системы «Хатха-йога», комплексы ритмической гимнастики. Смысл методики заключался в использовании комплексов упражнений направленных на воспитание отстающих физических качеств.

В начале эксперимента были созданы экспериментальная и контрольная группы. Сравнительный анализ физической подготовленности учащихся в группах не обнаружил достоверных различий между ними. (табл. 2).

В результате проведенного эксперимента предложенная методика проведения уроков с младшими школьницами медицинской группы позволила повысить качество освоения движений.

Таблица 2 – Сравнительная характеристика физической подготовки младшими школьницами (девочки) контрольной и экспериментальной групп (после эксперимента, баллы,  $X \pm T$ )

Тесты / группы	КПМГ (n = 20)	ЭПМГ (n = 23)	Различия p	
Прыжок в длину с разбега	3,51±0,27	4,38±0,26	2,35	<0,05
Метание малого мяча	3,63±0,27	4,52±0,27	2,41	<0,05
Кувырок назад	3,29±0,27	4,21±0,26	2,49	<0,05
Опорный прыжок	3,44±0,27	4,36±0,52	1,53	<0,05
Передача мяча	3,68±0,27	4,50±0,26	2,22	<0,05
Ведение мяча в движении	3,69±0,26	4,49±0,26	2,10	<0,05

Достигнутым результатам способствовало применение достаточного количества подводящих и подготовительных упражнений для разучивания движений, а также многократное их повторение в процессе подвижных игр и эстафет. Все это способствовало качественному закреплению освоенных движений, что в дальнейшем будет содействовать правильному формированию умения. Результаты девочек экспериментальной подготовительной медицинской группы по окончании эксперимента практически достигли показателей школьниц основной медицинской группы.

Проведенные исследования дают основание полагать, что при продуманном подходе к планированию содержания и наполняемости структуры урока можно в значительной мере повысить уровень физической подготовленности девочек подготовительной медицинской группы и в некоторых случаях переводу их в основную медицинскую группу.

**Выводы.**

1. Количество детей в подготовительной медицинской группе увеличивается ежегодно на 0,35%, низкий и ниже среднего уровень физического развития имеют от 20 до 40% девочек 8-12 лет, дисгармоничное развитие у девочек имеют 62%, резко дисгармоничное – 11%.

2. Предложенная методика проведения уроков в течение года в объединенных группах учащихся параллельных классов на основе медицинских и педагогических показаний с пролонгированным освоением программного материала позволила улучшить результаты изучаемых упражнений на 11-23% и приблизиться к уровню девочек основной группы.

### **Литература**

1. Алгоритм определения групп здоровья у детей в возрасте от 3 до 17 лет (приказ Минздрава РФ от 30.12.2003г. № 621).
2. Антонюк, С.Д. Особенности двигательного развития детей, имеющих отклонения в состоянии здоровья // Физическая культура: воспитание, образование, тренировка. – 2004. – № 1. – С. 56–57.
3. Безруких, М.М. Возрастная физиология. (Физиология развития ребенка). Уч. пособие / М.М. Безруких, В.Д. Сонькин, Д.А. Фарбер.– М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 416 с.
4. Каинов, А.Н. Дифференцированная оценка физической подготовленности школьников. Автореф. дисс. ...канд. пед. наук ВГАФК. – Волгоград, 2004. – 24с.
5. Феррахова, А.Ю. Педагогические условия организации совместной образовательной деятельности детей с различным состоянием физического здоровья. Автореф. дисс. ....канд. пед. наук. Уфа. 2004 г. – 24 с.