Министерство здравоохранения Кыргызской Республики

Методическое руководство для педагогических работников и инструкторов по физическому воспитанию общеобразовательных школ Кыргызской Республики

Бишкек 2023 г.

USAID FROM THE AMERICAN PEOPLE

ФОНД АГА ХАНА

УДК 37.0
ББКР 74.0
К 97

Методическое руководство для педагогических работников и инструкторов по физическому воспитанию общеобразовательных школ Кыргызской Республики - Б., 2023.- 57 с.

ISBN 978-9967-11-777-8

Методическое руководство подготовлено для педагогических работников и инструкторов по физическому воспитанию общеобразовательных школ Кыргызской Республики с целью создания условий, обеспечивающих равные возможности учащихся систематически заниматься физической культурой и спортом.

Методическое руководство разработано при финансовой поддержке Программы здоровья и питания ОФ MSDSP KG, инициативы Фонда Ага Хан.
Утверждено Экспертным советом Министерства здравоохранения Кыргызской Республики, протокол № 9, от 5.12.2022 года.
Все права защищены. При воспроизведении и переводе ссылка обязательна.

Материал подготовлен рабочей группой:

Касмалиева А.С., кандидат педагогических наук, доцент факультета спортивных наук КТУ “Манас”.

Жогина И.А., заслуженный работник физической культуры и спорта, заместитель директора Республиканского методического центра физического воспитания, спорта и культуры при МОиН КР.

Дуйшенкулова М.К., врач по укреплению здоровья РЦУЗиМК МЗ КР.

Новоселова Н.В., специалист по укреплению здоровья РЦУЗиМК МЗ КР.

Рецензент:

Айтмурзаева Г.Т., кандидат медицинских наук, консультант по общественному здравоохранению МЗ КР

Консультант:

Мамажунусова Т.А., Менеджер Программы здоровья и питания Фонда Ага Хан

Публикация данного руководства стала возможной благодаря помощи американского народа, оказанной через Агентство США по международному развитию (USAID) и Фонд Ага Хана. Авторы руководства несут ответственность за содержание, которое не обязательно отражает позицию USAID, правительства США и Фонда Ага Хана.

ISBN 978-9967-11-777-8 **УДК 37.0**
ББК 74.0

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

• Медицинские группы учащихся для занятий физической культурой • • • • 7

• Формы и методы физических нагрузок в различных группах в зависимости от состояния здоровья детей школьного возраста • • • • • • • • • • • • • • 16

• Гендерная и социальная чувствительность в процессе обучения и воспитания детей • • • • • • • • • • • • • •

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время ведение здорового образа жизни стало не только полезным, но и модным увлечением. Все больше людей выбирают для себя активное занятие спортом и правильное питание, которые являются залогом здоровья, хорошего самочувствия, отличного настроения и красивой фигуры. Физическая активность – один из самых важных компонентов здорового образа жизни.

Важную роль в популяризации физической активности среди детей и подростков играет школа. Именно в школьные годы у детей формируются навыки, знания и привычки, от которых будет зависеть их дальнейший образ жизни. Физическая активность не только благотворно отражается на состоянии здоровья ребенка и стимулирует его физическое, умственное и эмоциональное развитие, но также способствует улучшению социальных навыков и успеваемости.

Существует несколько моделей повышения уровня физической активности среди учащихся. Наиболее широко распространенной практикой являются уроки физической культуры, которые входят в обязательную школьную программу.

Согласно положению о физическом воспитании учащихся средних общеобразовательных школ Кыргызской Республики, утвержденному приказом Министерства образования, науки и культуры Кыргызской Республики от 24 июля 2000 года № 495/1, по завершению обучения по программам начальной, неполной средней и средней школы учащиеся в обязательном порядке проходят тестирование на предмет освоения знаний, сформированности двигательных навыков, умений и оценки уровня физической подготовленности.

Проблема физического воспитания детей с особенностями состояния здоровья до настоящего времени не решена во многих школах: 1) школьные здания, спортивные залы, площадки часто недоступны для детей с особенностями состояния здоровья; 2) дети часто сталкиваются с социальными барьерами /насмешками, запугиванием/; 3) нехватка специалистов или недостаточность специальной подготовки по работе с детьми с особенностями состояния здоровья [1]. Таких учащихся, чаще всего, либо не приобщают к физической культуре, либо освобождают от занятий физкультурой, что уменьшает и без того их ограниченную двигательную активность.

Важно своевременно выявить детей, имеющих особенности в состоянии здоровья, которые еще не носят необратимый характер,

но снижают физическую работоспособность, задерживают развитие организма. Этому способствует раннее обнаружение патологических состояний, систематическое наблюдение за больными детьми и детьми, подверженными факторам риска.

Занятия физической культурой дают возможность ребенку с особенностями в состоянии здоровья освоить физические упражнения, которые помогают ему физически развиваться, несмотря на болезни. Преодоление собственной слабости формирует волю, характер, исчезает скованность, страх, комплекс неполноценности.

В 2015 году в Великобритании агентство NHS Digital провело исследование физической активности мальчиков и девочек школьного возраста. Выяснилось, что, начиная с восьми лет, девочки тратят меньше времени на спорт, чем раньше, а к 13-15 годам только 8% девочек занимаются физической активностью хотя бы час в день [2]. Урок физкультуры может быть особым испытанием для девочек во время месячных. Кроме проблем физического плана они также испытывают и моральный дискомфорт (нет возможности сходить в душ после уроков физкультуры, девочек могут заставлять приходить в форме, в которой им некомфортно, психологически трудно подойти к преподавателю физкультуры и сказать о своем «состоянии»).

Чтобы поддержать интерес девочек к спортивным занятиям в подростковом возрасте нужна комфортная среда. И значительная роль здесь принадлежит педагогам по физической культуре. Занятия на уроках физкультуры должны помогать девушке становиться более уверенной, снимать тревожность, а не усиливать ее. Школа должна быть способна рассказать девочкам о пубертате и о том, как меняется отношение к физической активности в этом возрасте и почему важно не бросать спортивные занятия. Для школы это означает готовность отвечать на сложные и неудобные вопросы, разрешать проблемные ситуации, искать новые подходы.

Решение указанных задач возможно при отсутствии методических ошибок у педагогических работников или инструкторов физической культуры, соблюдении санитарно-гигиенических норм и требований, и строгом выполнении правил безопасности на занятиях физической культурой.

Занятия физическими упражнениями должны проводиться на спортивных сооружениях с использованием специального инвентаря и оборудования. Для проведения учебных и секционных занятий в образовательной организации рекомендованы: футбольное поле, баскетбольная и волейбольная площадки, беговая и круговая беговая дорожки, место для прыжков в длину и высоту, гимнастическая площадка

с гимнастическими снарядами (бревно, перекладина, брусья, кольца, батут, стенка и др.). Все спортивные снаряды и оборудование должны находиться в полной исправности и быть надежно закреплены.

Для обеспечения высокого качества занятий физической культурой и предоставления соответствующих возможностей всем учащимся, включая в первую очередь тех, кто отнесен к специальной медицинской группе, педагоги и инструкторы по физической культуре должны иметь надлежащий уровень подготовки в вопросах влияния физических упражнений на растущий организм, гигиены физических упражнений, организации и методики физического воспитания с учетом анатомо-физиологических особенностей организма учащихся, в вопросах врачебного и педагогического контроля. Также главным условием их успешного проведения является обеспечение индивидуально дифференцированного подхода к детям с учетом их гендерных особенностей [3].

В связи с этим необходимо обновлять содержание, технологии, формы обучения физической культуре. Каждый урок должен быть интересен и полезен для каждой категории учащихся: физически развитым и имеющим слабое физическое состояние, детям с особенностями состояния здоровья, для мальчиков и девочек. Таким образом, перед педагогическими работниками стоит задача - разнообразить средства и методы проведения урока, содействовать формированию развитой личности с учетом гендерной принадлежности ребенка.

Физическое воспитание учащихся средних общеобразовательных учебных заведений является составной частью системы воспитания и образования подрастающего поколения и основано на законах Кыргызской Республики «Об образовании» и «О физической культуре и спорте».

МЕДИЦИНСКИЕ ГРУППЫ УЧАЩИХСЯ ДЛЯ ЗАНЯТИЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРОЙ

Одним из направлений в улучшении физического воспитания учащихся образовательных школ является использование дифференцированного подхода на уроках физической культуры как важного условия оптимизации процесса обучения и воспитания.

Дифференцированный подход в физическом воспитании учащихся заключается в определении учебных заданий учащимся основной и подготовительной медицинских групп, мальчикам (юношам), девочкам (девушкам) с учетом их состояния здоровья, физического развития, физической и двигательной подготовленности. При этом педагогическая работа инструктора физической культуры направлена на выявление оптимальных путей реализации содержания программы физического воспитания. Таким образом, дифференцированное обучение можно осуществлять при условии учета групповых и половых особенностей занимающихся, а также интересов учащихся [4].

Распределение учащихся на медицинские группы

В соответствии с состоянием здоровья и физической подготовленности учащиеся делятся на три медицинские группы: основную, подготовительную и специальную (Н.Б.Тамбиан, 1988 г.). Это производится после ежегодного профилактического медицинского осмотра, согласно порядку его проведения, рекомендованного МЗ КР. По результатам медицинских осмотров врачи дают справку об определении учащегося в одну из этих групп. Справка об освобождении от занятий физической культурой не выдается.

К основной медицинской группе относятся учащиеся без отклонений или с незначительными отклонениями в состоянии здоровья, но с достаточным уровнем физической подготовленности. Таким учащимся разрешается заниматься во всех формах учебной, внеклассной и внешкольной работы. Уроки с ними проводятся по учебной программе в полном объеме, они осваивают требования избранного вида спорта в секциях, участвуют в физкультурно-оздоровительных мероприятиях, туристических походах, физкультурных праздниках и т.д.

К подготовительной медицинской группе относятся учащиеся с незначительными отклонениями в состоянии здоровья и без достаточного уровня физической подготовленности. И хотя они чаще всего объединяются с детьми основной медицинской группы для участия во всех формах занятий как учебной, так и внеклассной работы, для них

предусматривается исключение некоторых видов упражнений и строгий индивидуальный подход. В частности, уменьшается длительность работы и величина дистанции, количество подходов (заданий) и общий суммарный объем движений, строго дозируется интенсивность предлагаемых двигательных действий, т.е. скорость, темп, ритм их выполнения, тщательно продумываются условия работы с более надежной страховкой и физической помощью и т.д.

Занятия физической культурой в подготовительной группе проводятся совместно с основной группой по учебной программе; обе группы сдают установленные контрольные нормативы. При этом дети и подростки, отнесенные к подготовительной медицинской группе, нуждаются в некоторых ограничениях нагрузок и постепенном освоении комплекса двигательных навыков и умений. Соответственно учащиеся данной группы нуждаются в дополнительных тренировочных занятиях для повышения уровня физической подготовленности. Для этого инструкторы физической культуры могут использовать секции общей физической подготовки, организуемые во внеучебное время и другие формы занятий.

Урок физической культуры традиционно состоит из трех частей, это связано с основными **физиологическими, психологическими и педагогическими закономерностями** влияния физических упражнений на занимающихся, и тот факт, что работоспособность организма на протяжении всего занятия не является постоянной и имеет ярко выраженные три фазы: **нарастания, максимальной и снижения.** В связи с этим каждая часть урока должна учитывать ряд требований, вытекающих из рассмотренных физиологических, психологических и педагогических закономерностей их построения.

Подготовительная часть урока

Назначение: подготовить учащихся к предстоящей основной деятельности на уроке.

Задачи:

- *Организовать деятельность учащихся.*
- *Сконцентрировать внимание и создать положительную психологическую установку на предстоящую деятельность.*
- *Избирательно воздействовать на повышение активности двигательного аппарата, обеспечить функциональную подготовку организма к деятельности в основной части.*
- *Обучить правильному выполнению физических упражнений, применяемых в данной части урока.*
- *Обеспечить воспитание нравственных, умственных, волевых качеств, эстетических вкусов.*

Основная часть урока

Назначение: решить основные задачи, стоящие перед данным уроком.

Задачи:

- *формирование и совершенствование более сложных по сравнению с предыдущей частью урока двигательных умений и навыков;*
- *дальнейшее развитие и совершенствование физических качеств;*
- *воспитание моральных, волевых и интеллектуальных качеств /решается на протяжении всего урока, но в большей степени в основной его части/;*
- *воспитание умений применять освоенные навыки и физические качества с большой интенсивностью, в изменяющихся и усложненных условиях;*
- *вооружение специальными теоретическими знаниями и формирование инструкторских умений и навыков.*

Заключительная часть урока

Назначение: правильное завершение урока.

Задачи: Постепенное снижение физической нагрузки и эмоционального возбуждения, подведение итогов урока, задание на дом.

К специальной медицинской группе относятся учащиеся, имеющие значительные постоянные или временные отклонения в состоянии здоровья, которые являются противопоказанием для занятий физическими упражнениями. Это могут быть хронические болезни легких и дыхательных путей, нарушения опорно-двигательного аппарата, нервной и эндокринной систем, сердечно-сосудистые заболевания и другие. И, хотя эти дети освобождаются от уроков физической культуры вместе с учащимися основной и подготовительной медицинских групп, посещение специализированных занятий по физической культуре для них является обязательным.

Для таких учащихся организуются специальные медицинские группы, которые комплектуются с учетом возраста, характера и степени заболевания, уровня функциональных способностей (7-9, 10-12, 13-14, 15-16 лет). Уроки с ними проводятся по специальному расписанию (2х45 мин. или 3х30 мин.). Приказом директора школы утверждается точный списочный состав таких групп, указывается характер заболевания каждого учащегося. Перевод из специальной медицинской группы в подготовительную группу осуществляется только после углубленного медицинского осмотра при согласовании с педагогом или инструктором физической культуры, он обязательно утверждается приказом директора школы. Ответственность за проведение занятий с учащимися специальной медицинской группы возлагается на заместителя директора, классного руководителя и педагога или инструктора, проводящего занятия физической культуры.

Содержание занятий определяется соответствующей программой, которая имеет много общего с обычной программой для учащихся I-XI классов (структура, объяснительная записка, разделы программы подвижные игры, легкая атлетика, гимнастика, спортивные игры и др./), что имеет большое общеоздоровительное, лечебное и прикладное значение. Однако в ней значительно расширен арсенал специальных упражнений на дыхание, осанку и другие системы организма. Кроме того, здесь специально выделены упражнения на расслабление, позволяющие лучше воздействовать на координационные способности и обменные процессы в организме.

Занятия по физической культуре с учащимися этой группы должны проводиться по специально разработанной программе в условиях обычного режима школы. Дети и подростки со значительными отклонениями в состоянии здоровья нуждаются в занятиях лечебной физкультурой (ЛФК).

Результаты врачебных исследований и практический опыт показывают, что при многих заболеваниях (в периоды между приступами ревматизма, при хроническом воспалении легких и др.) у учащихся, отнесенных к специальной группе, имеются сходные нарушения в организме: примерно одинаково снижены уровень работоспособности, функциональные возможности сердечно-сосудистой, дыхательной и других систем. Поэтому для них можно организовать групповые учебные занятия, несмотря на различный характер заболеваний.

При выраженных нарушениях функций опорно-двигательного аппарата (паралич, парезы и пр.), а также при более значительных отклонениях в состоянии здоровья необходимы занятия лечебной физкультурой.

При определении медицинской группы для учащихся с отклонениями в состоянии здоровья необходимо предусматривать доступность физических нагрузок, а также создание оптимальных условий для выздоровления или предупреждения обострений заболевания.

В случаях обострения хронического заболевания педагог или инструктор по физической культуре ограничивает физические нагрузки, учитывая при этом характер течения, частоту, тяжесть и причины обострений. Для учащихся с выраженными проявлениями болезни следует применять лечебную физкультуру.

При некоторых заболеваниях противопоказаны занятия в неблагоприятных метеорологических условиях. Так, при заболеваниях верхних дыхательных путей, ревматизме, циститах (воспаление мочевого пузыря) необходимо избегать резких колебаний температуры воздуха

и переохлаждения. Вместе с тем следует правильно, методически закаливать детей и подростков для повышения уровня естественного иммунитета (невосприимчивости организма к болезням) и активизации приспособительных механизмов к меняющимся условиям окружающей среды.

Включение учащихся в специальную медицинскую группу может носить как временный, так и постоянный характер (в зависимости от вида заболевания и других отклонений в состоянии здоровья).

Перевод из специальной в подготовительную группу, а затем в основную должен производиться совместно врачом и инструктором — при условии положительных результатов, полученных во время занятий в предыдущей группе.

Примерные показания для назначения медицинской группы при некоторых отклонениях в состоянии здоровья у детей и подростков представлены в таблице 1.

Таблица 1

Заболевания, его форма и стадия	Медицинские группы:			Занятия ЛФК
	Основная	Подготовительная	Специальная	
1	2	3	4	5
Поражение миокарда:				
а) выздоравливающие после перенесенного ревм. миокардита	при хорошем состоянии здоровья через два года после приступа	не ранее, чем через год, при отсутствии клинических признаков болезни	не ранее, чем через 8-10 мес. по окончанию приступа	назначается в остром периоде и в первые месяцы после окончания острого приступа
б) миокардио - дистрофия	при хорошем состоянии через 1 год после болезни	не ранее, чем через 6 мес. при отсутствии клин. признаков болезни	с начала посещения школы	в больнице, в домашних условиях
Врожденные пороки сердца без цианоза	-	-	при отсутствии гемодинамических расстройств	в ранние сроки
Послеоперационный период	-	-	при успешном занятии ЛФК в течение года	до и после операции

Хроническая пневмония	при ремиссии более 1 года	через 1-2 мес. после лечения	через 1-2 мес. после обострения	в течение 1-2 мес. после заболевания
Бронхиальная астма	через 2 года после последнего приступа, при хорошем состоянии	не раньше, чем через год после приступа	если приступы не чаще 1-2 раза в год	при частых приступах
Операция на легких	-	через год после операции при нормальном течении послеоперационного периода	через 4-6 мес. после операции при нормальном течении послеоперационного периода	в раннем послеоперационном периоде
Туберкулез легких	при отсутствии дыхательной недостаточности, интоксикации	при благоприятном течении заболевания	при дыхательной недостаточности 1 ст.	решается индивидуально
Хронический гастрит, колит	-	при общем хорошем состоянии	при отсутствии обострений в течение 6 мес.	при нерезко выраженной интоксикации и признаках истощения
Язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки	-	-	не ранее, чем через год после окончания лечения	вне обострения при отсутствии кровотечения, болей
Гемофилия, болезнь Вельгофа	-	-	-	может быть назначена в очень легкой форме
Хронический пиелонефрит	-	-	вне периода обострения и при отсутствии изменений в сердце	при компенсаторно почечной недостаточности
Эндокринные заболевания (диабет, ожирение)	-	назначается при легких и незначительных нарушениях	при умеренно выраженных нарушениях при недостаточной массе тела	при резких нарушениях с первых дней

Отставание в развитии	-	когда показатели роста и массы тела ниже стандартов	при показаниях роста и массы тела значительно ниже возрастных стандартов	в ранние сроки
Грыжа паховая, бедренная, аппендицит	не ранее, чем через 6 мес. после лечения	в течение 6 мес. после возобновления занятий	в течение 6 мес. после операции	в раннем послеоперационном периоде
Переломы костей	не ранее, чем через 6 мес.	через 6 мес. после операции	в течение 6 мес. после операции	с первых дней после операции (наложения гипсовой повязки)
Сколиозы и нарушения осанки	при нарушениях осанки	-	-	при сколиозе
Врожденные и приобретенные деформации ОДА	при отсутствии нарушения двигательных функций	при нерезко выраженных нарушениях двигательной функции, не ранее, чем через год занятий в спец. группе	решается индивидуально	при существенных нарушениях двигательных функций
Параличи, парезы, ДЦП, полиомиелит	-	-	решается индивидуально в связи с клиникой и характером изменения мышечной системы	рекомендуется с первых дней
Хронические болезни дыхания	при отсутствии существенных нарушений носового дыхания	при умеренных нарушениях носового дыхания	при частых обострениях хронических заболеваний	в стационаре
Хронический отит с перфорацией барабанной перепонки	противопоказано плавание, прыжки в воду	при отсутствии нарушений функций слуха	при гнойных процессах	после операции
Близорукость	менее +3 или -3 без коррекции зрения	менее + 3 или -3 с коррекцией зрения	+7 и более	-

***Занятие лечебной физкультурой** с учащимися, отнесенными к специальной медицинской группе, состоит из трех частей:*

- *Вводная – решается задача подготовки организма к выполнению корригирующих упражнений в основной части занятия.*
- *Основная – используются корригирующие упражнения для формирования правильной осанки, пропорционального развития всех мышечных групп, создание и укрепление мышечного корсета, разгрузка, рекомендованы упражнения с предметами.*
- *Заключительная – для снижения нагрузки на организм используются упражнения на расслабление, восстановление дыхания, медленная ходьба с правильной осанкой.*

Внеклассная работа по физическому воспитанию учащихся направлена на повышение интереса к занятиям физическими упражнениями и спортом, оптимизации двигательной активности школьников, обеспечение активного отдыха детей, правильного режима дня и т.д. По содержанию внеклассную работу подразделяют на физкультуно-оздоровительную и учебно-спортивную работу.

→ **Физкультурно-оздоровительная работа включает:**

- Мероприятия с преимущественно оздоровительной направленностью, обеспечивающие наряду с укреплением здоровья, активный отдых, восстановление сил, повышение или поддержание на оптимальном уровне умственной и физической работоспособности. Рекомендованы следующие формы: гимнастика до уроков, физкультурные паузы, физические упражнения и игры на перемене, туристические походы, праздники физической культуры.

- Мероприятия для обеспечения общей двигательной и физической подготовленности учащихся, отвечающей требованиям учебной программы и соответствующих нормативов физической подготовленности школьников. Это занятия в кружках, группах общей физической подготовки, «группах здоровья»,

оздоровительной физической культуры и др.

→ **Учебно-спортивная работа** направлена на совершенствование соответствующих сторон двигательной и спортивной подготовленности занимающихся. Это занятия в школьных спортивных секциях, участие в соревнованиях по видам спорта, организация физкультурных и спортивных клубов для учащихся старших классов и др.

Спортивные секции создаются для приобщения большего числа учащихся к занятиям одним из видов спорта. При этом предпочтение отдается тем видам, занятия которыми отличаются простотой организации, не требуют сложного и дорогостоящего оборудования, обеспечивают массовый охват школьников, имеют наибольшее прикладное значение. В секцию принимаются учащиеся основной медицинской группы, получившие допуск врача к занятиям. С учетом особенностей состояния здоровья и физической подготовленности организовываются группы «Здоровья», секции общей физической подготовки и спортивные секции для детей с ограниченными возможностями здоровья. Проведение конкурсного отбора нежелательно, так как это противоречит основной педагогической направленности всей внеклассной физкультурной работы.

В процессе внеклассной работы, по сравнению с учебной, больше возможностей для решения воспитательных задач и выбора той или иной их формы в соответствии с интересами, уровнем физической подготовленности и т.д. Кроме повышения двигательной активности, у учащихся формируются умения самостоятельно заниматься физическими упражнениями и повышать функциональные возможности организма, укреплять здоровье.

Систематические тренировочные занятия в секциях, участие в соревнованиях и т.д. способствуют воспитанию дисциплинированности, организованности, чувства ответственности, отвлекают детей и подростков от вредных привычек и рискованного поведения, обеспечивая организацию их рационального режима и досуга, способствуют социализации.

ФОРМЫ И МЕТОДЫ ФИЗИЧЕСКИХ НАГРУЗОК В РАЗЛИЧНЫХ ГРУППАХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Основная медицинская группа: с нормальным развитием, не имеющие анатомических дефектов, функциональных и морфо-функциональных нарушений.

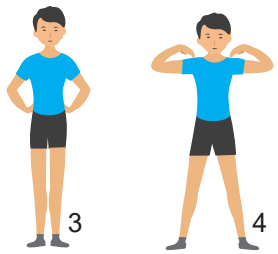
Примерный комплекс общеукрепляющих упражнений

1. И.п. (исходное положение) – стойка, руки к плечам. Встать на носки руки вверх, вдох. Вернуться в и.п.– выдох (локти не сводить). Повторить 3-4 раз.

2. И.п. – стойка, руки в стороны. Подняться на носки, руки вверх-наружу, потянуться – вдох. Вернуться в и.п. – выдох (контролировать правильную осанку). Повторить 3-4 раза.

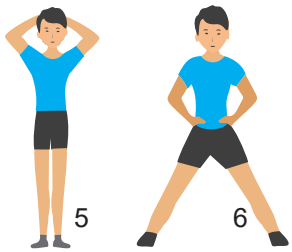
3. И.п. – стойка, руки на пояс. Поочередные отведения ног назад на носок с отведением рук назад (лопатки сзади максимально сведены). Повторить 4-6 раз.

4. И.п. – стойка, ноги врозь, руки к плечам. Поочередные повороты туловища в стороны (можно добавить одноименный поворот головы). Повторить 4-6 раз.



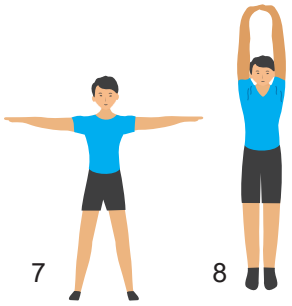
5. И.п. – стойка, ноги врозь, руки за головой. Поочередные наклоны в стороны. Выполнить с максимальной амплитудой движения, локти не сводить. Повторить 6-8 раз.

6. И.п. – стойка, ноги врозь, руки на пояс. Наклоны назад, руки в стороны (амплитуда движения максимальная). Повторить 4-6 раз.

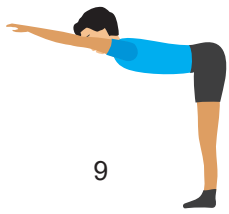


7. И.п. – стойка, ноги врозь, руки в стороны. Наклон к правой ноге, до касания левой рукой правой ноги, другая рука отведена максимально вверх. То же в другую сторону. Повторить 4-6 раз.

8. И.п. – стойка, ноги врозь, руки вверх в замок. Наклоны вперед («дровосек») с продолжительным выдохом. В и.п. фиксировать правильную осанку. Повторить 8-10 раз.



9. И.п. – стойка, ноги врозь, руки вверх в замок. С поворотом туловища влево наклон вперед прогнувшись (туловище горизонтально полу). То же в другую сторону. В и.п. проверить осанку – вдох. Повторить 6-8- раз.



10. И.п. – лежа на спине, руки вверх в замок. Напрячь мышцы, вытянуться – вдох (3-4 сек). Расслабиться в и.п. – выдох. Повторить 3-4 раза.

10

11. И.п. – лежа на животе, руки к плечам. Прогнуться (задержаться на 3-4 сек.), локти сведены назад – вдох. Вернуться в и.п. – выдох 4-6 раз.

11

12. И.п. – лежа на животе, руки за спиной. Прогибания туловища, с поочередным отведением ног назад. Повторить 6-8-раз.

12

13. И.п. – лежа на животе, руки согнуты в упоре. Разгибания руки прогнуться – вдох. И.п. – выдох. Повторить 6-8 раз.

13

14. И.п. – лежа на спине. Поочередные поднимания согнутых ног. Повторить 6-8 раз.

14

15. И.п. – лежа на спине, руки в стороны (ладони прижаты к полу). Подняться в упор сидя (руки скользят по полу и максимально приближаются друг к другу) - вдох. Вернуться в и.п. – выдох. Повторить 4-6 раз.

15

Подготовительная медицинская группа: с функциональными и некоторыми морфологическими отклонениями, хроническими заболеваниями в стадии стойкой клинико-лабораторной ремиссии не менее 3-5 лет, врожденными пороками развития, не осложненными заболеваниями одноименного органа или нарушением его функции, а также со сниженной сопротивляемостью к острым и хроническим заболеваниям. Также несовершеннолетние с общей задержкой физического развития при отсутствии заболеваний эндокринной системы (низкий рост, отставание по уровню биологического развития), с дефицитом или избытком массы тела, с физическими недостатками, последствиями травм или операций с сохранением функций органов и систем.

Систематические, разнообразные занятия физическими упражнениями в процессе всей коррекционно-воспитательной работы, планомерное повышение нагрузок при текущем медико-педагогическом контроле, преемственность применяемых средств физических упражнений дают устойчивое повышение двигательной активности учащихся с незначительными отклонениями здоровья и нарушением зрения, улучшение состояния здоровья.

В силу особенностей психофизического развития детей

подготовительной группы адаптивные занятия физической культурой (в том числе и лечебной физкультурой) имеют свою специфику - направлены на коррекцию различных дефектов физического развития, моторики и двигательных способностей.

При планировании и проведении занятий должны быть учтены особенности организма учащихся. Это пониженные функциональные возможности, замедленность адаптации к физическим нагрузкам. В зависимости от вида и глубины зрительной патологии, деформаций опорно-двигательного аппарата, функциональных возможностей предполагается применение физических упражнений в разной последовательности и дозировке.

Примерный комплекс упражнений

1. И.п. – лежа на спине, ноги полусогнуты. Напрячь мышцы живота, не задерживая дыхания и не натуживаясь, так, чтобы они стали твердыми. Выполнять несколько раз.

1

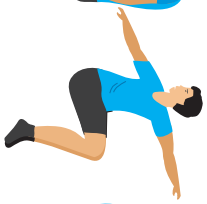
2. И.п. – лежа на спине. Приподнять верхнюю часть туловища, удерживая ноги на полу, задержаться на нескольких секунд, затем вернуться в и.п.

2

3. И.п. – лежа на спине, ноги полусогнуты, кисть правой руки лежит на левом колене. Одновременно сгибая левую ногу оказывать ей сопротивление правой рукой. Вернуться в и.п. То же другой ногой и рукой.

3

4. И.п. – лежа на спине, ноги согнуты. Поочередные повороты ног вправо и влево, не отрывая лопаток от пола.

4 

5. И.п. – стоя на коленях перед опорой, положить на нее руки и голову. Выгнуть спину максимально вверх, затем прогнуть спину максимально вниз. Не допускать болей в спине.

5

6. И.п. – то же. Выгнуть спину максимально сначала направо, затем налево. Не допускать болезненных ощущений.

6

7. И.п. – сидя на полу с наклоном вперед, руки касаются голени. Выпрямляясь в сед, руки вверх, кисти в кулак – вдох. Вернуться в и.п. – выдох.

7

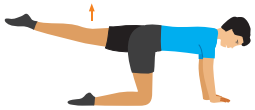
8. И.п. – лежа на спине. Сгибая правую ногу – вдох, обеими руками подтянуть колено к туловищу, голову наклонить вперед – выдох, голову опустить – вдох, выпрямить ногу – выдох. То же другой ногой.

8

9. И.п. – лежа на спине (поясничный отдел позвоночника крепко прижат к полу). Сгибания правую ногу – вдох, разгибая – выдох. То же другой ногой. Выполнять движение, как на велосипеде.

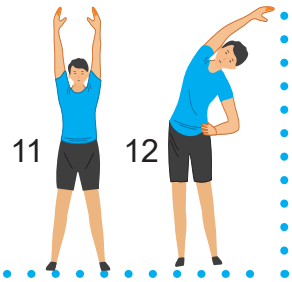
9

10.И.п. – стойка на четвереньках. Поочередные отведения ног назад.

10 

11.И.п. – стойка ноги врозь. Руки через стороны вверх потянуться – вдох, вернуться в и.п. – выдох.

12.И.п. – вис. Попеременные повороты тела направо и налево. Тело должно быть расслаблено.



Специальная медицинская группа. Организация и проведение занятий с учащимися специальной медицинской группы намного сложнее, чем занятий со здоровыми детьми: здесь собраны ребята из разных классов, разного возраста и пола, страдающие различными недугами и психологически не готовые к занятиям физкультурой.

В некоторых школах допускается практика совместных занятий учащихся, имеющих отклонения в состоянии здоровья, с учащимися основной и подготовительной групп. Такие занятия малоэффективны. Дети этой группы обычно малоподвижны, не решаются выполнить ряд упражнений, стесняются на занятиях, движения делают неуверенно и робко, боясь ошибиться и стать предметом насмешек.

В других школах при медицинских осмотрах часть детей освобождают от занятий, но в часы уроков физического воспитания предоставляют их самим себе и нередко за эти 40 минут они подвергаются гораздо большей физической нагрузке, чем та, которую они могли бы получить на уроке (С.Ф.Цвек, В.С. Язловский, 1983).

В некоторых случаях учащимся, которым запрещено заниматься физкультурой, разрешают наблюдать за занятиями своих товарищей. Иногда такие дети участвуют в подготовительной части урока физкультуры, от основной части урока их освобождают, и они включаются в занятия только в конце урока, что резко повышает их физическую нагрузку. Все перечисленные методы являются неправильными. Они часто угнетающе действуют на психику детей. Поэтому занятия по физической культуре для учащихся с ослабленным здоровьем следует проводить отдельно от других учащихся, что щадит их психику и освобождает от излишнего напряжения.

Комплектование специальных медицинских групп перед новым учебным годом должно осуществляться с учетом возраста, показателей физической подготовленности, функционального состояния и степени выраженности патологического процесса (до 1 июня), по данным медицинского обследования, проведенного в апреле-мае текущего года. Наполняемость групп – 10-15 человек.

Списки детей с указанием диагноза медицинской группы, завизированные врачом школы, с печатью детской поликлиники, передаются директору школы, педагогу или инструктору физической культуры и во врачебно-физкультурные диспансеры. Директор до 1 сентября должен оформить приказом по школе создание специальной медицинской группы. Педагог или инструктор физической культуры совместно с медицинским работником оформляет индивидуальные карты занимающихся в специальной группе.

Антропометрические данные (рост, вес, окружность грудной клетки, спирометрия, динамометрия и др.), данные функциональных проб (ортостатическая и клиностатическая пробы, пробы с задержкой дыхания на вдохе и выдохе, пробы на скорость активных движений; пульс, частота дыхания, артериальное давление до и после 10 приседаний за 15 секунд и время восстановления) заносятся в личную карточку перед началом занятий и периодически (один раз в квартал) определяются в процессе занятий.

Повторные антропометрические и функциональные измерения позволяют следить за динамикой физического развития учащихся, учитывать и оценивать влияние на организм учащегося систематических занятий, контролировать учебный процесс. Перед началом занятий необходимо собрать детей, которые относятся к специальной группе, вместе с родителями и педагогическим коллективом (директор, классные руководители), провести беседу с ними о профилактическом значении физкультуры, о режиме дня, гигиенической гимнастике, закаливании и организации быта учащихся. В заключение организовать показательные выступления лучших спортсменов школы и детей специальной группы, которые уже занимались физкультурой продолжительное время и достигли успехов. Все эти мероприятия помогут убедить родителей в том, что их дети могут стать сильными, ловкими и здоровыми, если они и в домашней обстановке будут выполнять требования школы в отношении правильного ведения режима дня.

Учащиеся, отнесенные к специальной группе, занимаются по особой программе. В ее основу проложено содержание общей программы, из практического раздела которой исключены средства физического воспитания, способные вызывать перенапряжения организма, например, физические упражнения, приводящие к максимальным и близким к ним напряжениям сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата. В программе предусматриваются следующие практические разделы: гимнастика, подвижные игры, легкая атлетика, плавание, лыжи.

Кроме того, в учебный материал добавлены специальные упражнения оздоровительного характера (корректирующие осанку, дыхательные и др.). Специальная программа не содержит нормативных требований, хотя предусматривает достижение уровня физической подготовленности, обеспечивающего успешное развитие.

Основное место на занятиях отводится гимнастике, поскольку с ее помощью можно успешно совершенствовать основные двигательные качества и развивать двигательные навыки. К тому же характер гимнастических упражнений и методика их проведения позволяют заранее точно определить оптимальную нагрузку на организм занимающихся и ожидаемый педагогический эффект, что весьма важно в работе с специальной медицинской группой.

В программу введен раздел дыхательных упражнений, которыми следует пользоваться на каждом уроке. Обращается особое внимание на воспитание правильной осанки и на укрепление мышц спины и живота. Для снижения утомления и повышения работоспособности широко используются упражнения для расслабления мышц. Включены танцевальные элементы и упражнения из художественной гимнастики.

Вместе с тем из гимнастики в специальной медицинской группе полностью исключены лазанье по канату, подтягивание и акробатические упражнения, связанные с натуживанием, продолжительными напряжениями, вызывающими длительную задержку дыхания.

Из легкой атлетики особое внимание придается строго дозированным ходьбе и бегу, т.к. эти виды тренируют и укрепляют сердечно-сосудистую и дыхательную системы. Прыжки в длину и в высоту ограничиваются (с укороченного разбега, с трех шагов, не более двух, трех прыжков в одном занятии и т.д.). Ограничены упражнения и на скорость, силу, выносливость.

Продолжительность игр с бегом и прыжками, а также дистанции бега сокращаются. Например, продолжительность игры с бегом и прыжками не должна превышать 5 минут.

От педагога или инструктора во всех случаях требуется правильная дозировка нагрузки, совмещения бега, прыжков с умеренной ходьбой, успокаивающими и дыхательными упражнениями при окончании их.

Наряду с образовательными, оздоровительными задачами на занятиях решаются и задачи воспитательные, когда средствами физкультуры воспитываются смелость, настойчивость, дисциплинированность, навыки культурного поведения, чувство дружбы и товарищества. Особенно

трудно переоценить значение подвижных игр, наличие в которых простых и естественных движений, не вызывающих резкого утомления (нагрузка чередуется с моментами кратковременного отдыха), делают их хорошим средством эмоционального и физиологического воздействия на учащихся.

Дети с хроническими заболеваниями и врожденными пороками развития - с разной степенью активности и компенсации, с сохраненными функциональными возможностями. Наличие физических недостатков, последствия травм и операций, с компенсированными функциями органов и систем, позволяющими работать и учиться.

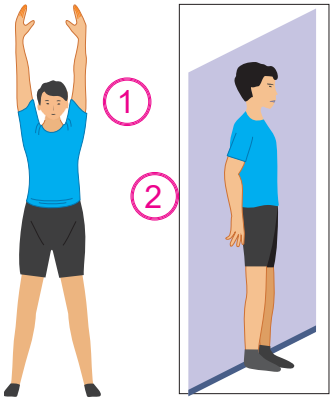
В жизни каждого человека бывают неожиданные и неприятные моменты, приводящие к ушибам, вывихам, переломам костей и повреждениям мышечно-связочного аппарата. Большинство травм опорно-двигательного аппарата требуют оперативного или консервативного лечения. Удачно проведенная операция, правильно произведенная репозиция и наложенный гипс - это лишь начало лечения. В большинстве случаев пациенты, перенесшие травму, нуждаются в проведении комплекса восстановительных мероприятий. Это связано с тем, что длительная иммобилизация, отсутствие нагрузок, сосудистые и другие изменения ведут к атрофии мышц, ограничению подвижности суставов, трофическим изменениям конечностей. Успех лечения травмы более чем на половину зависит не только от качества проведенной операции или репозиции, но и от грамотно проведенной посттравматической реабилитации. Сросшийся перелом, вправленный вывих, далеко не всегда означает выздоровление. Зачастую бывает так, что консолидация перелома наступила, а функция конечности отсутствует. Для такой группы детей предполагаются умеренные физические нагрузки, а также занятия лечебной физической культурой.

Занятия лечебной физической культурой состоят из подготовительного, основного и заключительного этапов. Поскольку у учащихся данного контингента слабо развита адаптация к физическим нагрузкам, выработка условно-рефлекторных связей идет медленно, целесообразно увеличить длительность подготовительной части занятия до 30-35% общего времени занятия, оставляя на основную часть до 40-50%, на заключительную - 20-25%.

На занятиях желательно использовать подвижные игры, имитационные и подражательные движения с яркими предметами, что повышает эмоциональное состояние учащихся. Учитывая повышенную возбудимость, снижение двигательных способностей учащихся, занятия нужно проводить спокойно, не требуя сразу точного выполнения задания, поощрять у них старательность и настойчивость.

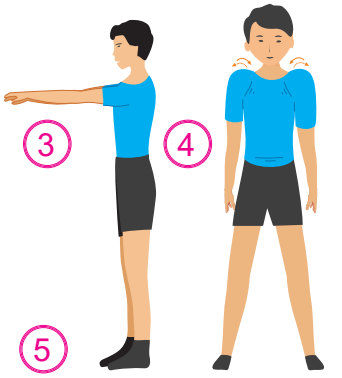
Примерный комплекс упражнений

1. И.п. - ноги на ширине плеч. Совершая вдох медленно поднять руки вверх, а на выдохе руки опустить. Упражнение повторить не менее 6 раз.



2. И.п.- прислониться к ровной стене спиной – прислонить к стене пятки, плотно прижать ягодицы, лопатки и затылок. Постоять и отойти от стены, сохраняя такое положение некоторое времени.

3. И.п.- стойка ровно, вытянуть руки вперед, на вдохе развести в стороны, переворачивая ладонями вверх. На выдохе руки вытянуть вперед. Повторить 6 раз.



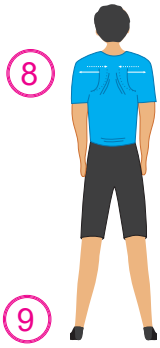
4. И.п.- стойка ровно, руки по швам. Плечами провести несколько круговых движений вперед, затем столько же движений сделать назад.

5. И.п. - лежа на спине, на спортивном коврике, выпрямиться. В положении лежа выполнить, повторяя 10 раз, ножницы. Сначала упражнение выполняется движением ног по горизонтали, затем в вертикальном положении.

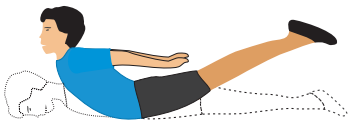
6. И.п.- стойка на четвереньках на коврике, ноги на ширине плеч. Как можно больше выгнуть спину вверх, опустить голову и ягодицы вниз. Затем поднять голову и ягодицы вверх и аккуратно прогнуть спину вниз, насколько возможно. Упражнение повторить 5 раз.

7. И.п.- стойка на четвереньках, ладонями на пол. Сесть ягодицами на пятки ног, вытягиваясь при этом вперед, немного развернуться и вытянуться вправо, влево. Упражнение повторить 5 раз.

8. И.п.- стойка ноги на ширине плеч. Руки вытянуть по швам. Медленно сводить лопатки, руки должны быть параллельны корпусу тела. Сдвигая и раздвигая лопатки, использовать только мышцы грудного отдела и плеч. Повторить 10 раз.



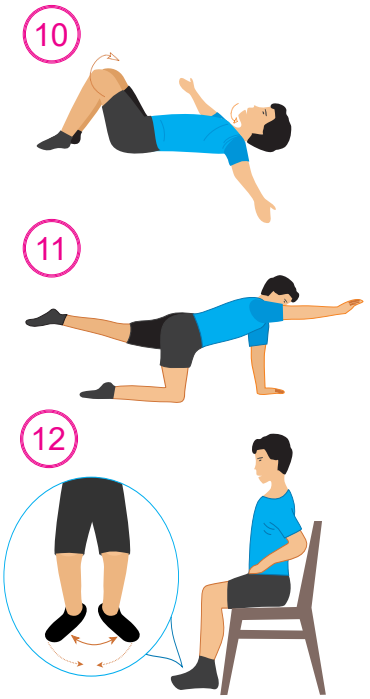
9. И.п.- лечь животом на валик, завести руки за спину и сомкнуть пальцы рук. Медленно поднимать плечи и ноги вверх, насколько возможно. Стараться не нагружать позвоночник, весь упор делать на нижнюю часть тела. Повторять не менее 10 раз.



10. И.п.- лечь на коврик спиной вниз, руки развести в разные стороны, колени согнуть. Опускать согнутые колени сначала вправо, затем влево, при этом голову поворачивать в противоположную сторону, руки остаются разведенными. Выполнить 7 раз.

11. И.п - стойка на четвереньках. Вытянуть паралельно полу правую ногу, левую руку вперед, соблюдать параллельность полу. Повторить упражнение с другой рукой и ногой. Выполнить упражнение 10 раз.

12. И.п.- сидя на стуле, развести ступни ног на ширину плеч. Опираясь на пятки, разводить переднюю часть стоп в разные стороны насколько возможно. Затем, разворачивая ступни, свести носки стоп к друг другу. Повторить 10 раз.



Дети, имеющие значительные отклонения в состоянии здоровья - постоянного (хронические заболевания в стадии субкомпенсации) или временного характера, но без выраженного нарушения самочувствия, со сниженными функциональными возможностями.

Детям, отнесенным к этой группе, рекомендуются в обязательном порядке занятия лечебной физкультурой в медицинской организации, а также проведение регулярных самостоятельных занятий в домашних условиях по комплексам, предложенным врачом по лечебной физкультуре медицинской организации.

Следует применять строго дозированные физические нагрузки с учетом всех компонентов (интенсивности, числа повторений, интервалов отдыха, характера упражнений).

Постепенно увеличивать физические нагрузки при адаптации организма к ним. Упражнения должны охватывать различные мышечные группы. В занятие необходимо включать дыхательные и общеукрепляющие упражнения.

Перед занятием помещение надо хорошо проветривать.

Проводить строгий контроль реакции организма на физическую нагрузку (до занятий, в процессе занятий и после нагрузки).

При появлении признаков утомления занятие необходимо прекратить и в дальнейшем пересмотреть характер нагрузки.

Регулярно проводить врачебно-педагогический контроль над детьми на занятиях лечебной физкультурой.

Основными средствами лечебной физкультуры являются физические упражнения, используемые с лечебной целью, и естественные факторы природы.

Физические упражнения подразделяются на общеразвивающие (общеукрепляющие) и специальные. Общеукрепляющие упражнения направлены на оздоровление и укрепление всего организма. Задача специальных упражнений — избирательное действие на ту или иную часть опорно-двигательного аппарата: например, на стопу при плоскостопии или травматическом ее повреждении; на позвоночник при его деформации; на тот или иной сустав при ограничении движений и т.д. Упражнения для туловища по своему физиологическому воздействию на организм являются общеукрепляющими для здорового человека. Для больного, например, с заболеванием позвоночника (сколиотическая болезнь, остеохондроз и др.), эти физические упражнения составляют группу специальных упражнений, так как они способствуют решению непосредственно лечебной задачи — увеличению подвижности позвоночника и укреплению мышц, окружающих его, коррекции позвоночника и другие.

В основу упражнений этой группы входят пассивно-активные упражнения, при которых больной помогает инструктору произвести пассивные движения, а активно-пассивными — при которых инструктор оказывает сопротивление активно выполняемому больным движению.

Важная роль в профилактике контрактур в суставах пораженной конечности отводится упражнениям в «посылке импульсов к сокращению мышц», находящихся в состоянии иммобилизации (идеомоторные упражнения). Эффективность мысленного воспроизведения движения связана с сохранением обычного стереотипа процессов возбуждения и торможения в центральной нервной системе, что, в свою очередь, поддерживает функциональную подвижность конечности.

По характеру различают и другие группы упражнений.

Упражнения на растягивание применяют в форме различных движений с амплитудой, обеспечивающей некоторое повышение имеющейся в том или ином суставе подвижности. Интенсивность их специфического действия дозируется величиной активного напряжения мышц, производящих растягивание, болевыми ощущениями, силой инерции, возникающей при быстрых маховых движениях с определенной

амплитудой, и исходными положениями, позволяющими удлинить рычаг перемещаемого сегмента тела. Этот вид упражнений применяют при тугоподвижности суставов, понижении эластичности тканей и кожи.

Упражнения в равновесии используют для совершенствования координации движений, улучшения осанки, а также с целью восстановления нарушенных функций (при заболеваниях центральной нервной системы, нарушении мозгового кровообращения, заболеваниях вестибулярного аппарата и др.).

Корригирующие упражнения назначают при некоторых заболеваниях и повреждениях локомоторного аппарата, а также в хирургических клиниках (в частности, при операциях на органах грудной клетки). Задача корригирующей гимнастики — укрепление ослабленных и растянутых мышц и расслабление контрагированных мышц, т.е. восстановление нормальной мышечной изотонии (например, при сколиозе, остеохондрозе и других ортопедических заболеваниях).

Для упражнений на координацию движений характерны необычные или сложные комбинации различных движений. Они совершенствуют или восстанавливают общую координацию движений или координацию движений отдельных сегментов тела. Эти упражнения имеют большое значение для больных, находившихся на длительном постельном режиме, при расстройствах центральной и периферической нервной системы.

Важным фактором лечебной физкультуры являются дыхательные упражнения, как один из важнейших методов реабилитации.

Все дыхательные упражнения, в свою очередь, можно подразделить на динамические и статические. Динамические дыхательные упражнения сочетаются с движениями рук, плечевого пояса, туловища. Статические (условно) осуществляются только при участии диафрагмы и межреберных мышц.

Дети с хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями.

Отнесенным к этой группе детям рекомендуются в обязательном порядке занятия лечебной физкультурой в медицинской организации, а также проведение регулярных самостоятельных занятий в домашних условиях по комплексам, предложенным врачом по лечебной физкультуре медицинской организации. Особенное значение для детей этой группы занимает массаж.

Физические нагрузки детей этой группы обладают высокой степенью влияния на организм, что требует с одной стороны индивидуального выбора и дозирования нагрузок, а с другой стороны – медицинского контроля их эффективности.

Упражнения умеренной интенсивности сопровождаются мышечными напряжениями и средней силы со средней скоростью сокращения растягивания, изометрическими напряжениями и расслаблением сравнительно большого количества мышечных групп или мышц. Примерами могут быть выполняемые в медленном и среднем темпе движения конечностями и туловищем, движения, аналогичные используемым при самообслуживании, ходьба в медленном и среднем темпе и др. Активизация корковых процессов при них умеренная. Пульс и систолическое артериальное давление в большинстве случаев незначительно повышаются, диастолическое снижается. Умеренно учащаются и углубляются дыхательные движения, и увеличивается легочная вентиляция. Восстановительный период краткий.

В зависимости от использования гимнастических предметов и снарядов упражнения бывают:

а) без предметов и снарядов;

б) с предметами и снарядами (палки, мячи, гантели и др.);

в) на снарядах (сюда входит и механотерапия).

Урок должен быть эмоционально окрашенным.

Один из важных факторов реабилитации ослабленных детей состоит в следующем: на уроках физкультуры они должны забыть о своих недугах, почувствовать себя такими же полноценными, как и здоровые дети. Уроки в специальных медицинских группах должны стать уроками бодрости, мышечной радости, эстетического наслаждения. Для детей младшей возрастной группы целесообразно широко использовать на занятиях подвижные игры, для старших — элементы танцев. Хорошая спортивная форма, манеры поведения педагога — все это создает у занимающихся положительный настрой.

Кроме посещения уроков физкультуры в группе рекомендуются и другие формы физической активности в режиме дня, которые в общей сложности равны (или даже превышают) двигательной активности на уроках:

а) утренняя гигиеническая гимнастика; специальные комплексы упражнений, составленные педагогом или инструктором физической культуры совместно с врачом;

б) гимнастика до уроков;

в) подвижные игры небольшой интенсивности на переменах;

г) физкультминутки во время общеобразовательных уроков и физкультпаузы во время выполнения домашних заданий;

д) пешие прогулки, катание на коньках и лыжах, игры, посещение бассейна (оздоровительное плавание);

е) походы выходного дня;

ж) дни здоровья;

з) закаливающие процедуры (воздушные ванны, души, обливания и др.), рекомендованные врачом и инструктором.

Коррекция положением (постуральные упражнения). Под этим методическим приемом понимается специальная укладка конечностей или туловища в определенное корригирующее положение с помощью различных приспособлений (лонгеты, фиксирующие повязки, лейкопластырные натяжения, валики и др.). Задача коррекции положением — профилактика или устранение деформации в одном или нескольких суставах, или в группе мышц, а также создание условий, физиологически благоприятных для восстановления всех видов нарушений.

Так же широко используются физические упражнения в воде, подводный массаж и коррекция положением в водной среде, лечебное плавание оказывают различное терапевтическое воздействие на организм больного. Использование с терапевтической целью при заболеваниях внутренних органов и повреждениях локомоторного аппарата физических упражнений в водной среде основано на снижении веса тела в воде; гидростатическом действии на организм; влиянии теплового фактора и положительном воздействии на эмоциональную сферу больного.

Лечебная физическая культура является составной частью двигательного режима больного ребенка. Лечебная гимнастика, дозированная ходьба ускоряют процессы регенерации тканей, нормализуют дыхание, деятельность сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, психоэмоциональное состояние и т.д.

Лечебная физкультура (ЛФК) — метод неспецифической терапии, в которой физические упражнения выполняют роль неспецифических раздражителей. В связи с активацией нейрогуморальных механизмов регуляции физиологических функций ЛФК оказывает системное воздействие на организм больного. Вместе с тем различные физические упражнения избирательно влияют на функции организма, что необходимо иметь в виду при анализе патологических проявлений в отдельных системах и органах. Систематическое применение физических упражнений влияет на реактивность организма, изменяя ее общие и местные проявления. Регулярная дозированная тренировка стимулирует и приспосабливает отдельные системы и весь организм больного к возрастающим физическим нагрузкам, в итоге приводя к функциональной адаптации больного. При комплексном лечении больных разные средства ЛФК успешно сочетают с медикаментозной терапией, различными физическими факторами лечения.

Для быстрейшего физического и психологического восстановления ребенка широко применяются игровые методы ЛФК. Игры в ЛФК подразделяются на 4 возрастающие по нагрузке типа: игры на месте; малоподвижные; подвижные и спортивные игры. С физиологической точки зрения игры представляют собой сложные формы ациклической мышечной деятельности, что существенно затрудняет дозировку общей и специальной нагрузки. Игры используются в качестве одного из средств ЛФК и являются одним из компонентов активного двигательного режима. При ряде состояний, когда ЛФК преследует цель общего воздействия, повышения функциональных возможностей органов кровообращения и дыхания без дифференцированного влияния на их отдельные звенья, игры могут быть основным тренирующим средством. В связи с этим они должны стать частью двигательного режима больных не только в лечебно-профилактических учреждениях, но и в обычной жизни.

Массаж является неизменной частью для стимулирования работы мышц. Основное в проведении массажа - использовать все приемы избирательно с учетом клинических особенностей состояния больного. Следует применять все специальные медикаментозные средства и проводить тепловые процедуры до массажа, при всех разновидностях массажа - учитывать возможную позу больного. Курс классического массажа - 25-30 процедур, сегментарного массажа - 10-15 процедур, линейного - 10-15, а точечного - 20-25. Все виды массажа необходимо сочетать со специальными упражнениями в процессе индивидуальных занятий с ребенком.

Особенности проведения занятий при сердечно-сосудистой патологии

При сердечно-сосудистой патологии наблюдаются различные функциональные изменения во всем организме, поэтому реакция организма на все виды физических нагрузок ослаблена. Однако наиболее травматичны упражнения, в которых участвует большая мышечная масса организма и выполняется работа большой мощности. В организме создается значительный кислородный запас, и сердечно-сосудистая система обеспечивает значительное увеличение минутного объема циркуляции крови. Примером могут быть быстрая ходьба, бег, ходьба на лыжах и т.д.

При коротких скоростных и силовых упражнениях не создается особого кислородного запроса, и минутный объем крови не увеличивается значительно. Такие упражнения не вызывают особенного напряжения сердца, но они повышают тонус сосудов и могут оказаться неблагоприятными при гипертонической болезни.

Вместе с тем, физические упражнения динамического, циклического характера, выполняемые с малой и умеренной интенсивностью, оказывают благоприятное оздоровительное влияние на сердечно-сосудистую систему в целом. Не противопоказаны интенсивные, скоростные и силовые упражнения при условии участия в них малых мышечных групп (например, только мышц рук, голени и т.д.) и при условии небольшой реакции на них со стороны сердечно-сосудистой системы. Это важно помнить при развитии определенных профессионально-прикладных двигательных качеств, связанных с силой, быстротой движения в отдельных мышечных группах. Такие упражнения оказывают благоприятное влияние при наличии гипотонии. При сердечно-сосудистой патологии могут широко использоваться физические упражнения со сложной биомеханической структурой (гимнастические, акробатические), выполняемые с небольшой интенсивностью. В случае же сосудистых поражений противопоказаны положения вниз головой (стойки на голове и т.п.).

Физические упражнения играют большую роль в оздоровлении болезненно измененной сердечно-сосудистой системы, восстановительные возможности которой чрезвычайно велики. Поэтому необходимо настойчиво использовать занятия физическими упражнениями, не допуская при этом перенапряжений. Признаками перенапряжения сердечно-сосудистой системы могут быть: ухудшение общего состояния, снижение работоспособности, повышение пульса, падение или повышение кровяного давления в покое, возникновение аритмии, неблагоприятная

реакция на нагрузки во время занятий (субъективные жалобы, одышка, побледнение и т.п.). В этих случаях необходимо прекратить занятия или снизить нагрузки и провести дополнительное врачебное обследование. Признаками улучшения состояния сердечно-сосудистой системы в процессе занятий являются улучшение самочувствия, настроения, повышение общей и физической работоспособности, снижение величины реакции сердечно-сосудистой системы (пульса, артериального давления) в ответ на стандартную нагрузку, стабильные пульс и артериальное давление в покое.

При значительном улучшении реакции на физическую нагрузку возможен перевод учащегося для занятий в подготовительной группе, но не ранее чем через 1-2 года после острого ревматического процесса или 1/2-1 год после перенесенного инфекционного заболевания. Последующий перевод в основную группу при сердечно-сосудистых заболеваниях чаще всего невозможен.

Особенности проведения занятий при заболеваниях органов дыхания

При заболеваниях органов дыхания, как правило, наблюдается снижение устойчивости организма к простудным факторам и другим вредным условиям среды. В болезненный процесс вовлекается малый круг кровообращения, сердце. Поэтому часты проявления сердечно-сосудистой недостаточности, ограничивающие применение физических упражнений. Расстройство дыхательной функции выражается в снижении дыхательных объемов (жизненной емкости легких, объема вдоха и выдоха), в снижении мощности дыхания (объемной скорости вдоха и выдоха) из-за уменьшения эластичности легочной ткани, спазматического состояния бронхиального дерева. Одним из существенных факторов, усугубляющих недостаточность дыхательной функции, является ослабление мышечной системы, в первую очередь группы мышц, участвующих в дыхании: диафрагмы, мышц грудной клетки, спины, живота, шеи. Нередко дыхательную функцию затрудняют атрофии и деструктивные изменения легочной ткани, деформации грудной клетки и т.п. Все это определяет ряд требований к применению средств физического воспитания.

Особое значение при заболеваниях органов дыхания имеет соблюдение высоких требований к санитарно-гигиеническим условиям занятий и специальных требований к климату и микроклимату помещений. Нельзя проводить занятия при загрязненном и чрезмерно влажном воздухе. На открытой местности зимой занятия не должны проводиться при температуре ниже -15°С, при большой влажности. Не

допускаются сильные охлаждения и перегревания. Большое значение имеют закаливающие водно-воздушные процедуры и солнечные ванны. Все мероприятия должны выполняться с большой осторожностью и в уменьшенных дозировках.

Систематические занятия физкультурой оказывают влияние на совершенствование не только дыхательной системы, а распространяются на все органы и системы. Так, во время выполнения физических упражнений потребность тканей в кислороде увеличивается в 8-10 раз по сравнению с состоянием покоя. Это приводит к увеличению кровообращения, в результате чего увеличивается число функционирующих капилляров. Увеличение потребности организма в кислороде рефлекторно вызывает значительные изменения в деятельности как дыхательной, так и сердечно-сосудистой системы: например, частота пульса при этом повышается в 2-3 раза, а дыхания - в 2-2,5 раза.

Из специфических средств физического воспитания - физических упражнений - наиболее травматичны при хронических заболеваниях органов дыхания высокоинтенсивные и скоростные упражнения из-за возможных перегрузок малого круга кровообращения (гипертензия в нем) и сердца. Подобные упражнения не рекомендуются и из-за неполноценности собственно дыхательного аппарата, малой мощности дыхания при бронхиальной астме (в результате спазматического состояния бронхов) и при эмфиземе. Благоприятны упражнения динамического циклического характера малой и умеренной мощности с участием больших мышечных групп. Большое значение имеют дыхательные упражнения динамические и статические. Не противопоказаны самые различные гимнастические, акробатические, игровые и профессионально-прикладные упражнения при условии оптимального их дозирования. Критерием оптимально выбранной нагрузки является благоприятная реакция сердечно-сосудистой системы и аппарата дыхания.

В комплексах специальных упражнений используются дыхательные движения грудной клетки различного характера и различной амплитуды, начиная с быстрых и коротких вдохов и выдохов и кончая глубокими и медленными выдохами.

Особенно эффективны специальные дыхательные упражнения, сочетаемые с произношением в момент выдоха различных звуков.

Дыхание более эффективно, когда вдох делается при движениях, способствующих увеличению объема грудной клетки (разведением рук в стороны, потягивание вверх на носках, подскок при ловле мяча),

и, наоборот, выдох - при движениях, способствующих уменьшению объема грудной клетки и изгнанию воздуха из дыхательных путей (наклоны туловища, приседания, момент удара рук по мячу, соприкосновение ступней с полом при прыжках). Надо следить, чтобы именно так совпадали движения детей с фазами дыхания.

В большинстве случаев больных с легочными заболеваниями можно перевести в подготовительную группу после полного прекращения обострений, при минимальных клинических проявлениях хронического процесса, хорошем общем самочувствии и благоприятной реакции организма на физические нагрузки. Нередки неблагоприятные формы течения заболевания, когда предпочтительно заниматься только лечебной физической культурой. Перевод в основную группу при хронических заболеваниях часто невозможен.

Особенности проведения занятий при деформациях опорно-двигательного аппарата

В данной группе заболеваний наиболее часто встречаются нарушения в формировании позвоночника (нарушение осанки и сколиоз). В большинстве случаев нарушения осанки являются приобретенными. Чаще всего эти отклонения встречаются у детей астенического телосложения, физически слабо развитых. Неправильная осанка способствует развитию ранних дегенеративных изменений в межпозвоночных дисках и создает неблагоприятные условия для функционирования органов грудной клетки и брюшной полости.

Чем раньше выявлено нарушение осанки, тем легче его исправить. Определяя нарушения осанки, необходимо проверить высоту размещения - плечевых линий, нижних углов лопаток и отставание их от грудной клетки; форму просветов, образованных внутренними поверхностями рук и туловища. Для простоты определения вида нарушений осанки предлагается таблица, в которой перечислены признаки различных отклонений осанки от нормы (таблица 3).

В процессе физической подготовки необходимо соизмерять физические нагрузки в первую очередь с общей функциональной способностью организма и особенностями, связанными с основным заболеванием. При деформации грудной клетки следует осторожно использовать упражнения, создающие нагрузку для сердечно-сосудистой и дыхательной систем, а при деформации ног умеренно использовать упражнения с подъемом тяжестей, длительную ходьбу или бег.

В занятия включают упражнения у гимнастической стенки, с набивными мячами, с гимнастической палкой, с резиновыми амортизаторами, упражнения на вытяжение; занятия на тренажерах - для развития мышечного корсета (в исходном положении лежа на спине, лежа на спине с небольшим подъемом таза, чтобы исключить компрессию на позвоночник; после занятий - вытяжение на гимнастической стенке), а также плавание способом брасс (включение плавания в ластах, с лопаточками, резиновых кругах на ногах и др.). Лечебная гимнастика проводится в исходном положении лежа, на четвереньках и сидя, следует избегать нагрузок на позвоночник, особенно выполнять упражнения с гантелями в положении стоя, прыжки и подскоки.

Клинические симптомы различных типов нарушения осанки

Таблица 2

Вид нарушения осанки	Положение головы	Положение плечевых линий	Положение лопаток	Положение остистых отростков позвонков	Форма грудной клетки	Форма живота	Положение таза	Треугольник талии (контуры)
Сколиоз	наклонена в одну из сторон	асимметрия (чаще правая ниже)	асимметрия (лопатка и плечо ниже на вогнутой стороне)	отклонение в одну из сторон равномерно	асимметрия в положении реберных дуг	чаще выпячен вперед	корпус смещен в сторону по отношению к тазу	асимметрия
Круглая спина	наклонена вперед, 7-й шейный позвонок резко выступает	плечи сведены вперед	симметрия (нижние углы выступают сзади)	отклонение назад в виде тотальной дуги	запавшая, кифотичность грудного отдела	выпячен вперед	угол наклона таза уменьшен	
Кругловогнутая спина	наклонена вперед (шея кажется укороченной)	плечи сведены вперед	плечи сведены вперед	посередине	грудные мышцы сокращены; спины - растянуты	выпячен вперед, усиление поясничного лордоза	угол наклона таза увеличен, ягодицы выступают	талия не контурируется
Плоская спина	прямо, шея длинная	плечи опущены	крыловидные	посередине	плоская	втянут	угол наклона таза уменьшен	

Путем рационального использования специальных упражнений можно добиться значительной компенсации двигательных дефектов и улучшения общего функционального состояния организма. Однако перевод в основную группу большей частью невозможен из-за сохранности деформаций.

Особенности проведения занятий при заболеваниях центральной и периферической нервной системы

При заболеваниях и травмах нервной системы в процессе занятий физическими упражнениями педагог или инструктор должен учитывать такие особенности состояния организма, как:

- повышенная ранимость нервной системы по отношению к физическим (удары, сотрясения, растяжения, перезагибание) и психическим (умственные и эмоциональные перегрузки) травмирующим воздействиям;

- нарушение определенных двигательных функций рук или ног из-за ослабленной силы мышц, пониженного тонуса в одних мышечных группах и повышенного в других;

- дистрофия и атрофия мышечных групп с резко ограниченными возможностями для восстановления;

- нарушения поверхностной (кожной) и глубокой (мышечной, суставной) чувствительности, приводящие к снижению возможности формирования точных движений;

- неблагоприятные состояния костно-суставной системы в виде тугоподвижности или разболтанности суставов, искривления позвоночника, плоскостопия и т.п.

В целом при заболеваниях нервной системы функциональную неполноценность имеют многие органы и системы, и в первую очередь сердечно-сосудистая. Необходимо учитывать сосудистое происхождение многих поражений нервной системы и остаточных патологических процессов. Они создают относительную кислородную недостаточность различных отделов мозга, которая превращается в абсолютную при физических нагрузках, требующих усиленного поступления кислорода к тканям. Поэтому при большинстве заболеваний недопустимы физические нагрузки большой мощности. Представляют опасность упражнения, сопровождающиеся сильными сотрясениями, нагружающие позвоночник (давление, сгибание при акробатических упражнениях, стойки на голове, подъемы тяжестей и т.п.), упражнения на гибкость с чрезмерным сгибанием

или разгибанием при невритах или травмах нервов. Следует соблюдать осторожность при выполнении упражнений, связанных с необходимостью удерживать равновесие и с угрозой падения.

Физические качества, как правило, развиваются очень медленно или не развиваются вовсе. Ряд двигательных навыков трудно усваивается, в таких случаях очень важно формировать компенсаторные заместительные движения. Перевод в подготовительную группу возможен при полном отсутствии общих симптомов расстройства нервной системы, сохранении незначительных локальных нарушений двигательной функции. Перевод в основную группу не показан.

Особенности проведения занятий при эндокринных заболеваниях

Необходимо учитывать следующие особенности состояния организма при организации физической подготовки:

- нарушение всех видов обмена (в том числе водного, минерального и витаминного) при преимущественном нарушении одного из них;

- ослабление силы и тонуса мышц;

- функциональная слабость всех систем и органов. В первую очередь страдает сердце, в нем при нарушении обмена любого вида обнаруживаются дистрофические изменения. При ожирении страдает функция дыхания из-за высокого стояния диафрагмы, затруднена функция органов пищеварения, наблюдаются изменения в опорно-двигательном аппарате (нарушение осанки из-за увеличения естественных изгибов позвоночника, плоскостопие, боли в коленных суставах, стопах);

- снижение защитных сил организма, сопротивляемости, что выражается в частых простудных заболеваниях, в наличии хронических воспалительных процессов, гнойничков;

- насыщение крови продуктами неполного расщепления, которые выделяются через почки и в газообразном виде через легкие, при этом повреждаются легкие и требуется их углубленная вентиляция. Скопление таких продуктов в крови создает определенные ограничения в способности выполнять работу большой мощности;

- недостатки углеводного обмена создают препятствия к выполнению продолжительной работы умеренной интенсивности;

- состояние обменных процессов при диабете, ожирении находится в зависимости от состава пищи.

Отклонения в состоянии здоровья при обменных заболеваниях определяют методику физической подготовки. Однако из главных условий физкультурно-оздоровительной работы при нарушении обмена - рациональное питание, соблюдение высоких требований к личной гигиене (уход за телом, одеждой и т.д.) и к гигиеническим условиям занятий. Требует осторожности применение водных, воздушных и солнечных закаливающих процедур. Из физических упражнений травматичны высокоинтенсивные упражнения по причине слабости сердечно-сосудистой системы, главным образом самого сердца. Вместе с тем, почти все виды физических упражнений оказывают благоприятный эффект при условии постепенного увеличения нагрузки. При обменных нарушениях возможен переход в подготовительную группу, если изменения незначительны, заметно улучшаются общее состояние и физическая работоспособность под воздействием занятий физической культурой. Перевод в основную труппу, как правило, невозможен.

Учитывая особенности состояния организма при каждом заболевании, можно эффективно использовать индивидуальные формы занятий и применять специальные методики. Чаще же занятия с учащимися как основной, так и специальной групп носят общий характер, поэтому педагогу или инструктору физического воспитания необходимо ориентироваться на общие свойства и проявления ослабленного и больного организма.

Проведение занятий с девочками во время менструации

Для полного запрещения занятий физическими упражнениями принципиальных оснований нет, однако решение этого вопроса в каждом отдельном случае для каждой девочки зависит от школьного врача.

Практически здоровые девушки могут в период менструации (если она протекает нормально) выполнять на уроке физической культуры все предусмотренные программой двигательные действия, за исключением прыжков, резких движений и упражнений силового характера, связанных с повышением внутрибрюшного давления.

По определению ООН гендерные стереотипы — это распространенное мнение или предубеждение о свойствах и характеристиках, которыми обладают или должны обладать женщины и мужчины, а также о ролях, которые они выполняют или должны выполнять.

Гендерная педагогика относится к процессу обучения, который обращает внимание на потребности девочек и мальчиков (Gender Responsive Pedagogy 2005: 9), изучает особенности их обучения (Ерофеева 2009: 85; Закирова 2014). Основными задачами гендерной педагогики являются разработка теоретических основ, концепций гендерного подхода; разработка технологий воспитания и обучения с учетом гендерных различий (Градусова 2011: 10).

В педагогике различают полоролевой и гендерный подходы. Полоролевому подходу присущи следующие характеристики: подчеркивание различий между полами; воспитание жесткого выбора половой идентичности; ориентация на особое предназначение мужчины и женщины, поощрение видов деятельности, соответствующих полу; выбор видов поведения исходя из половой принадлежности; раздельное по полу обучение целесообразно; жестко сформированные гендерные стереотипы; осуждение отступления от традиционных патриархальных моделей устройства общества.

Гендерный подход характеризуют нейтрализация и смягчение различий между полами; воспитание свободного выбора гендерной идентичности; отсутствие ориентации на особое предназначение мужчины и женщины; поощрение видов деятельности, соответствующих интересам личности; выбор видов поведения исходя из конкретной ситуации; совместное обучение; тенденция к размыванию культурно сформированных гендерных стереотипов; отступление от традиционных патриархальных моделей устройства общества (Метликина 2013: 38).

В научной литературе описаны гендерные особенности обучающихся. Их можно разделить на четыре уровня: психологический, физический, когнитивный и поведенческий.

Гендерные особенности девушек на психологическом уровне, следующие:

• более развитое левое полушарие, обеспечивающее регуляцию речи и письма;

• преимущественно долговременная память;

• развитое наглядно-образное мышление; адаптация к среде проходит у них через переживания, иногда через эмоциональные срывы;

• они легче переносят эмоциональный стресс;

• преобладает субъективная самооценка, так как упор делается на испытываемые чувства и переживания.

Гендерные особенности юношей на психологическом уровне:

• более развитое правое полушарие, отвечающее за распознавание и анализ зрительных образов, форм и структур предметов; преимущественно кратковременная память;

• развитое абстрактное мышление; легкая адаптация к окружающей среде; плохая переносимость стресса;

• у них преобладает объективная самооценка (Метликина 2013: 39).

На физическом уровне у девушек присутствуют следующие особенности: у них меньшая масса тела, но большая грация, гибкость и подвижность; они быстрее развивают точность и координацию движений; у них визуальное восприятие информации происходит по горизонтали.

У юношей большая масса тела и физическая сила; у них менее развита точность и координация движений; у них доминирует визуальный обзор пространственных образов по вертикали (Метликина 2013: 39).

На когнитивном уровне у девушек доминирует количественный подход к изучению учебного материала; они обладают стройностью и четкостью анализа; склонны к алгоритму, выполнению действия по шаблону; их скорость внимания ниже, чем у юношей; они обладают пристрастием к монологу и повествованию.

У юношей доминирует качественный подход к изучению учебного материала; проявляется синтетический подход, умение обобщать на рациональной основе; они обладают высокой скоростью концентрации внимания; присутствует склонность к диалогу и дискуссионной деятельности (Метликина 2013: 39).

На поведенческом уровне девушки скрытны, послушнее, приветливее;

они раньше понимают, какими их хотят видеть окружающие; у них высокий уровень чувствительности и социальной ответственности; они обладают слуховым способом познания действительности.

Юноши более оптимистичны, открыты; у них выше показатель гуманных отношений в совместной деятельности; у них присутствует низкая способность демонстрировать социально одобряемые формы поведения; они обладают более четким визуальным восприятием пространства (Метликина 2013: 39).

Между девочками и мальчиками есть врожденные различия в мозге: развитие мозга и различия в строении мозга; химические и гормональные различия; функциональные различия; различия при обработке эмоций.

Различия в развитии мозга и различия в строении мозга проявляются в том, что девочки принимают большее количество ощущений, чем мальчики: лучше слышат, лучше ощущают запах, воспринимают кончиками пальцев и посредством кожи больше информации, лучше контролируют свое импульсивное поведение, лучше способны оценить риски и аморальное поведение, лучше в вербальных умениях и больше общаются словами. У мальчиков лучше восприятие пространства, способности в измерении, механике, географии и ориентировании, они склонны общаться невербально (Gurian, Ballew 2004: 23-24).

Гендерный подход к обучению на уроках физической культуры

Гендерный подход в физическом воспитании по мнению И.В. Евстигнеевой - это учет возрастных и гендерных особенностей мальчиков и девочек, формирование ценностей физической культуры и здорового образа жизни в связи с новыми представлениями о роли мужчины и женщины в обществе[4]. Изучая и обобщая достижения специалистов в области гендерной педагогики, гендерный подход в физической культуре можно рассматривать как процесс физического воспитания учащихся на основе двигательных предпочтений и мотивационных установок учащихся по полу с целью более полного удовлетворения их потребностей и привлечения к малоактивному образу жизни.

Отсутствие гендерного подхода к формированию индивида в подростковом возрасте снижает мотивацию к занятиям, деформирует процесс их психического развития и может негативно отразиться на их физическом и психическом здоровье. Поэтому юношей и девушек необходимо приобщать к систематическим занятиям физическими упражнениями и спорту, используя на занятиях дифференцированный

подход, который будет способствовать формированию здорового образа жизни.

Гиподинамия, то есть нехватка физической нагрузки и ослабление мышечной деятельности, что, как правило, приводит к большой подверженности различным заболеваниям, а также снижению адаптационных способностей организма. [Якимович В. С., Проектирование системы физического воспитания на основе личностно-ориентированного образования // Физическая культура, воспитание, образование, тренировка. 2002. № 1. С. 58-61.].

Занятия физической культурой и спортом положительно влияют на формирование у молодежи мотивации к ведению здорового образа жизни, а также физического и духовного развития. Выполнения различных физических упражнений имеют позитивное влияние на здоровье, повышая нервно-психическую устойчивость к всевозможным стрессам, поддерживают высокую умственную и физическую работоспособность [Лукьянов А. Б., Лукьянов Б. Г., Степанов В. С., Терещенко А. С., Иванов А. В., Оптимизация профессиональной прикладной физической подготовки студентов, обучающихся по специальностям в области информационных технологий // Ученые записки университета имени П. Ф. Лесгафта. 2020. № 4 (182). С. 286-293.].

Мальчики физкультуру понимают как развитие двигательных качеств в «чистом виде» (силы, выносливости, скорости), то есть телосложения, а девочки - как улучшение своего эстетического вида: фигуры, пластики, грации, гибкости, походки, т.е. у мальчиков и девочек разная мотивация для занятий спортом.

Установлено, что знание гендерных особенностей в системе физического воспитания поможет скорректировать тренировочные программы, способствовать формированию позитивного отношения к образовательной двигательной активности и обеспечить реализацию дифференцированного подхода в процессе физического воспитания школьников.

Исходя из выше сказанного, можно организовать учебный процесс по физической культуре с учетом психологических и физиологических особенностей мальчиков и девочек. Например, если в школе есть 2 зала, то можно проводить занятия одновременно с двумя классами одной параллели, т.е. все девочки занимаются с одним преподавателем в одном зале, а все мальчики – с другим преподавателем.

Такая организация урока дает следующие преимущества:

• Учет психических и физиологических особенностей детей разного пола.

• Присутствует соревновательный момент, так как на каждом уроке занимаются учащиеся из двух разных классов и одного пола.

• Конкретная работа по программе или для девочек, или для мальчиков (внимание преподавателя не рассеивается на две разнополые группы, работающие по разным программам, например, по гимнастике).

• Дозирование нагрузок, подбор упражнений и игр, наиболее полно отражающий разный уровень физического развития мальчиков и девочек.

• Отсутствие стеснительности и ощущения неловкости при выполнении определенных упражнений.

Все это позволяет решать общеобразовательные и воспитательные задачи на более высоком качественном уровне. На таких уроках значительно выше дисциплина, потому что решение поставленных двигательных задач (при отсутствии отвлекающих факторов) становится основным мотивом для занимающихся.

Понятно, что возможность раздельного обучения мальчиков и девочек зависит от материально-технических условий конкретной школы, от наличия необходимых спортивных помещений и специальных сооружений.

Принимая во внимание возрастные особенности, очень важно исходить из того, что задачей инструктора по физическому воспитанию является выявление и строгий учет в процессе обучения всех индивидуальных особенностей девочек и мальчиков, для того чтобы строить учебно-воспитательную работу на основе реальных возможностей детей.

Например, учитывая особенности опорно-двигательного аппарата, необходимо настойчиво избегать неправильных поз, высоких нагрузок на позвоночник, одностороннего напряжения мышц туловища, сильных толчков и сотрясений тела, перенапряжения суставно-связочного аппарата и мышц при длительных мышечных усилиях, особенно статического характера и т.п. В то же время следует постоянно активизировать деятельность мышечной системы, выравнивая уровень развития отдельных мышечных групп и контролируя эту работу по осанке.

Таким образом, можно сделать вывод, что при организации занятий физическими упражнениями следует учитывать особенности мальчиков и

девочек. Девочкам и мальчикам должны предъявляться разные требования к выполнению одних и тех же движений; четкости, ритмичности, затраты дополнительных усилий (для мальчиков); пластичности, выразительности, грациозности (для девочек). Движения мальчиков должны носить активный, решительный, силовой характер. Движения девочек должны отличаться артистичностью, пластичностью, изяществом.

Памятка для педагогов и родителей при общении с мальчиками и девочками

1. Никогда не забывайте, что перед вами не просто ребенок, а мальчик или девочка с присущими им особенностями восприятия, мышления, эмоций. Воспитывать, обучать и даже любить их надо по-разному. Но обязательно очень любить.

2. Никогда не сравнивайте мальчиков и девочек, не ставьте одних в пример другим: они такие разные даже по биологическому возрасту – девочки обычно старше ровесников – мальчиков.

3. Не забывайте, что мальчики и девочки по-разному видят, слышат, осязают, по-разному воспринимают пространство и ориентируются в нем, а главное по-разному осмысливают все, с чем сталкиваются в этом мире. И уж, конечно, не так, как мы взрослые.

4. Помните, что, когда женщина воспитывает и обучает мальчиков (а мужчина – девочек), ей мало пригодится собственный детский опыт и сравнивать себя в детстве с ними – неверно и бесполезно.

5. Не переусердствуйте, требуя от мальчиков аккуратности и тщательности выполнения вашего задания.

6. Старайтесь, давая задание мальчикам, включать в них момент поиска, требующий сообразительности. Не надо заранее рассказывать и показывать, что и как делать. Следует подтолкнуть ребенка к тому, чтобы он сам открыл принцип решения, пусть даже наделав ошибок.

7. С девочками, если им трудно, надо вместе, до начала работы, разобрать принцип выполнения задания, что и как надо сделать. Вместе с тем, девочек надо постепенно учить действовать самостоятельно, а не только по заранее известным схемам, подталкивать к поиску собственных решений незнакомых, нетиповых заданий.

Таким образом в школе гендерное образование в первую очередь должно быть направлено на преодоление гендерных стереотипов. Мужчина и женщина – это не две противоположности. Это всего лишь два разных пола, но одного рода – люди. И поэтому это должно не мешать, а наоборот способствовать развитию каждого мальчика и девочки. Гендерное развитие следует проводить целенаправленно и участвовать в нем должны педагоги, психологи и родители. Важно подсказать, показать и помочь находить красивое в жизни, в том числе – в человеке противоположного пола. Поэтому как образовательный, так и воспитательный процесс должен строиться с учетом всех перечисленных особенностей, с ориентацией на обе гендерные подгруппы.

С другой стороны, существующие в обществе гендерные стереотипы о роли женщин и мужчин в спорте, приводят к некоторым ограничениям в плане развития определенных личностных и физических качеств девочек. Например, до сих пор многие родители, учителя и даже сами школьники считают, что футболом, борьбой, тяжелой атлетикой занимаются исключительно мальчики.

По данным Госагентства по делам молодежи, физической культуры и спорта, в олимпийских видах спорта Кыргызстана на одну спортсменку приходится четверо мужчин. Большинство девушек занимаются плаванием, художественной гимнастикой и легкой атлетикой.

Но у нас известны спортсменки, которые достигли высоких результатов в борьбе, футболе, тяжелой атлетике.

Айсулуу Тыныбекова — спортсменка по вольной борьбе. Она участница Олимпийских игр, Азиатских игр, Чемпионатов Азии, а также Чемпионатов мира. В 2019 году завоевала золотую медаль, стала чемпионкой мира по вольной борьбе и получила Олимпийскую лицензию. Это первая в истории Кыргызстана медаль высшего достоинства на этом турнире. В 2020 году она завоевала золотую медаль Кубка мира в Белграде.

Валентина Шевченко — (уроженка Кыргызстана, но выступает за Перу) — боец смешанных единоборств, выступает в этом направлении с 2003 года. Провела 24 боя, 21 из которых ей удалось выиграть. Защитила пояс UFC. Она является 11-кратной чемпионкой мира по тайскому боксу, 3-кратной чемпионкой мира по кикбоксингу и 2-кратной чемпионкой мира по ММА. Помимо этих достижений, она также является чемпионкой Южной Америки и панамериканской чемпионкой по тайскому боксу. Валентина Шевченко — обладательница звания «Лучшая женщина тайбоксер мира».

Футболистка сборной Кыргызстана Айжан Боронбекова стала лучшим игроком матча в чемпионате Узбекистана в 2022 году.

Отношение девочек и мальчиков к спорту формируются и в семье, и в школе. Социальная польза от участия в спорте особенно важна для девочек, учитывая, что, по данным британского исследования гендерного равенства в спорте, многие девочки в юности имеют меньше возможностей для социального взаимодействия вне дома и семейного круга, чем мальчики. Помимо того, что спорт полезен для физического и психического здоровья, он также может стать эффективной платформой для развития лидерских навыков женщин и девочек, которые они могут привнести в другие сферы жизни, в том числе гражданскую и профессиональную области. Сила, настойчивость, приверженность, командный дух, солидарность, ведение переговоров и уважение к другим являются главными ценностями не только в спорте, но и в борьбе за гендерное равенство и расширение прав и возможностей женщин.

Право на доступ к спорту и участие в спортивной деятельности закреплено несколькими международными договорами, в том числе Всеобщей декларацией прав человека (статьи 24 и 27), Международным пактом о социальных, экономических и культурных правах (статья 15), Конвенцией о правах ребенка (статья 31), Конвенцией о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин (статьи 10 и 13), а также Конвенцией о правах инвалидов (статья 30). Согласно положениям международного права в области прав человека, государства также обязаны принять все надлежащие меры для искоренения гендерных стереотипов (статья 5 Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин), в том числе в области спорта.

Причиной такого отношения является традиционная система воспитания, которая до их пор основывается на биологических различиях мальчиков и девочек, и это может ограничивать свободу выбора для девочек определенных видов спорта, существует деление на сугубо женские и мужские виды спорта, бытует мнение, особенно в сельских регионах что девочкам нельзя заниматься мужскими видами спорта, потому что якобы мужские виды спорта делают женщину мужеподобной, а женские виды спорта развивают женственность, кроме того ее надо готовить к замужеству. По статистике проведения республиканских соревнований по видам спорта в Кыргызстане, среди участников мужчин больше, чем женщин, такая же ситуация наблюдается и в количестве мальчиков и девочек, занимающихся в спортивных секциях.

Стереотипное отношение также может порождать неравенство в уровне заработной платы, призах и прочих материальных стимулах. С точки зрения финансирования и спонсорства женщины получают куда меньше поддержки, чем мужчины-спортсмены.

Как правило, мужские виды спорта более популярны, в них вкладывают больше денег, там больше спонсоров и больше внимания СМИ. По статистике ЮНЕСКО, 40% всех спортсменов — женщины, а женский спорт получает внимание лишь около 4% всех спортивных СМИ, которые в первую очередь объективизирует ее как женщину, акцентирую внимание на внешности, возрасте, семейном положении, только потом освещает ее спортивные достижения.

Поэтому для преодоления гендерных стереотипов при выборе спорта, важное значение имеет информационно-просветительская работа: нужно больше внимания со стороны СМИ для более полного и объективного освещения достижений женщин Кыргызстана в современном спорте, что сделает занятия спортом более привлекательным и для детей, и для родителей. Здесь не обойтись без поддержки со стороны государства для создания комфортных условий для занятий оздоровительной физической культурой и спортом — доступные спортивные центры и секции, финансовые ресурсы, информационные кампании и популяризация спорта среди девочек и т.д.

Для того чтобы преодолеть гендерные стереотипы в спорте необходимо больше информировать о достижениях женщин-спортсменок и всячески поощрять девочек заниматься любительским и профессиональным спортом, воспитывать в них стремление к физическому совершенствованию. Кроме этого, важно на уроках физической культуры

использовать различные методы выполнения упражнений: фронтальный и круговой метод выполнения заданий, работу в смешанных подгруппах, соревновательный метод.

Согласно глобальному докладу ЮНЕСКО «Насилие и буллинг в школе» около 246 миллионов детей и подростков во всем мире ежегодно сталкиваются с насилием и травлей в школе. Это значит, что каждый десятый школьник подвергается насилию в школе.

Насилие в образовательных организациях имеет различную природу и характер, проявляется как в форме однократных насильственных действий, так и в виде постоянных издевательств, унижений и систематической травли.

Последствия школьного насилия сказываются на протяжении всей жизни человека, отражаясь на его эмоциональном и когнитивном развитии, физическом и психическом здоровье и поведении.

Насилие может быть физическим и словесным, выражаться в насильственных действиях и высказываниях сексуального характера, иметь явно или неявно выраженную гендерную направленность, преследовать материальную выгоду (вымогательство и отбирание вещей и денег).

Физическое насилие – это действия с применением физической силы в целях причинения человеку боли, дискомфорта, унижения его достоинства. Насилие может исходить как от педагогических работников в отношении учащихся, так и от учащихся в отношении педагогов или сверстников. Нередко поддержание дисциплины в классе осуществляется при помощи унижающих достоинство учащихся телесных наказаний и мер психологического воздействия. Иногда педагоги разговаривают с учащимися на повышенных тонах, необоснованно критикуют, шантажируют, предъявляют завышенные требования или подвергают чрезмерным наказаниям. Это ничто иное как применение мер психического насилия по отношению к учащемуся, унижение его чести и достоинства.

Буллинг – это целенаправленное нанесение вреда другому ребенку; действие, которое повторяется регулярно, и подразумевает наличие неравенства сил, что не позволяет жертве прекратить насилие по отношению к себе. Буллинг может быть везде и в любое время:

в повседневной жизни, в переписках, или социальных сетях. Он не только мешает ребенку сосредоточиться на учебе, но и может стать причиной длительной психологической травмы.

Запугивание может иметь пагубные и долгосрочные последствия для детей. Помимо физических последствий, дети могут испытывать эмоциональные и психические проблемы со здоровьем, включая депрессию и беспокойство, которые могут привести к снижению успеваемости в школе. В отличие от буллинга в повседневной жизни, кибербуллинг может достать жертву в любом месте, в любой момент. Поскольку кибербуллинг — это запугивание и травля с использованием цифровых технологий. Он может проходить в социальных сетях, в приложениях для обмена сообщениями, на игровых платформах и мобильных телефонах. Последствия кибербуллинга могут быть опаснее, так как аудитория воздействия гораздо шире.

Большинство случаев насилия в образовательных организациях никак не регистрируется и часто остается незамеченным. В некоторых ситуациях агрессивные действия учащихся или педагогов осуждаются, но руководство образовательной организации не предпринимает должных мер для их прекращения и дальнейшего недопущения.

Каждый педагог должен уметь выявлять и анализировать причины насилия и не оставлять без внимания факты проявления насилия. Педагог не имеет права не знать, что происходит с учащимися, и закрывать глаза на агрессивные «выходки» подростков. Любая информация о проявлении насилия должна быть проверена и принята к вниманию.

Все дети должны чувствовать себя в безопасности в школе, за ее пределами, а также в интернете. Эффективно снижают буллинг конструктивные отношения между педагогами и детьми.

В случае с одноклассниками еще можно как-то бороться и устранить источник агрессии. Однако, если педагог является агрессором, ребенок может испытать огромное давление. В школе, на подсознательном уровне, педагог стоит в роли наставника и авторитетной личности в глазах детей. Выделяя любимчиков и позволяя себе шутки в адрес других детей, педагог рискует максимально негативно повлиять на их самооценку. Авторитетная личность в глазах детей должна быть беспристрастной. Одна его насмешка в сторону ребенка, может обрушить на него смех и издевательства всего класса. Чаще всего это незаметно и кажется совсем безобидным, например, на уроке физической культуры инструктор может невзначай сказать конкретному учащемуся при всех «ты толстая\ый»,

«у тебя не получится», «ты слабое звено в команде» и другие подобные комментарии.

К сожалению, бывают случаи, когда педагоги предвзято относятся к учащимся, прилюдно высмеивают их ответы, способности и даже внешний вид, используя грубое, унижающее порицание. Такое отношение со стороны педагогов может только обострить взаимоотношение одноклассников и выделить в их среде конкретного ученика, которого начнут буллить и не только на уроках физкультуры, а вообще в школьной среде. [48]

Рекомендации педагогу по формированию и поддержанию позитивного социально психологического климата в классе

• Привлекайте учащихся к разным совместным делам, чтобы каждый чувствовал свою сопричастность к решению общих задач: подготовке мероприятий, дежурству, организации экскурсии, субботника, проведению акций и др. Поощряйте участие застенчивых и робких детей и подростков. Давайте им задания, в которых они смогут реализовать себя в полной мере и преодолеть застенчивость. Поддерживайте желание учащихся помогать друг другу в выполнении домашнего задания, подготовке к контрольной, тренировке навыков для сдачи нормативов по физической культуре и др.

• Акцентируйте важность и ценность многообразия (культурного, национального, религиозного и др.), а также различных способностей и умений, вкусов и предпочтений, физических и интеллектуальных возможностей. Подчеркните, что все люди в целом и учащиеся данного класса в частности чем-нибудь отличаются друг от друга и именно это придает им неповторимость. При необходимости расскажите о причинах, по которым некоторые учащиеся ведут себя не так, как остальные, объясните, что они испытывают трудности в учебе, имеют ограничения в занятиях спортом и играх из-за нарушений развития или болезни.

• Не допускайте сами и пресекайте со стороны других любые насмешки, обидные комментарии в адрес учащихся, имеющих особые образовательные потребности, особенности в физическом или умственном развитии, внешнем виде, поведении, а также учащихся, гендерно неконформных, менее успешных в учебе или хуже развитых физически, мигрантов, представителей национальных или религиозных меньшинств, детей, семьи которых имеют низкий социальный и материальный статус.

• Не перехваливайте учащегося как самого способного, умного, ответственного, чтобы не вызвать к нему зависть. Также не выделяйте учащегося как единственного, кто не решил задачу, не пробежал дистанцию,

не участвовал в мероприятии, чтобы не унизить его и не выставить на смех. В классе не должно быть «любимчиков» и тех, кого педагог явно недолюбливает.

• Не обсуждайте и не оценивайте личностных качеств учащегося перед всем классом: не сравнивайте учащихся, их способности, умения, достижения, не обсуждайте недостатки и слабые места учащихся, чтобы не провоцировать над ними насмешки и издевательства. Поощряйте сотрудничество, а не соперничество.

• Своим личным примером показывайте уважительное отношение ко всем членам учебного коллектива, разъясняйте учащимся, как вести и разговаривать (общаться) уважительно. Не оставляйте без внимания ни одного случая неуважительного (дискриминационного) поведения или высказывания, унижающего достоинство человека из-за его пола, этнического происхождения, национальности, языка, религиозной принадлежности, социально-экономического положения, наличия инвалидности или заболевания, гендерной идентичности.

• Используйте дисциплинарные меры, имеющие воспитательный, а не карательный характер. Вынося учащемуся порицание, давайте характеристику его поступку и возможным последствиям, а не его личности. Обсуждайте то, что случилось, не делайте заключений, что учащийся ведет себя так всегда. Это только закрепляет негативное поведение.

• Не призывайте весь класс к коллективной ответственности за нарушение дисциплины, какой-либо проступок отдельного учащегося или его неспособность выполнить коллективное задание.

• Учащегося, которого в классе не принимают, или того, кто систематически нарушает дисциплину на уроке, можно посадить рядом с уверенным в себе, имеющим определенный авторитет у одноклассников и неагрессивным сверстником. Не усиливайте изоляцию отвергаемых учащихся, сажая их отдельно. Если более активный и агрессивно настроенный учащийся постоянно задирает, обижает своего тихого соседа, рассадите их, не допуская закрепления такого поведения.

• Привлекайте мальчиков в качестве агентов изменения гендерных стереотипов и норм, способствующих насилию.

• Не пренебрегайте жалобами учащихся. Даже если случай незначительный и не требует немедленных действий, наблюдайте за ситуацией, чтобы лучше в ней разобраться и вовремя принять меры. Враждебные высказывания учащихся по отношению друг к другу,

оскорбительные записки и рисунки, другие проявления агрессивности не должны оставаться без внимания.

Работу по профилактике буллинга необходимо строить с точки зрения системного подхода: организуя виды деятельности, формирующие адекватные потребности и заменяя имеющиеся конфликтные, агрессивные отношения более конструктивными. Занятия физической культурой и спортом и формирование навыков здорового образа жизни являются одним из таких направлений. Создание здоровой атмосферы, конструктивного социально-психологического климата, совместной спортивно-оздоровительной и соревновательной деятельности учащихся предупреждают появление предвзятых отношений между учениками и служат профилактикой буллинга в школе.

Кроме того, занятия физической культурой и спортом помогают учащимся адаптироваться в образовательной организации и поддерживать себя в хорошей физической форме.

В школьной среде не должно быть место буллингу, а значит и насилию. И в этом неоценима роль педагога, в том числе и инструкторов по физической подготовке.

ГЛОССАРИЙ

Атрофия мышц	процесс, при котором происходит прогрессирующее снижение объема мышечной массы. Из-за обездвиживания человека вследствие травмы или по причине различных заболеваний мышечные волокна со временем становятся тоньше, и уменьшается их количество
Буллинг	английский аналог слова «травля» – постоянные намеренные негативные действия, направленные на одного и того же ребенка со стороны другого ребенка или группы детей. В это понятие входит намеренная, постоянная травля, при которой явно прослеживается неравенство сил обидчика и агрессора; террор любого вида: психологический, физический, открытый и незаметный
Гендер	(от англ. gender, от лат. genus «род») — социальный пол, определяющий поведение человека в обществе и то, как это поведение воспринимается. Полоролевое поведение, которое определяет отношение с другими людьми: друзьями, коллегами по работе, одноклассниками по месту учебы, родителями, случайными прохожими и т. д.
Гендерная идентичность	переживание собственного соответствия гендерным ролям, т.е. совокупностям общественных норм и стереотипов поведения, характерных для представителей/-ниц определенного пола (или таким, что приписываются представителям/-ницам определенного пола общественно-исторической или социокультурной ситуацией
Гендерная неконформность	неспособность принимать социальные нормы полоролевого поведения. Термин обычно используется по отношению к детям, которые предпочитают обычно несвойственные их полу игры, игрушки, действия
Гендерная чувствительность	(англ. gender sensitivity) означает подход, учитывающий те специфические социальные, культурные, экономические и политические контексты, в которых живут женщины и мужчины
Дефицит массы тела	заболевание, которое выражается в снижении массы тела человека ниже критической отметки индекса массы тела
Идеомоторные упражнения	мысленное прорабатывание каждого элемента обычной тренировки. При правильном выполнении, мозг человека посылает особые импульсы к прорабатываемым мышцам, благодаря чему, соответствующие волокна приходят в тонус
Избыток массы тела	результат формирования аномальных или избыточных жировых отложений, которые могут нанести вред здоровью
Иммобилизация	установление неподвижности, поврежденной или больной части тела, обычно конечности или позвоночник
Кибербуллинг	травля в интернет-пространстве
Корригирующие упражнения	специальные упражнения, которые направлены на устранение нарушений осанки и искривлений позвоночника

Остеохондроз	дистрофические нарушения в тканях суставного хряща, которые могут быть локализованы в любых суставах, а также в межпозвоночных дисках
Посттравматическая реабилитация	лечебный комплекс и профилактические мероприятия, направленные на максимально возможное восстановление утраченных способностей пациента после травм и операций
Постуральные упражнения	плавные движения, которые дают возможность укрепить мышечный корсет, исправить осанку и избавиться от проблем с позвоночником
Репозиция	медицинская процедура, которая представляет собой формирование фрагментов костей после перелома для обеспечения лучшего сращения костей
Сколиоз	заболевание костно-мышечной системы, при котором деформируется (искривляется) позвоночник. Деформация может быть врожденной либо развившейся с течением времени
Социализация	процесс становления личности, обучения и усвоения индивидом ценностей, норм, установок, образцов поведения, присущих данному обществу, социальной общности, группе
Социальная чувствительность	психологическое явление, когда индивид, относящийся к какой-то социальной группе, тонко, хорошо понимает другого индивида той же группы
Социально-экономическое неравенство	неравномерное распределение доходов и возможностей между различными группами общества
Физическое насилие	действия с применением физической силы в целях причинения человеку боли, дискомфорта, унижения его достоинства
Функциональные нарушения	затрудненная способность заботиться о себе и выполнять рутинные действия. Это могут быть, например, нарушения зрения, слуха или двигательных функций, нарушения роста, поведения, развития речи или психического развития
Эмоциональное насилие	грубые окрики, оскорбления, постоянная критика, унижение чувства достоинства

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Всеобщее основное среднее образование к 2015 г. Глобальная инициатива «Дети, не посещающие школу» ИССЛЕДОВАНИЕ ПО КЫРГЫЗСТАНУ

2. Health Survey for England 2015 Physical activity in children. Published 14th December 2016. This report examines physical activity levels in children in England in 2015. It compares different population groups, by age, sex, income and region. Отчет об исследовании: половое созревание и спорт: невидимая стадия

3. К вопросу гендерного подхода в физическом воспитании дошкольников. Вестник науки и творчества

4. Т.В. Артамонова, Т.А. Шевченко. Гендерная идентификация в спорте, 2009 Монография

5. Физическая культура и спорт в современном обществе: материалы Всероссийской научной конференции с международным участием, посвященной 55-летию со дня основания Дальневосточной государственной академии физической культуры (25-26 марта 2022 г.) / под ред. Е.А. Ветошкиной. – Хабаровск: ДВГАФК, 2022. – 351 с.

6. Аухадеев Э.И., Галеев С.С., Сафин М.Р. Уроки физического воспитания в специальной и подготовительной медицинских группах: Метод.пособие. - М.: Высш.шк., 1986

7. Бальсевич В.К. Физическая культура для всех и для каждого. - М.: Физкультура и спорт, 1988 - 208с

8. Брехман И.И. Введение в валеологию - науку о здоровье. - М.: 1987

9. Булич Э.Г. Физическое воспитание в специальных медицинских группах. - М: Высшая школаД986г-255с

10. Бурухин С.Ф. Гимнастика — это очень важно//Физическая культура в школе. 2000г, №8. – с.10-12

11. Вайнбаун Я.С. и др. Гигиена физического воспитания и спорта: Учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений//Я.С. Вайнбаум, В.И. Коваль, Т.А.Родионова - М: Издательский центр «Академия»,2002г-240с

12. Велитченко В.Н. Организация занятий с учащимися, отнесенными к специальной медицинской группе // Настольная книга учителя физической культуры / Под ред. Л.Б.Кофмана. – М.: Физкультура и спорт, 1998. – с.60-66

13. Велитченко В.Н. Физкультура для ослабленных детей - 2-е изд. перераб. и доп. -М.: Физкультура и спорт, 1989

14. Детская спортивная медицина / Под ред.С.Б. Тихвинского, С.В. Хрущева - руководство для врачей, 2-е изд.перераб.и доп. - М: Медицина, 1991г - 50-60с

15. Дубровский В.И. Валеология. Здоровый образ жизни. - М.: RETORIKA-A: Высш.шк., 1985

16. Дубровский В.Н. Лечебная физическая культура. – М.: Физкультура и спорт, 1988.

17. Ермолаев Ю.А. Возрастная физиология: Учеб. пособ. для студентов педагогических вузов - М.: Высш.шк., 1985

18. Железняк Ю.Д., Петров П.К. Основы научно-медицинской деятельности в физической культуре и спорте: Учеб. пособие для студ. высш. пед. заведений – М: Издательский центр «Академия»,2002г,264с

19. Забродина Н.П. Работа со специальными медицинскими группами //Физическая культура в школе-2000-№6-с22-25

20. Кочеткова И.Н. Парадоксальная гимнастика Стрельниковой. - М.: Советский спорт, 1989

21. Луткова И.Н. Лечебная физическая культура для студентов специальных медицинских групп: Учеб.пособие (ПГПУ им. В.Г.Белинского) - Пенза, 998г -39с.

22. Лечебная физическая культура. Учеб. для институтов физической культуры/ Под ред. С.Н. Попова. -М: Физкультура и спорт, 1988,-271с.

23. Натанзон Э.Ш. Трудный школьник и педагогический коллектив. - М.: Просвещение, 1984

24. Полтырев С.С., Русин В.Я. Внутренние органы при физических нагрузках. - М.: Медицина, 1987

25. Попов СВ. Валеология в школе и дома (о физическом благополучии школьников). - СПб.: Союз, 1997

26. Рипа М.Д. и др. Занятия физической культурой со школьниками, отнесенными к специальной медицинской группе / М.Д. Рипа, В.К. Велитченко, С.С. Волкова; под ред. М.Д. Рипы - М.: Просвещение, 1988,-175с.

27. Сердюковская Г.Н. Социальные условия и состояние здоровья школьников. - М.: 1979

28. Страковская В.Л. Подвижные игры в терапии больных и ослабленных детей - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1982

29. Студеникин М.Я. Книга о здоровье детей. -М.: Медицина, 1982.

30. Сухарев А.Г. Здоровье и физическое воспитание детей и подростков. – М.: Медицина, 1991.

31. Тихвинский С.П. Роль физического воспитания в здоровье подростка. -Л.: Знание, 1988

32. Туманова А. Будут ли от «Покемона» здоровые дети? (Любимая газета. Пенза. 16 мая 2001г., №20/107).

33. Тамбиан Н.Б. Распределение школьников на медицинские группы // Настольная книга учителя физической культуры/Под ред. Л.Б. Кофмана, - М.: Физкультура и спорт, 1998. – с.47-54.

34. Тамбиан Н.Б. Сроки возобновления занятий физическими упражнениями после перенесенных заболеваний//Настольная книга учителя физической культуры/Под ред. Л.Б. Кофмана, - М.: Физкультура и спорт, 1998. – с.55-60.

35. Физическое воспитание детей и подростков с отклонениями в состоянии здоровья. Метод указания – М.: 1982.

36. Фонарев М.И., Фонарева Т.А. Лечебная физкультура при детских заболеваниях – Л.: Медицина. Ленинградское отделение, 1981.

37. Цвек С.Ф., Язловецкий В.С. Физическое воспитание детей с ослабленным здоровьем. – К.: Здоровье, 1983, - 152с.

38. Чумаков П.Н. Валеология. – М.: Медицина, 1997.

39. Система “образование – здоровье” в современной школе. ISBN 978-5-91409-545-8. В сб. Материалы межд. научно-практ.конференции “Стратегия формирования здорового образа жизни населения средствами физической культуры и спорта: целевые ориентиры, технологии и инновации”. Тюмень: «Вектор Бук», 2021.– 472с.

40. Здоровье населения и деятельность организаций здравоохранения КР, 2011-2021 год. http://cez.med.kg.

41. Концепция воспитания школьников и учащейся молодежи Кыргызской Республики до 2020 года. (Приказ МОН КР от 22 июля 2014 года № 545/1.

42. Бервинова Н.С., Шарабакин Н.И. Основы школьной физической культуры. Б.2012. с. 214.

43. Программа по физическому воспитанию учащихся средних общеобразовательных учебных заведений (школы, гимназии, лицеи). Бишкек, «ТАС», 2004. -64 с.

44. Расширение прав и возможностей женщин посредством спорта, 2012, ВОЗ

45. Ш.К.Шахов, А.С.Дамадаева. Гендерная психология спорта: культурно-образовательный аспект

46. Дифференцированный подход на уроках физической культуры в школе

47. Гендерные особенности организации обучения подростков/ Выпускная квалификационная работа «Педагогическое образование»

48. Учитель наносит удар. Как и почему педагоги травят своих учеников? Первый национальный психолого-педагогический институт