

## СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Е.А. Зименкова, Л.Р. Шафикова

Башкирский институт физической культуры (филиал Урал ГУФК), г. Уфа, Россия  
ilyashafikova @yandex.ru

Каждый возрастной период характеризуется своими специфическими особенностями. Переход от одного возрастного периода к последующему выделяют как переломный этап индивидуального развития, или критический период. В связи с переходом к школьному обучению у детей этого возраста изучают особенности реакций на умственную и физическую нагрузки. Дети младшего школьного возраста находятся в предпубертатном состоянии, т.е. в периоде, непосредственно предшествующем половому созреванию. Существенной особенностью младших школьников является усиленный рост мускулатуры, увеличение массы мышц и значительный прирост мышечной силы (Арямов И.А., 1928).

Очень важно отметить, что в 7–10 возрасте продолжается окостенение скелета, поэтому неправильная посадка за партой, односторонняя нагрузка могут привести к сутулости, искривлениям позвоночника. Особенно часто это наблюдается у детей со слабой мускулатурой, мало двигающихся. В дальнейшем, после окостенения скелета, у них на всю жизнь остаются боковые искривления позвоночника (сколиозы) сутулая или круглая спина.

В настоящее время жизнь большинства школьников протекает в условиях пониженной двигательной активности.

Известно, что по приходу в современную среднюю школу у ребенка меняется вся его жизнедеятельность, перестраивается распорядок дня, обычно исключается дневной сон, увеличиваются статические нагрузки (сидение за партой - четыре урока ежедневно и 1–2 часа занятий дома). В связи с этим в детском организме происходят значительные изменения, и если он не подготовлен к большим нагрузкам, то переносит их труднее (Вышинская Л.В., 2003).

Поэтому нами было проведено педагогическое тестирование и анализ медицинских карт младших школьников в средней общеобразовательной школе №100 г. Уфы. В исследовании принимали участие 178 девочек и мальчиков младшего школьного возраста.

По данным анализа медицинских карт было выявлено, что к первой группе здоровых было отнесено 10,3% (18 школьников), ко второй группе здоровья – 74,0% (132 ученика), третью группу составило – 15,7% (28 школьника). Необходимо отметить, что на первом месте среди выявленных отклонений в состоянии здоровья детей заняли заболевания опорно-двигательного аппарата. У детей наблюдались сколиотическая осанка – 88,6%.

По мнению А.И. Кураченкова и О.В. Мальченко (1970) сохранение неправильного положения позвоночного столба может привести к дальнейшим ухудшениям в состоянии здоровья ребенка, изменения со стороны опорно-двигательного аппарата, снижении дыхательной экскурсии, кифосколиоз, неправильно развиваются мышечные, и костно-хрящевые ткани, нарушения происходят в мочеполовой, нервной, эндокринной систем, желудочно-кишечного тракта и других систем организма. Также наблюдается дыхательная и сердечнососудистая недостаточность, слабая двигательная координация и мышечное равновесие, прослеживается низкий уровень быстроты и быстроты мышления.

В государственную программу тестирования физической подготовленности входили нормативы (по В.И. Ляху, 1998) определяющие уровень развития скоростных, координационных, силовых, скоростно-силовых способностей, а также гибкости и выносливости. Основанием для оценки результатов тестирования являлись учебные нормативы школьной программы по физическому воспитанию для соответствующего класса и государственной системы оценки физической подготовленности детей в соответствии с возрастом учеников.

Для оценки успешности выполнения школьной программы по физическому воспитанию проводилось педагогическое тестирование физической подготовленности младших школьников.

У детей с заболеванием сколиоз показатели физической подготовленности ниже во всех нормативных тестах, чем у детей, относящихся к первой группе. Данные физической подготовленности представлены в таблице 1 и таблице 2.

Таблица 1

Показатели физической подготовленности здоровых детей (n=86) школы №100 г. Уфы (M±m)

| Контрольные тесты                                       | Возраст (лет)  |               |               |                |
|---|----------------|---------------|---------------|----------------|
|   | 7 (n=26)       | 8 (n=23)      | 9 (n=21)      | 10 (n=16)      |
| 1. Бег 30 м с высокого старта (с.)                      | 6,60±1,4(с)    | 6,55±1,2(с)   | 6,61±2,2(с)   | 6,24±1,8(с)    |
| 2. Прыжки в длину с места (см)                          | 122,01±2,1(с)  | 123,02±2,4(с) | 130,14±2,2(с) | 150,04±1,4(с)  |
| 3. Челночный бег 3x10 м (с)                             | 15,81±1,4(н)   | 12,81±2,12(н) | 9,14±2,4(с)   | 14,44±1,8(н)   |
| 4. Сгибание и разгибание рук из упора лежа (кол-во раз) | 10,1±2,66(с)   | 10,2±1,41(н)  | 12,00±1,4(с)  | 14,01±1,8(с)   |
| 5. Наклоны вперед из положения сидя на полу (см)        | 3,0±1,5(с)     | 3,02±1,2(с)   | 2,03±1,4(н)   | 3,0±1,6(н)     |
| 6. Шестиминутный бег (м)                                | 720,01±1,41(с) | 840,04±2,6(с) | 880,01±1,0(с) | 1000,03±2,4(с) |

Примечание: **n** – количество школьников, **M** – среднее арифметическое значение, **m** – ошибка среднего арифметического значения, **н** – низкий уровень развития физического качества, **с** – средний уровень развития физического качества, **в** – высокий уровень развития физического качества.

Как видно из таблицы 1 и 2 показатели младших школьников со сколиозом ниже, чем у здоровых детей. Так, в «беге на 30 м» у детей со сколиозом в возрасте в 7-ми, 8-ми и 9-ти лет низкие показатели, тогда как здоровые дети показали средний уровень во всех возрастах.

У детей со сколиозом в тесте «челночный бег» и «наклон вперед из положения сидя на полу» во всех возрастах и «прыжок в длину с места» в 7 и 8 летнем возрасте низкие показатели, а у здоровых детей в тесте «прыжок в длину с места» средний уровень развития скоростно-силовых качеств.

В тесте «сгибание и разгибание рук в упоре лежа» в 7-ми, 8-ми и 10-ти летнем возрасте также низкий уровень у детей со сколиозом, у здоровых детей в этом возрасте средние показатели. И в тесте «шестиминутный бег» у детей со сколиозом в 10-ти летнем возрасте выявлен низкий уровень, у здоровых детей в данном тесте во всех возрастах определен средний уровень развития общей выносливости.

Таблица 2

Показатели физической подготовленности детей со сколиотической осанкой 7–10 лет (n=92) школы №100 г. Уфы (M±m)

| Контрольные тесты | Возраст (лет) |          |          |           |
|-------------------|---------------|----------|----------|-----------|
|                   | 7 (n=10)      | 8 (n=23) | 9 (n=29) | 10 (n=30) |

|  |                |               |               |               |
|--|----------------|---------------|---------------|---------------|
| <b>1. Бег 30 м с высокого старта (с.)</b>                      | 7,40±1,4(н)    | 8,55±1,2(н)   | 8,61±2,2(н)   | 6,24±1,8(с)   |
| <b>2. Прыжки в длину с места (см)</b>                          | 100,01±2,1(н)  | 120,02±2,4(н) | 130,14±2,2(с) | 150,04±1,4(с) |
| <b>3. Челночный бег 3x10 м (с)</b>                             | 15,81±1,4(н)   | 19,81±2,12(н) | 17,14±2,4(н)  | 19,44±1,8(н)  |
| <b>4. Сгибание и разгибание рук из упора лежа (кол-во раз)</b> | 8,01±2,66(н)   | 10,02±1,41(н) | 12,00±1,4(с)  | 13,01±1,8(н)  |
| <b>5. Наклоны вперед из положения сидя на полу (см)</b>        | 1,0±1,5(н)     | 2,02±1,2(н)   | 2,03±1,4(н)   | 3,0±1,6(н)    |
| <b>6. Шестиминутный бег (м)</b>                                | 720,01±1,41(с) | 840,04±2,6(с) | 880,01±1,0(с) | 100,03±2,4(н) |

Примечание: n – количество школьников, М – среднее арифметическое значение, m – ошибка среднего арифметического значения, н – низкий уровень развития физического качества, с – средний уровень развития физического качества, в – высокий уровень развития физического качества.

Все вышесказанное указывает на дизадаптированность современной системы физической культуры в школе к детям с наличием сколиоза. В этой связи существует необходимость разработки здоровьесберегающей оздоровительной программы физического воспитания для детей со сколиотической осанкой в общеобразовательной школе.