

информированности могут служить встречи с руководящим составом, внутренняя информационная сеть для оперативного распространения (включая и современные информационно-коммуникативные средства – интернет, социальные сети и др.), а также разъяснение информации касающейся предстоящей деятельности спортивной (футбольной) организации в целом [2].

- прием «заинтересованности в каждом». Считаем важным поддерживать у игроков уверенность в будущем. Необходимо показать, что даже в сложной ситуации, тренерский состав будет заинтересован в каждом игроке.

- прием «мотивационные мероприятия». Считаем важным организовывать различные мотивационные мероприятия. Люди должны чувствовать, что они — одна большая семья. Дать понять человеку, что к нему неравнодушны, ценят его мнение, опыт, творческий подход, инициативу. Внедрять всевозможные «ритуалы» и коллективные праздники. Например, отмечать дни рождения каждого члена команды, годовщину создания команды и др.

- прием «создания атмосферы, ориентированной на победу». Создаем комфортную атмосферу работы на поле в ходе тренировочных занятий и игр (как официальных, так и неофициальных). проводим работу в других направлениях – приобретение удобной спортивной формы и другого необходимого спортивного инвентаря, что способствует максимальной отдаче на поле во время игры и достижению лучших результатов.

- прием «публичные поощрения». Важно поощрять игроков, достигших наилучших результатов в ходе конкретной игры. Также практикуется вручение грамот, дипломов, ценных и памятных подарков в различных номинациях: «лучший игрок», «лучший защитник», «лучший нападающий», «лучший вратарь» по результатам соревнований. Считаем важным осуществлять публичные награждения с целью укрепления собственного достоинства каждого игрока и поднятия корпоративного командного духа.

- прием «патернализма». В ходе тренерской работы осуществляем политику патернализма (опеки) по отношению к каждому игроку. Оказание помощи в решении жизненных проблем, обеспечении семейного (детского) отдыха и т. д.

- прием «повышения квалификации». Каждому игроку команды необходимо предоставить возможность дальнейшего обучения и повышения квалификации.

Таким образом, формируя корпоративную культуру, следует четко понимать, что ею невозможно управлять непосредственно, можно лишь создавать условия, в которых она будет развиваться и будет способствовать достижению побед (результатов) в спорте [3].

Литература:

1. *Интегрированные бренд-коммуникации: Бренд в системе интегрированных маркетинговых коммуникаций / Ф.И. Шарков. - М.: РИП-холдинг, 2004. - 243 с.*

2. *Стула А.И. Использование новых методов педагогического контроля в тренировочном процессе футболистов: Дис. на соиск. учен. степ. д-ра пед. наук: 13.00.04 / Ин-т физ. воспитания. - Варшава-Гожув Велькопольски, 1996.*

3. *Биткин В.М. Методические приемы применения восстановительных средств в подготовке высококвалифицированных футболистов. Автореф. дис. на соиск. учен. степ. канд. пед. наук: 13.00.04 / Смолен. гос. ин-т физ. культуры. - Смоленск, 1999. - 24 с.*

АНАЛИЗ СФОРМИРОВАННОСТИ ДВИГАТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ГИПЕРАКТИВНОСТИ

Напетян Ю.Г., Соловьёва Н.Г., Смородская Т.Л.

г. Минск, Республика Беларусь

At the organization of physical education of persons with a syndrome of hyperactivity it is necessary to be guided by use of physical exercises mainly aerobic character.

Одной из ключевых педагогических проблем является проблема «трудных» детей и подростков. С клинической точки зрения к такой группе относят лиц с нервно-психическими нарушениями, в основе которых лежат минимальные дисфункции ЦНС, описываемые как синдром дефицита внимания и/или гиперактивности (СДВГ). СДВГ – самая распространенная форма нарушений поведения у детей и подростков и одна из причин трудностей в их обучении. СДВГ встречается у 4-18% детей в возрасте 6-11 лет, при этом соотношение мальчиков и девочек составляет 5:1 [1]. Современные специалисты отмечают рост детей с СДВГ, которые характеризуются трудной управляемостью и слабой концентрацией внимания, импульсивностью, высокой отвлекаемостью и быстрой сменой деятельности без доведения, начатого до конца, слабо контролируемой, избыточной и непродуктивной двигательной активностью, а также несформированностью мелкой моторики и праксиса [1, 2]. Клинические проявления СДВГ достаточно гетерогенны и разнообразны как в степени выраженности, так и

ситуационном размахе симптомов. При сохранении интеллектуального развития на уровне соответствующем возрастной норме, у лиц с СДВГ отмечается более повышенная утомляемость, более короткий временной диапазон психофизической работоспособности и более частые восстановительные периоды для продолжения следующего рабочего цикла, повышенный эмоциональный фон с заниженной самооценкой, низким самоконтролем и произвольной регуляцией, повышенным уровнем тревожности, что выступает одной из ведущих причин их социальной и когнитивной дезадаптации [3].

Отклонения отмечаются у лиц с СДВГ и в области развития и совершенствования двигательной сферы в виде слабореагирующих вестибулярных раздражений, двигательной расторможенности, недостаточности в пространственной координации и синхронности движений, дифференцировке мышечных усилий и их неполноценности, нарушений в автоматичности защитно-компенсаторных движений, проявлений дизритмий, синкинезий и др. У таких лиц чаще выявляются недостаточная точность и стабильность двигательных действий, более легкая их «сбиваемость» под влиянием различных воздействий [2]. Кроме того, отмечается недостаточная функциональная адаптация на уровне ведущих систем организма: более низкий уровень функционирования кардиореспираторной системы и кровоснабжения, быстрая активация углеводного и белкового обменов на фоне низкого максимального потребления кислорода и высокого уровня анаэробности, что повышает смещение кислотно-щелочного баланса в сторону ацидоза, нарушает равновесие анаболических и катаболических процессов в сторону преобладания последних и приводит к быстрому истощению энергетических и ключевых метаболических субстратов [4].

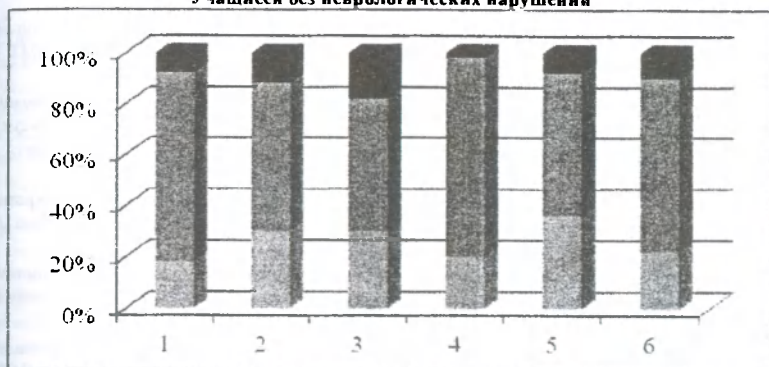
Известно, что в процессе онтогенеза двигательные и нейропсихические функции развиваются не только параллельно, но и в тесном взаимовлиянии: при недостаточности подкоркового уровня организации движений наблюдаются нарушения тонуса, ритмичности, выработки первичных автоматизмов и выразительных движений: при недостаточности кортикального уровня страдают сила, точность движений, формирование предметных действий [1, 2]. С другой стороны, целенаправленным воздействием на психофизическую сферу позволяет скорректировать и усовершенствовать как двигательные качества, так и общий уровень здоровья организма. Таким образом, анализ таких двигательных качеств как сила, выносливость, быстрота и ловкость позволяют оценить степень развития двигательного анализатора у лиц с СДВГ и определить пути направленности коррекционно-педагогических программ. Вместе с тем, в современной практике коррекции синдрома гиперактивности первостепенное внимание исследователей направлено на коррекцию поведения и внимания, и в меньшей степени затрагивается вопрос разработки и организации коррекции двигательных нарушений в процессе физического воспитания. Вышесказанное и определило актуальность выбранной проблематики, цели и задачи исследования.

Для определения уровня физической подготовленности были сформированы две группы: экспериментальная – учащиеся 4-х классов учреждений образования г. Минска с синдромом гиперактивности в возрасте 9-10 лет ($n=26$; диагноз установлен невропатологом и психотерапевтом) и контрольная – учащиеся аналогичного возраста без психофизических отклонений ($n=30$). Возраст 9-10 лет был определен с учетом функциональных возрастных особенностей, т.к. в данном периоде учащиеся в основном уже овладевают базовыми двигательными действиями в беге, прыжках, метании, лазании и др., а также имеют наименьшие половые различия в двигательной активности (не более 10%). Среди исследуемых лиц с синдромом гиперактивности 69,2% ($n=18$) составляли мальчики и 30,7% ($n=8$) девочки. В силу этого в составе контрольной группы также было выдержано указанное соотношение 70% ($n=21$) мальчиков и 30% ($n=9$) девочек. По состоянию здоровья исследуемые учащиеся по ежегодным показателям медицинского осмотра относились к следующим группам: к I группе здоровья – 7,1% ($n=4$), ко II группе – 84% ($n=47$), III группе – 8,9% ($n=5$).

При оценке уровня физической подготовленности анализировались показатели тестовых упражнений согласно учебной программы для учреждений общего среднего образования «Физическая культура и здоровье» для учащихся I-IV классов и инструктивно-методических писем Министерства образования Республики Беларусь об организации в учебном году учебного процесса. Для более углубленной оценки координационных способностей в качестве тестовых упражнений были выбраны для оценки статической координации – проба Ромберга (стойка на одной ноге), для сложнокоординационного дифференцирования – бег зигзагом, прыжки через скакалку, метание теннисного мяча на попадание в цель, стоя лицом и спиной к мишени. С целью оценки степени гиперактивности определялся уровень суточной двигательной активности детей по сумме локомотивных шагометрии и сравнивался с установленными возрастными нормами.

http://minzdrav.gov.by/ru/static/kultura_zdorovia/dvig_activnost_/zdorovie_detei.

Учащиеся без неврологических нарушений



Учащиеся с синдромом гиперактивности

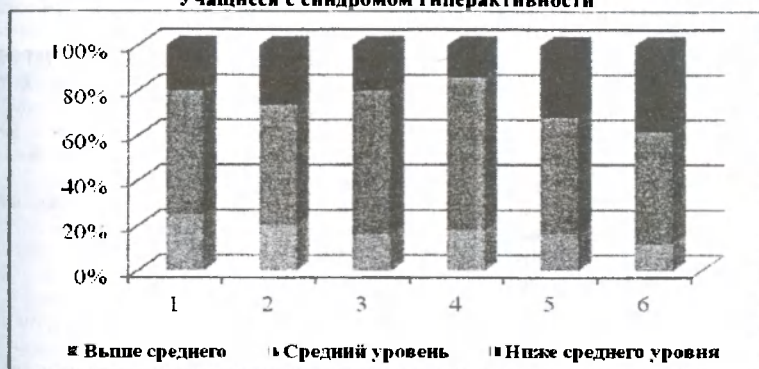


Рисунок 1. Показатели общей физической подготовленности

1 – уровень развития быстроты, 2 – уровень развития скоростно-силовых качеств, 3 – уровень развития силовых качеств, 4 – уровень развития гибкости, 5 – уровень развития выносливости, 6 – уровень развития координационных способностей

Анализ результатов исследования показал, что лица с синдромом гиперактивности имеют более низкие показатели общей физической подготовленности по сравнению с учащимися той же возрастной группы без неврологических нарушений (рис. 1).

Наибольшее отставание было отмечено в развитии скоростно-силовых качеств, выносливости и координационных способностей. Уровень суточной двигательной активности у учащихся с синдромом гиперактивности превышал возрастные показатели на 20,3% и составил в среднем $20,1 \pm 1,8$ тыс. шагов, тогда как у лиц контрольной группы с учетом сезонных особенностей в осенне-зимний период двигательная активность была, напротив, несколько снижена (на 18%, в среднем $13,7 \pm 3,0$ тыс. шагов). Повышенная двигательная активность влечет за собой перенапряжение сердечно-сосудистой и нервной систем, что подтверждается данными других исследователей [2, 5]. В частности, у лиц с СДВГ отмечаются более высокие показатели ЧСС, АД и вегетативного индекса на фоне более низких значений ударного объема крови и минутного объема кровообращения [5]. Выраженная синтакотония у данных лиц характеризуется удлинением периода напряжения желудочков и сокращением диастолической паузы, что в дальнейшем может инициировать стойкое снижение функциональных возможностей и физической работоспособности [5].

В заключении следует отметить, что при организации физического воспитания лиц с синдромом гиперактивности следует ориентироваться на использование физических упражнений преимущественно аэробного характера, в виде равномерного тренинга легкой и средней интенсивности, а также активнее применять спортивные подвижные игры с элементами ритмических и кинезиологических упражнений,

что позволит улучшить координационные показатели, сформировать умение произвольного мышечного управления и расслабления

Литература:

1. Панков, М.Н. Клинико-физиологические проявления дефицита внимания с гиперактивностью у детей (обзор литературы) / М.Н.Панков [и др.] // Вестник новых мед. технологий. – 2013. – Т. 20, № 3. – С. 91–97.
2. Мозилевская, Т.Е. Коррекция двигательной сферы дошкольников с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью: автореф. диссерт. на соиск. уч. ст. канд. пед. наук: 13.00.03 – коррекционная педагогика (олигофренопедагогика) / Т.Е. Мозилевская – Екатеринбург, ГОУ УГПУ, 2009. – 23 с.
3. Депутат, И.С. Интеллект детей с СДВГ: психофизиологический анализ (краткий обзор) // И.С.Депутат [и др.] // Вестник СФУ. Серия: Медико-биологические науки. – 2013. – Вып. № 2. – С. 20–29.
4. Первова, Ю.В. Возможности неинвазивного мониторинга динамики состояния детей с синдромом гиперактивности и дефицита внимания / Ю.В.Первова // Электр. научн.-образов. вестник «Здоровье и образование в XXI веке». – 2006. – № 12 (Т. 8). – С. 591.
5. Гребнева, Н.Н. Морфофункциональные показатели детей младшего школьного возраста с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью / Н.Н.Гребнева, Р.И.Канбекова, М.В.Смирнова // Вестник ЧГПУ. Серия: Биологические науки. – 2015. – № 5. – С. 149–154

ОПТИМИЗАЦИЯ ФИЗИЧЕСКОГО ВОСПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ

Новицкая В.И., Коледа В.А.
г. Минск, Республика Беларусь

In the higher school there is a constant work on optimization of psychophysical formation of the personality of students at a different level of physical development, sports qualification, state of health, and also taking into account the features of their current and future social and professional life.

С момента начала преподавания дисциплины «Физическая культура» в высшей школе идет постоянная работа над оптимизацией психофизического формирования личности студентов при различном уровне физического развития, спортивной квалификации, состоянии здоровья, а также с учетом особенностей их текущей и будущей социально-профессиональной жизни. Перманентность данного явления обусловлена рядом факторов, основной из которых – специфика учебной дисциплины «Физическая культура», заключающаяся в целенаправленном воздействии на организм студентов. Множество характеристик, отражающих его текущее состояние, и разнообразие связанных с этим задач физической и спортивной подготовки, обуславливают определенную лабильность её структуры и содержания, обеспечивающую возможность индивидуализации подбора средств, методов, форм организации учебного процесса и контрольно-оценочной деятельности [1].

Одним из основных условий эффективности воздействий на физическое состояние организма студентов является не столько их уровень здоровья как категория более выраженная во времени и характеризующаяся объективными показателями, сколько образ жизни, во многом определяющий текущее состояние организма, и при общем удовлетворительном уровне здоровья, приводящий его к временной (а затем и постоянной) физической дезадаптации (гипокинезия, переутомление, нерациональное питание, алкогольная интоксикация, никотиновая зависимость и т.д.) [2]. Можно сказать, что образ стиль, жизни – это факторы, которые могут изменить характер воздействия физических нагрузок на организм как в сторону повышения, так и понижения эффективности (вплоть до возникновения нежелательных реакций или травм).

В настоящее время наблюдается тенденция «перекладывания» ответственности за собственное состояние здоровья на сферу здравоохранения. Несмотря на общественную значимость каждого из факторов, обуславливающих состояние здоровья человека, роль физической активности и в целом следования принципам здорового образа жизни необходимо постоянно актуализировать среди молодежи. Относительно этой категории населения главенствующая роль в научной модернизации и, что имеет особое значение, практической реализации теоретических положений, касающихся сохранения и укрепления своего здоровья, принадлежит сфере общего физкультурного образования и массового студенческого спорта

Вопросы здоровья весьма актуальны для студентов. Только 23% обучающихся в Белорусском государственном университете (БГУ) отнесены по результатам диспансеризации к группе здоровых граждан (Д1), менее половины (42%) считают, что учебная нагрузка адекватна возможностям их организма. При этом необходимо отметить у них высокую заинтересованность (73%) в информации о сохранении и укреплении своего здоровья. В настоящее время в учреждениях высшего образования