

*Дуденко Анна Дмитриевна*

студентка

*Маценура Галина Николаевна*

старший преподаватель

ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный университет»

г. Хабаровск, Хабаровский край

**ПРОБЛЕМА «ОСВОБОЖДЕННЫХ ОТ ФИЗКУЛЬТУРЫ»:  
СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ВОВЛЕЧЕНИЮ СТУДЕНТОВ  
СПЕЦИАЛЬНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ГРУППЫ В УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС**

*Аннотация:* в статье рассматривается актуальная проблема студентов, имеющих освобождение от практических занятий физической культурой или отнесённых к специальной медицинской группе (СМГ). На основе анализа статистических данных и результатов проведённого опроса выявлены основные причины низкой вовлечённости данной категории обучающихся. Представлены современные педагогические и организационные подходы, позволяющие безопасно и мотивированно включить студентов с ослабленным здоровьем в регулярную двигательную активность. Даны конкретные рекомендации по построению индивидуальных программ занятий, использованию средств адаптивной физической культуры и контролю нагрузки.

*Ключевые слова:* специальная медицинская группа, освобождение от физкультуры, адаптивная физическая культура, вовлечение студентов, здоровьесберегающие технологии, лечебная физкультура, индивидуальная траектория двигательной активности.

Проблема так называемых «освобождённых от физкультуры» студентов приобрела в последние годы системный характер. Согласно данным Министерства здравоохранения РФ и Росстата за последнее десятилетие долю обучающихся в высших и средних профессиональных учебных заведениях, имеющих хронические заболевания или функциональные нарушения, выросла до 40–45%.

При этом около 15–20% студентов по медицинским показаниям либо полностью освобождаются от занятий физической культурой, либо зачисляются в специальную медицинскую группу (СМГ). Однако широко распространённая практика формального освобождения приводит к тому, что эти молодые люди фактически исключаются из процесса физического воспитания. Они либо присутствуют на занятиях в качестве наблюдателей, либо вовсе не посещают их, что ведёт к гиподинамии, декомпенсации имеющихся заболеваний и снижению качества жизни. Цель данной статьи – проанализировать причины сложившейся ситуации и предложить современные подходы к вовлечению студентов СМГ в регулярную, безопасную и мотивирующую двигательную активность.

У студентов специальной медицинской группы причины низкой физической активности носят комплексный характер – медицинский, психологический и организационный. К основным факторам относят, во-первых, отсутствие дифференцированных учебных программ: стандартная программа по физической культуре не учитывает индивидуальные нозологии и ограничения, а альтернативные модули разработаны слабо. Во-вторых, значительную роль играет психологический барьер – страх усугубить состояние, стеснение своего диагноза, а также негативный прошлый опыт на уроках физкультуры в школе, где освобождённые часто оставались на скамейке. В-третьих, педагогический состав зачастую не имеет достаточной подготовки в области адаптивной физической культуры и лечебной гимнастики, поэтому предлагает таким студентам лишь формальную ходьбу или пассивное присутствие. Наконец, отсутствие чёткой системы мониторинга состояния здоровья и мотивации приводит к тому, что молодые люди с ослабленным здоровьем не видят смысла в посещении занятий и тем более в самостоятельных тренировках.

Для верификации и уточнения этих факторов был проведён специализированный онлайн-опрос среди 65 студентов 1–3 курсов хабаровских вузов (ТОГУ, ДВГУПС), имеющих медицинское заключение о временном или постоянном освобождении от физических нагрузок либо относящихся к специальной медицинской группе. Возраст респондентов – 17–21 год. Анкета включала вопросы о

диагнозах, режиме двигательной активности, отношении к физической культуре и причинах нежелания заниматься. Полученные данные оказались весьма показательны. Наиболее распространёнными диагнозами среди опрошенных стали: вегетососудистая дистония (67%), миопия высокой степени (45%), сколиоз и другие нарушения осанки (52%), хронический гастрит (30%), лёгкие формы бронхиальной астмы (18%), функциональные нарушения сердечного ритма (22%). При этом 78% респондентов заявили, что после получения освобождения или направления в СМГ их двигательная активность практически сошла на нет (менее одного часа ходьбы в день). На вопрос о причинах пропусков занятий или пассивного поведения на них 62% назвали «отсутствие интересных и понятных заданий», 55% – «страх навредить себе», 48% – «нежелание выделяться и быть объектом внимания», а 41% – «отсутствие контроля со стороны преподавателя». Примечательно, что 73% опрошенных выразили готовность заниматься физической активностью, если она будет проходить в щадящем режиме, под наблюдением и с учётом их индивидуальных особенностей. Лишь 12% указали, что полностью не хотят никакой двигательной активности. Осведомлённость о современных форматах (скандинавская ходьба, йога, плавание, дыхательная гимнастика) оказалась невысокой: только 27% смогли перечислить хотя бы два безопасных для себя вида упражнений. Таким образом, результаты опроса подтверждают, что проблема лежит не столько в медицинских противопоказаниях, сколько в отсутствии грамотных, персонализированных и привлекательных для молодёжи форм занятий.

Современные подходы к вовлечению студентов СМГ в учебный процесс должны строиться на трёх основных принципах: отказ от единого шаблона, приоритет безопасности и формирование внутренней мотивации. Первый и важнейший шаг – пересмотр самой философии «освобождения». Вместо полного исключения нагрузки предлагается модель индивидуальной образовательной траектории с фиксацией разрешённых и противопоказанных видов движений. Каждый студент СМГ после медицинского обследования получает индивидуальную

«карту двигательной активности», где врач и преподаватель совместно определяют допустимый пульсовый диапазон, перечень упражнений и частоту занятий. Второй принцип – технологизация контроля: использование простых фитнес-браслетов, мобильных приложений для подсчёта шагов и ЧСС, ведение дневника самочувствия. Это позволяет студенту самостоятельно отслеживать безопасность нагрузки и видеть прогресс. Третий принцип – вариативность и модульность. Вместо обязательного выполнения нормативов (бег, прыжки, силовые) студенту предлагается выбор из нескольких модулей: «Дыхание и релаксация» (дыхательные практики, аутотренинг), «Мобильность и гибкость» (стретчинг, суставная гимнастика, пилатес), «Аэробная выносливость» (ходьба, скандинавская ходьба, эллипс, велотренажёр в щадящем режиме), «Водная среда» (плавание брассом на спине, аквааэробика низкой интенсивности). Каждый модуль имеет свою систему зачёта – не на скорость или количество, а на регулярность, правильность выполнения и субъективное самочувствие.

Особого внимания заслуживает организация занятий для студентов с наиболее частыми патологиями. При вегетососудистой дистонии и функциональной тахикардии показаны циклические аэробные нагрузки низкой интенсивности: ходьба в темпе 90–110 шагов/мин, плавание, лёгкая езда на велосипеде. Категорически исключаются упражнения с резкой сменой положения тела, натуживанием и статическим напряжением. При заболеваниях опорно-двигательного аппарата (сколиоз, остеохондроз) приоритет отдаётся упражнениям на укрепление мышечного корсета без осевой нагрузки – в положении лёжа на спине/животе, упражнения с эластичными лентами, плавание на спине, занятия в тренажёрном зале с инструктором с использованием редко используемых устройств (например, роликовых тренажёров). Важнейшим элементом является дыхательная гимнастика по методам Стрельниковой или Бутейко – она эффективно снижает уровень тревоги, нормализует вегетатику и не требует специальной физической подготовки.

Для внедрения описанных подходов в реальный учебный процесс необходимо изменить систему оценивания. В настоящее время большинство вузов требует от студентов СМГ сдачи тех же контрольных нормативов, что и от основной группы, что заведомо невыполнимо и демотивирует. Предлагается перейти на критериально-ориентированную оценку, где студент оценивается по достижению индивидуальных показателей: улучшение времени прохождения дистанции 1 км с ходьбы (пусть не на время, а на стабильность пульса), увеличение продолжительности непрерывной ходьбы, уменьшение частоты головокружений, улучшение качества выполнения дыхательных упражнений. Дневник самоконтроля, отзывы о самостоятельных занятиях и посещаемость также вносят вклад в итоговый зачёт. Такой подход снимает страх «не сдать» и переориентирует студента на собственное здоровье как главную ценность.

Важной составляющей является психолого-педагогическая поддержка. Студенты СМГ часто обладают низкой самооценкой и избегают публичных занятий. Рекомендуется проводить занятия в малых группах (5–7 человек) со схожими заболеваниями, использовать неконкурентные формы (круговые тренировки с акцентом на технику, а не на скорость). Позитивный эффект дают совместные занятия со студентами-волонтерами из основного отделения, которые проходят краткий курс по адаптивной физической культуре и выступают в роли «партнёров по движению» – это снижает стигматизацию и повышает социальную включённость. В ряде вузов успешно применяется практика «рефлексивных пятёрок»: после каждого занятия студент письменно отвечает на три вопроса – «Что у меня получилось?», «Что было трудно?», «Как я себя чувствую?». Это развивает осознанность и даёт преподавателю обратную связь.

Перспективным направлением является дистанционный формат для студентов с длительными освобождениями (после травм, операций) или с хроническими заболеваниями в стадии обострения. С помощью видеоуроков на платформе вуза или общедоступных сервисов (например, группа ВКонтакте с записанными комплексами ЛФК) студент может выполнять безопасные упражнения

дома под контролем самоконтроля. Раз в две недели – онлайн-консультация с преподавателем для коррекции программы.

В заключение следует подчеркнуть, что проблема «освобождённых от физкультуры» – это не медицинская неизбежность, а педагогический и организационный дефицит. Современные подходы, основанные на индивидуализации, технологическом контроле, психологической поддержке и вариативности форм занятий, способны не только вовлечь студентов специальной медицинской группы в регулярную двигательную активность, но и превратить физическую культуру из пугающего барьера в действенный инструмент укрепления здоровья, повышения успеваемости и социальной адаптации. Внедрение таких программ требует, однако, системных изменений: повышения квалификации преподавателей в области адаптивной физической культуры, разработки локальных нормативных актов об оценивании студентов СМГ и, главное, смены парадигмы с «освободительной» на «развивающую». Лишь тогда фраза «освобождён от физкультуры» перестанет быть приговором к гиподинамии и станет стартовой точкой для бережного, но эффективного движения к здоровью.

### *Список литературы*

1. Евсеев С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры: учебник / С.П. Евсеев. – М.: Спорт, 2016. – 616 с. EDN WGRUDV
2. Выборочное наблюдение состояния здоровья населения // Росстат. – URL: <https://03.rosstat.gov.ru/szn> (дата обращения: 03.06.2026).
3. Коновалова Н.Г. Функциональные резервы организма студентов, отнесённых по состоянию здоровья к специальной медицинской группе / Н.Г. Коновалова, Е.В. Красильникова // Физическое воспитание и студенческий спорт. – 2023. – Т. 2. Вып. 1. – С. 85–91. DOI 10.18500/2782-4594-2023-2-1-85-91. EDN TNAEFT
4. Прокопьев Н.Я. Физическая реабилитация при повреждениях и заболеваниях опорно-двигательного аппарата: учебник / Н.Я. Прокопьев, С.В. Соловьева, Е.Н. Августа. – М.: КНОРУС, 2025. – 560 с.

5. Приказ Минобрнауки России «Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования – бакалавриат по направлению подготовки 49.03.02 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья (адаптивная физическая культура)» от 19.09.2017 №942. – URL: <https://base.garant.ru/71788564/> (дата обращения: 02.06.2026).

6. Характеристика ОПОП 49.03.02 «Физическая культура для лиц с отклонениями в состоянии здоровья» (ФГОС 3++, 2021 год набора) / сост. А.Н. Иванов. – Пенза: Изд-во ПГУ, 2021. – URL: <https://lf.pnzgu.ru/опор/спец/941> (дата обращения: 02.06.2026).