

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. АСТАФЬЕВА
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт физической культуры, спорта и здоровья им. И.С. Ярыгина
Кафедра теоретических основ физического воспитания

Даценко Сергей Алексеевич

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

Методика проведения утренней гимнастики, направленная на коррекцию
осанки обучающихся 1 класса в условиях смешанного обучения

Направление подготовки 44.03.01 Педагогическое образование

Направленность (профиль) образовательной программы Физическая культура

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Зав. кафедрой д.п.н., профессор
Сидоров Л.К.

(дата, подпись)

Научный руководитель к.п.н, доцент
Кондратюк Т.А.

(дата, подпись)

Обучающийся Даценко С.А.

(дата, подпись)

Дата защиты _____

Оценка _____

(прописью)

Красноярск, 2021

Оглавление

| | |
|---|----|
| ВВЕДЕНИЕ | 3 |
| ГЛАВА 1. Теоретические подходы изучения методов проведения утренней гимнастики, направленной на коррекцию осанки обучающихся 1 класса в условиях смешанного обучения..... | 10 |
| 1.1.Анатомо-физиологические особенности формирования дефектов осанки, их влияние на состояние здоровья детей 7-8 лет | 10 |
| 1.2.Направления оздоровления для обучающихся 1 класса имеющих нарушения осанки..... | 31 |
| 1.3. Смешанное обучение и организация дистанционной утренней гимнастики, направленной на коррекцию осанки обучающихся 1 класса..... | 42 |
| ГЛАВА 2. Цель, задачи, методы и организация исследования | 62 |
| 2.1. Цель и задачи экспериментального исследования..... | 62 |
| 2.2. Методология и методы исследования | 64 |
| 2.3. Организация исследования | 71 |
| ГЛАВА 3. Разработка и апробация методики проведения утренней гимнастики, направленная на коррекцию осанки обучающихся 1 класса в условиях пандемии | 72 |
| 3.1. Оценка физического состояния обучающихся 1 класса с нарушениями нарушения осанки на констатирующем этапе..... | 72 |
| 3.2. Разработка комплекса утренней гимнастики для детей 7-8 лет с нарушением осанки в условиях пандемии..... | 74 |
| 3.3. Эффективность разработанной методики проведения утренней гимнастики в ходе педагогического эксперимента..... | 82 |
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ..... | 87 |
| СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ | 90 |

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время среди наиболее актуальных проблем образования следует выделить физическое воспитание. Особую значимость эта проблема приобретает у младших школьников. Именно в этом возрасте формируются основы здорового образа жизни, да и физическое здоровье детей вызывает тревогу. Из-за развития технологий в современном обществе широко распространяется гиподинамия, которая в дальнейшем приводит к заболеваниям опорно-двигательного аппарата, в частности нарушению осанки и сколиозу.

На сегодняшний день состояние здоровья населения России, в том числе и детского, не является удовлетворительным. По данным Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ, Министерства образования РФ в различных регионах страны сколиозы регистрируются у 6%, а нарушения осанки у 35-65% у детей младшего возраста [56, с 58-60]. В Красноярском крае по данным многолетнего периода наблюдения (2015-2019 гг.) нарушение осанки чаще регистрируется у детей при переходе к предметному обучению (4-5 классы) – 30,5...57,0 случаев на 1000 осмотренных; сколиоз – перед окончанием школы (16-17 лет) – 10,6...24,1 случаев на 1000 осмотренных подростков-школьников; понижение остроты зрения – у детей при переходе к предметному обучению (4-5 классы) – 50,4...65,3 случаев на 1000 осмотренных и у подростков-школьников перед окончанием школы (16-17 лет) – 43,0...67,3 случаев на 1000 осмотренных подростков-школьников [46].

В отдельных территориях Красноярского края число выявленных при медицинских осмотрах детей с нарушением осанки, сколиозом и нарушением зрения на 1000 осмотренных детей и подростков-школьников выше средних краевых показателей, что определяет их как территории «риска»

Для решения проблемы (а это процесс медленный и продолжительный) необходима интеграция и координация усилий, включения в здоровьесберегающую деятельность абсолютно всех представителей социальной структуры общества. Понимание школьниками значимости здоровья связано с получением знаний и навыков по этой проблеме.

Без усвоения определенных знаний невозможна сознательная деятельность. Только на основе знаний о здоровом образе жизни деятельность способна быть действительно творческой, способна позволять человеку искать собственные пути поддержания здоровья, формировать личный стиль здоровой жизни. Физическое и психическое здоровье – основа жизни и развития, изучение иных культурных и нравственных ценностей – основа благополучной жизни.

Сохранение здоровья – фактор, противодействующий вырождению нации. Забота о здоровье ребёнка и взрослого человека занимает во всём мире приоритетные позиции, так как любой стране нужны личности творческие, гармонично развитые, активные и здоровые. На современной стадии развития общества выявлена тенденция к ухудшению состояния здоровья детей. Статистика показывает, что за период обучения детей в школе положение их здоровья ухудшается в 4–5 раз [50, с 43-44].

Проблема поддержания здоровья детского населения появилась в результате взаимодействия большого количества факторов риска, порождённых неблагоприятными биологическими, экологическими, социальными, экономическими условиями.

Утренняя гимнастика – это простой комплекс упражнений для основных частей тела, который человек делает в утренние часы после того как проснется. После зарядки повышается жизненный тонус, а организм настраивается на рабочий день. Физические упражнения не только помогают проснуться, но и способствуют [33, с 52-55]:

– улучшению кровообращения и лимфотока;

- притоку кислорода в ткани;
- активации мозговой деятельности, повышению концентрации внимания, улучшению мыслительных процессов;
- повышению выносливости;
- укреплению осанки;
- ускорению обмена веществ;
- уменьшению скованности суставов;
- укреплению вестибулярного аппарата;
- улучшению настроения и снятию раздражительности.

Упражнения для утренней зарядки положительно влияют на функционирование опорно-двигательного аппарата и сердечно-сосудистой системы, помогают в борьбе с преждевременным старением организма.

В период пандемии COVID -19 мы столкнулись с тем, что находились на самоизоляции, т.е. были вынуждены находиться в замкнутом пространстве в ограниченной среде. Перед учителем физической культуры возникла задача не только дать теоретические знания, а также практические рекомендации для сохранения здоровья человека.

В условиях изоляции, где большинство людей ограничены стенами квартиры практические занятия физической культуры трудно переоценить.

Для сохранения двигательной активности и здоровья в домашнем задании прописывались практические рекомендации включающие комплекс общей физической подготовки (ОФП) согласно возрастным особенностям. Некоторые ученики присылали видео своих занятий, что так же влияло на оценку.

В большинстве школ проводились онлайн уроки на платформе <https://zoom.us/>, где ученики могли задать вопросы учителю, получить рекомендации. Онлайн урок был разделён на две части, теоретическую и практическую. Практическая часть, где было показано различные комплексы гимнастики (утренняя, силовая, на гибкость, с различными предметами).

Обучающиеся повторяя упражнения получали наглядный пример и практические рекомендации для укрепления здоровья [34].

Одним из нововведений были дополнительные онлайн конференции, где учителями физической культуры проводились дополнительные практические занятия включающие комплексы для двигательной активности учащихся.

Проблемы технического характера с которыми столкнулись как обучающиеся, так и учителя было слабое техническое оснащение. Отсутствие вебкамеры, перебои в работе сети интернет, ошибки в программе Школьный портал, РЭШ и Zoom. Неподходящие условия для проведения практических занятий (мало места). В стеснённых условиях ребятам было не комфортно выполнять упражнения. Отсутствие обратной связи с учеником. Приходилось связываться с классным руководителем, который был посредником в общении с учеником. Ученикам не имеющих компьютера были выданы задания по учебнику. Конечно же учителя шли на встречу ученикам и родителям.

Достаточно большая информационная нагрузка, а также сидячее положение может повлечь вред здоровью. Стоит помнить о требованиях СанПин о «Гигиенических требованиях к персональным ЭВМ и организации работы» [47], где обучающиеся могут находиться за компьютером от 15 до 25 минут, после чего требуется выполнить физкультминутку. Это может быть гимнастика для глаз, туловища. Учитель физической культуры объясняет и показывает правильное выполнение физкультминуток, нужно напомнить и о правильном положении тела за работой. В детском возрасте происходит формирование осанки человека, что требует особого внимания.

Большое значение в период пандемии имела самодисциплина. От учеников требовалось соблюдение режима дня и отдыха, которое способствовало бы продуктивной работе. Вставать и ложиться в одно и тоже время, употреблять сбалансированное питание согласно нагрузке,

выполнение физических упражнений для поддержания тонуса организма. Выполнять классную и домашнюю работу в отведённое время, а не растягивать на весь день. Соблюдать гигиенические нормы (проветривать комнату, выполнять влажную уборку), находится на свежем воздухе, принимать душ (закаливающие процедуры).

В Федеральном государственном образовательном стандарте начального общего образования, утвержденном приказом Министерства образования от 6 октября 2009 г. N 373 установлено, что младший школьник должен осознавать необходимость здорового образа жизни, соблюдения правил безопасного поведения; применять знания о строении и функционировании организма человека для сбережения, поддержания и укрепления собственного здоровья [55].

ФГОС НОО от 06.10.2009 №373 с изменениями от 11.12.2020 содержит программу формирования культуры здорового и безопасного образа жизни, которая должна обеспечивать [55]:

- пробуждение в детях стремление заботиться о собственном здоровье (развитие заинтересованного отношения к своему здоровью);
- формирование установки на использование здорового питания;
- использование оптимальных двигательных режимов для детей с учетом их возрастных, психологических и иных особенностей, развитие потребности в занятиях физической культурой и спортом [1, с 48-49].

Таким образом, тема работы «Методика проведения утренней гимнастики, направленная на коррекцию осанки обучающихся 1 класса в условиях смешанного обучения» формирование представлений о здоровом образе жизни у младших школьников является актуальной и своевременной.

Теоретическим основанием для разработки данной темы послужили труды А.А. Вайнера, А. Смирнова, В.А.Сухомлинского, И.Д. Зверева, И. П. Павлова, П.Ф. Лесгафта, Р. Айзмана и других ученых–физиологов и педагогов. Вместе с тем при всей освещенности вопроса о здоровом образе

жизни в научно-педагогической литературе, остаются неизученными особенности формирования ценностного отношения подрастающего поколения к своему здоровью. Не в полной мере выявлены и те формы учебно-воспитательной работы по изучению окружающего мира, которые способствовали бы формированию представлений о здоровом образе жизни у младших школьников.

Противоречия исследования:

1. ФГОС НОО требует проведения утренней гимнастики с обучающимися младших классов, однако недостаточное количество методического сопровождения, которое снижает эффективность организации утренней дистанционной гимнастики;
2. Актуальность проведения утренней зарядки обоснована, однако отсутствуют условия для ее проведения;
3. Большинство обучающихся младшего школьного возраста имеют возможность использовать материально-технические средства такие как телефон и компьютер, но недостаточно ими используются с целью занятий утренней гимнастики в условиях дистанционного обучения.

Объект исследования: внеучебная деятельность по физическому воспитанию обучающихся начальной школы.

Предмет исследования: утренняя гимнастика, как средство коррекции осанки.

Цель исследования: обосновать и разработать методику проведения дистанционной утренней гимнастики, направленной на коррекцию осанки детей 7-8 лет.

Гипотеза исследования: дистанционная утренняя гимнастика будет способствовать коррекции осанки, если:

- систематически выполнять комплекс упражнений для оздоровительной гимнастики на коррекцию осанки;
- занятия строятся на здоровьесберегающих технологиях;

- учитываются возрастные, анатомо-физиологические, психолого-педагогические и индивидуальные особенности детей.

Задачи исследования:

1. Изучить литературу по проблеме исследования (анатомо-физиологические особенности формирования дефектов осанки, их влияние на состояние здоровья детей 7-8 лет);
2. Обосновать и разработать методику проведения утренней гимнастики направленной на коррекцию осанки обучающихся 1 класса в условиях пандемии;
3. Провести апробацию методики проведения утренней гимнастики, направленная на коррекцию осанки обучающихся 1 класса в условиях пандемии;
4. Проверить эффективность утренней гимнастики, направленной на коррекцию осанки обучающихся 1 класса в условиях пандемии.

База исследования: МБОУ «Средняя школа №155 им. Героя Советского Союза Мартынова Д.Д.» г. Красноярск

В исследовании принимали участие обучающиеся 7-8 лет (18 человек). Из них 9 мальчиков и 9 девочек.

Методы исследования делятся на два вида теоретические и эмпирические.

К теоретическим относится: изучение и теоретический анализ литературы и педагогического опыта. К эмпирическим относятся: педагогическое наблюдение, анкетирование. тестирование

Исследование имеет следующую структуру: введение, три главы, заключение, список литературы.

ГЛАВА 1. Теоретические подходы изучения методов проведения утренней гимнастики, направленной на коррекцию осанки обучающихся 1 класса в условиях смешанного обучения

1.1.Анатомо-физиологические особенности формирования дефектов осанки, их влияние на состояние здоровья детей 7-8 лет

В младшем школьном возрасте происходит интенсивный процесс формирования двигательных функций ребенка. Наиболее значительный прирост, согласно многим показателям моторного развития (мышечной выносливости, пространственной ориентации движений, зрительно-двигательной координации) отмечается именно в возрасте 7–11 лет. В данный период прослеживается психомоторный рост. Обеспечивается прогрессивное развитие точных и силовых движений, и кроме того создаются необходимые условия для освоения все большего числа двигательных навыков и предметных ручных манипуляций. По этой же причине у ребенка заметно возрастает ловкость в лазании, метании, спортивных и легкоатлетических движениях. Движение – одно из условий развития здорового образа жизни младшего школьника. Движение – основная функция всего живого. Его можно расценивать как основное проявление деятельности организма и необходимый фактор для нормального развития детей [10, с 35-36].

В начальной школе происходит адаптация к новым условиям жизни. Учеба – напряженный интеллектуальный труд, связанный с напряжением значительного числа центров коры больших полушарий. От того, какие условия для учебы и развития ребенка созданы в школе, в главную очередь зависят здоровье и формирование здорового образа жизни развивающегося человека. Учебная деятельность в начальных классах стимулирует, прежде всего, формирование психических процессов непосредственного познания

окружающего мира – восприятий и ощущений. Младшие школьники отличаются новизной восприятия и остротой. Наиболее присущая черта восприятия учащихся – его малая дифференцированность, где совершают неточности и погрешности в дифференцировке при восприятии схожих объектов.

Младший школьный возраст является наиболее благоприятным при формировании навыков по ведению здорового образа жизни. Уже начиная с начальных классов, ребенок должен понимать, что только здоровый человек живет полноценной жизнью и приносит большой объем пользы людям вокруг него.

Так, процесс формирования здорового образа жизни может объединять все, что может способствовать выполнению младшим школьником различных функций в масштабе их возраста в оптимальных для его здоровья том или ином условии и выражая определенную ориентированность ребенка в то время пока у него формируется и укрепляется индивидуальное здоровье.

Школьное воспитание по формированию здорового образа жизни младших школьников должно иметь первостепенную роль по формированию здорового образа жизни детей. Главное ее направление определяют посредством общегигиенического, физкультурно-оздоровительного, реабилитационно-профилактического, экологического и культурно-просветительного процесса воспитания [14, с 69-72].

Отметим, что на формирование здорового образа жизни младших школьников большое значение имеет пример от старших (родители, родственники, педагоги и др.). Так, у младшего школьника воспитывают ответственное отношение к своему здоровью, определяется способность на формирование умения понимать и принимать ценные для здоровья решения.

Таким образом, в процессе формирования здорового образа жизни любого младшего школьника является крайне важным четко отрегулировать правильный режим дня. Выполнение режима дня позволит учащемуся, начи-

ная с начальных классов, сохранить свое физическое и психическое равновесие, давая возможность соблюдения эмоционального равновесия.

Основными составляющими режима дня младшего школьника являются: сон, учебная деятельность в школе и дома, пребывание на свежем воздухе, прием пищи, свободное время, личная гигиена. С возрастом соотношение компонентов режима дня меняется, учебные занятия становятся более продолжительными, прогулки - менее продолжительными. Однако чередование умственной и физической нагрузок должны быть разумными и не превышать пределов работоспособности ребенка.

Элементы режима дня способствуют четкому функционированию всех органов и систем органов. Правильный режим позволяет сохранить хороший рабочий тонус в течение достаточно длительного времени, защищая школьника от перегрузок и повышая его защитные функции. Новые условия жизни, период адаптации к школьной жизни, психическим и физическим нагрузкам, придают особую необходимость соблюдения режима дня, а его нарушение приводит к серьезным отклонениям в здоровье ребенка, в частности вызывая проблемы с осанкой [21, с 38-42].

Осанкой принято называть привычное положение тела непринужденно стоящего человека, которое он принимает без излишнего мышечного напряжения. Ведущими факторами, определяющими осанку человека, являются положение и форма позвоночника, угол наклона таза и степень развития мускулатуры, которая во многом определяет правильность физиологических изгибов позвоночника. Благодаря изгибам позвоночный столб выполняет рессорную и защитную функции спинного и головного мозга, внутренних органов, увеличивает устойчивость и подвижность позвоночника. Осанка во многом зависит от степени развития мышечного корсета, от функциональных возможностей мышц выполнять длительное стратегическое напряжение, эластических свойств межпозвоночных дисков,

хрящевых и соединительно-тканых образований суставов и полусуставов позвоночника, таза и нижних конечностей.

Нарушение осанки – это состояние, при котором нарушены физиологические изгибы позвоночника в результате слаборазвитого мышечного корсета – группы мышц спины, груди, ягодиц, передней поверхности бедра, удерживающих позвоночник в правильном положении, это стадия обратимых нарушений не связанных со структурной перестройкой опорных структур позвоночника. Как правило, нарушение осанки развивается у детей школьного возраста. Наиболее вероятно возникновение различных патологических состояний организма, в том числе со стороны опорно-двигательного аппарата, а именно позвоночника у школьников 1,5,8-9 классов.

Причины развития нарушений осанки [2]:

- слабость естественного мышечного корсета ребенка;
- неправильные положения тела, которые ребенок принимает в течение дня;
- при выполнении различных видов деятельности и во время сна;
- несоответствие мебели возрастным показателям ребенка.

Нарушение осанки постепенно приводит к снижению подвижности грудной клетки, диафрагмы, к ухудшению рессорной функции позвоночника, что, влечет за собой негативное влияние на деятельность систем организма: центральную нервную, сердечно - сосудистую и дыхательную; способствует возникновению многих хронических заболеваний вследствие проявления общей функциональной слабости и дисбаланса в состоянии мышц и связочного аппарата ребенка.

Дефекты осанки условно делятся на несколько видов, для каждого вида нарушения осанки характерно свое положение позвоночника, лопаток, таза и нижних конечностей [17, с 2-7]:

- сутулость;

- кругловогнутая спина;
- плоская спина;
- плосковогнутая спина;
- сколиотическая (асимметричная) осанка.

Сохранение патологической осанки возможно благодаря определенному состоянию связок и мышц.

Первое место среди специфических заболеваний детей занимают нарушения функций опорно – двигательного аппарата, нарушения осанки и сколиозы.

Болезни позвоночника в детском возрасте вызывают избыточные физические и статические нагрузки на позвоночный столб, имеющие место в период обучения.

Массовые обследования школьников показывают интересные закономерности:

1. до 85 % учащихся всех возрастных групп имеют неправильное положение позвоночника,
2. существуют особые возрастные периоды, когда количество выявляемых нарушений в позвоночнике заметно возрастает, такие пики приходятся на 2, 5, 6, 9 и 10 классы,
3. нарушение осанки прогрессирует в первый год обучения в школе.

Сколиоз – это боковое искривление позвоночника. Сколиоз может быть простым, или частичным, с одной боковой дугой искривления, и сложным – при наличии нескольких дуг искривления в разные стороны и, наконец, тотальным, если искривление захватывает весь позвоночник. Он может быть фиксированным и нефиксированным, исчезающим в горизонтальном положении, например, при укорочении одной конечности.

Одновременно со сколиозом обычно наблюдается и поворот вокруг вертикальной оси. Поворот способствует деформации грудной клетки и ее асимметрии, внутренние органы при этом сжимаются и смещаются.

Различают сколиозы врожденные, в основе которых лежат различные деформации позвонков:

- недоразвитие;
- клиновидная форма;
- добавочные позвонки.

К приобретенным сколиозам относятся:

- ревматические, возникающие внезапно и обуславливающиеся мышечным спазмом на здоровой стороне при наличии явлений миозита или спондилоатрита;
- рахитические, которые очень рано проявляются различными деформациями опорно – двигательного аппарата. Мягкость костей и слабость мышц, ношение ребенка на руках (преимущественно на левой), длительное сидение, особенно в школе – благоприятствует проявлению и прогрессированию сколиоза;
- паралитические, чаще возникающие после детского паралича, при одностороннем мышечном поражении, но могут наблюдаться и при других нервных заболеваниях;
- привычные, на почве привычной плохой осанки. Непосредственной причиной их могут быть неправильно устроенные парты, рассаживание школьников без учета их роста и номеров парт, ношение портфелей с первых классов, держание ребенка во время прогулки за одну руку и т.д.

Сколиоз - одно из самых тяжелых и распространенных повреждений спины, которое ни в коем случае нельзя пускать на самотек. С ним надо бороться. Позвоночник - это основа, это столб нашего здоровья. В каком состоянии будет он, в таком состоянии будет и человек.

Различают врождённый сколиоз, обусловленный неправильностью эмбрионального развития, нарушением формирования и аномальным изменением формы позвонков, и приобретённый, который может быть рахитическим, травматическим, паралитическим, рефлекторно-болевым и т.д.

Однако часто путают сколиотическую деформацию и собственно сколиоз. Мы уже упоминали о происхождении термина, а понимание самой нозологической формы несколько шире, чем вышеуказанное определение. «Сколиоз» - это заболевание, характеризующиеся дугообразным искривлением позвоночника различной формы во фронтальной плоскости, сочетающееся с торсией позвонков [25].

Торсия - скручивание позвонков вокруг вертикальной оси (то есть в горизонтальной плоскости), сопровождающееся деформацией их отдельных частей и смещением смежных позвонков относительно друг друга в течении всего периода роста позвоночника.

Одно из самых распространенных и тяжелых повреждений спины - сколиоз, и деформация является существенным отклонением от представленной выше нормальной анатомии. В норме наблюдающихся при сколиозе боковых изгибов, асимметрий или смещения от центральной оси быть не должно. Сколиоз при любой степени и в любой части позвоночника относится к патологическому состоянию, так как физиологического сколиоза не существует.

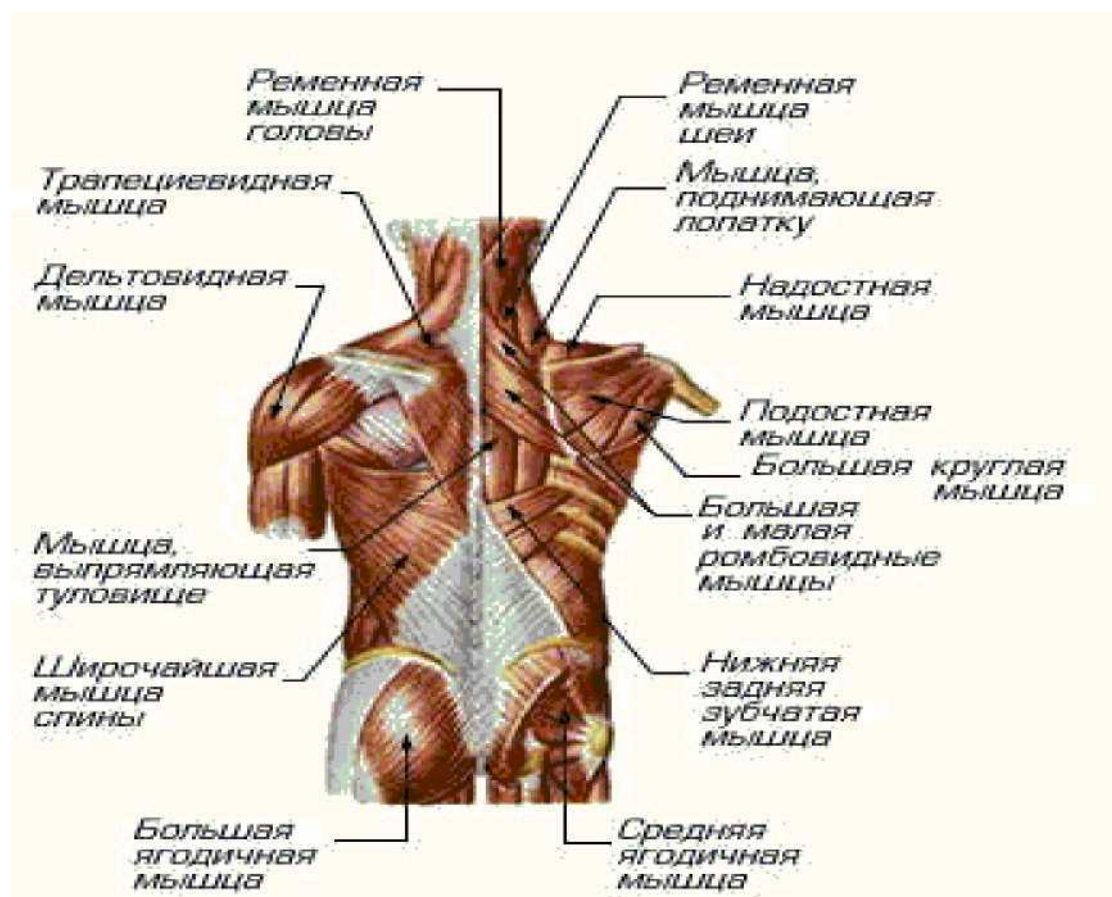


Рисунок 1. Поверхностные и глубокие мышцы спины

Боковое искривление позвоночника чаще всего сопровождается скручиванием позвонков вокруг вертикальной оси (торсией). В норме межпозвоночный сустав устроен так, что позволяет совершать вращательные движения. При сколиозе оно затруднено, напряжение мышц с разных сторон позвоночника и нагрузка на сам позвоночник становится несимметричной, что ведет к еще большей асимметрии.

К основной причине сколиоза относят слабость мышц спины и брюшного пресса. Основанием для этого являются фундаментальные законы физики и механики в замкнутой системе, а именно таковой является опорно-двигательный аппарат человека, любое смещение и перемещение составляющих ее элементов (деформирование позвоночного столба - один из примеров такого смещения) происходит под воздействием внутрисистемных

движителей, и именно такими движителями в нашем организме являются мышцы.

Гораздо сложнее поиск ответа на вопрос, почему эти мышцы («движители») функционируют так, что возникает трехплостная деформация позвоночного столба? Причиной нарушения мышечного баланса часть исследователей считала пластическое сокращение на вогнутой стороне сколиоза, другие авторы полагали, что первичным является ослабление мышц на выпуклой стороне будущего сколиоза, вследствие чего нормально функционируют мышцы вогнутой стороны, вызывающие его искривление.

Среди причин, вызывающих нарушение мышечного баланса, назывались недостаточность и слабость мышечно-связочного аппарата, не выдерживающего перегрузок во время быстрого роста скелета, асимметричное ослабление роста отдельных мышечных групп, врожденная (менингоцеле) или приобретенная патология спинного мозга и параспинальных мышц [30].

Рассмотрим классификацию сколиоза в зависимости от локализаций, формы, происхождения и рентгенологической картины.

В настоящее время существует множество классификаций, в этой работе будут рассмотрены самые популярные и известные на сегодняшний день.

I. От угла искривления (по Коббу, 1958 г.). Классификация рентгенологическая.

Деформация оценивается в положении стоя. Оценивают дугу по соотношению наклона её верхнего и нижнего конечных позвонков. На фронтальной рентгенограмме проводят две горизонтальные линии: одну, верхнюю - по замыкательной верхней пластинке верхнего наиболее наклонённого позвонка, с которого начинается искривление - другую под нижним краем (нижней замыкательной пластинке) наиболее наклонённого нижнего позвонка этой же дуги. Затем к каждой из полученных линий

проводят перпендикуляры и измеряют угол их перекреста, либо оценивают угол их пересечения (при больших углах деформации эти линии перекрещиваются в пределах одной рентгенограммы, что равно пересечению их перпендикуляров). Этот перекрещивание линий и образует угол Кобба. При наличии 2-х и более дуг часто нижний позвонок описываемой дуги деформации является начальным (верхним) позвонком другой нижележащей дуги. Её угол вычисляется таким же самым образом. Классифицируют обычно по наиболее выраженной дуге деформации.

I - угол стоя - до 10 градусов, в исходном положении - лежа на спине приближается к 0 градусов.

II - Угол Кобба - от 10 до 25 градусов

III- угол Кобба в и.п. стоя - 25 до 40 градусов

IV - угол Кобба в и.п. стоя более 40 градусов, положении лежа на спине практически не изменяется.

II. Патогенетическая классификация сколиозов.

1 группа - сколиозы миопатического происхождения. Сюда относятся сколиозы мышечного (миопатического) происхождения.

Основой таких искривлений является недостаточное развитие мышц и связок. Группа также может включать и рахитические сколиозы — эти сколиозы появляются в результате дистрофического процесса не только в скелете, но и в нервно-мышечной ткани.

2 группа - сколиозы неврогенного происхождения. Она включает сколиозы неврогенного происхождения (причины — полиомиелит, спастический паралич, неврофиброматоз, сирингомиелия). Сюда можно включить также сколиозы, вызванные радикулитом, болями в пояснице, изменениями в межпозвонковых дисках, которые ведут к сдавливанию корешков.

3 группа - диспластические сколиозы. Это сколиозы из-за аномалий развития ребер и позвонков и ребер. Она включает все врожденные сколиозы,

которые возникли из-за костных нарушений развития [35, с 12-15].

4 группа - рубцовые сколиозы. Это сколиозы из-за заболеваний грудной клетки (например, из-за ожогов или пластических операций на грудной клетке).

5 группа - идиопатические сколиозы. Сюда включают идиопатические сколиозы, происхождение которых в настоящее время остается не исследованным [28].

II. По типу деформаций (по Кингу 1983)

Тип IS-образный сколиоз:

Правосторонняя грудная, левосторонняя поясничная дуга; обе дуги структурные, поясничная более ригидная, величина поясничного искривления превышает величину грудной дуги; деформация обычно компенсированная.

Тип IIS- образный сколиоз:

Правосторонняя грудная, левосторонняя поясничная дуга; обе дуги структурные; величина грудного искривления превышает величину поясничной дуги, поясничная дуга более мобильная; деформация обычно компенсированная.

Тип IIIS-образная (обычно от T4 до T12-L1).

Поясничное искривление отсутствует или минимально: декомпенсация незначительна или отсутствует.

Тип IV Длинная С-образная правосторонняя грудопоясничная дуга (нижний позвонок L3 или L4) значительная декомпенсация.

Тип VS-образная двойная грудная дуга:

Верхняя левосторонняя дуга (T1-T5); нижняя правосторонняя; обе дуги структурные, верхняя дуга более ригидная.

III. По форме искривления:

C - образный сколиоз (с одной дугой искривления).

S - образный сколиоз (с двумя дугами искривления).

E - образный сколиоз (с тремя дугами искривления).

Простые сколиозы - характеризующиеся простой дугой искривления ; при этом позвоночный столб напоминает букву «С» и отклоняется в одну сторону. Такие сколиозы могут быть локальными (поражающими один отдел позвоночника) и тотальными (поражающими весь позвоночник).

Сложные сколиозы - характеризующиеся двумя и более дугами отклонения позвоночника в разных направлениях. Это так называемые «S» образные сколиозы.

По направлению дуги искривления сколиозы делятся на правосторонние и левосторонние.

В группе простых сколиозов выделяют : шейный, шейно-грудной(верхнее- грудной), пояснично-грудной, поясничный, пояснично - крестцовые сколиозы.

Сложные сколиозы образуются из простых : основная, первичная дуга искривления компенсируется вторичной дугой искривления. Тип сколиоза определяется первичной дугой сколиоза. Для определения методики реабилитационных мероприятий важно выявить первичную дугу искривления, так как эффективность лечения во многом зависит от возможности ее коррекции.

IV. По локализации искривления:

- шейно-грудной сколиоз (вершина искривления на уровне Th3 - Th4);
- грудной сколиоз (вершина искривления на уровне Th8 - Th9);
- грудопоясничный сколиоз (вершина искривления на уровне Th11 - Th12);
- поясничный сколиоз (вершина искривления на уровне L1 - L2);
- пояснично-крестцовый сколиоз (вершина искривления на уровне L5 - S1).

V. Клинико-рентгенологическая классификация сколиоза (по В. Д. Чаклину 1958):

1 степень сколиоза. Слабо выраженное искривление позвоночника во фронтальной плоскости, исчезающее в горизонтальном положении. Асимметрия надплечий и лопаток при шейно-грудном и грудном сколиозе и талии при поясничном сколиозе, асимметрия мышц на уровне дуги искривления. Угол сколиотической дуги $175^{\circ} - 170^{\circ}$ (угол сколиоза $5^{\circ} - 10^{\circ}$).

2 степень сколиоза. Искривление позвоночника, более выраженное, и не исчезает полностью при его разгрузке, имеется небольшая компенсаторная дуга и небольшой реберный горб. Угол сколиотической дуги $169^{\circ} - 150^{\circ}$ (угол сколиоза $11^{\circ} - 30^{\circ}$).

3 степень сколиоза. Значительное искривление позвоночника во фронтальной плоскости с компенсаторной дугой, выраженной деформацией грудной клетки и большим реберным горбом. Туловище отклонено в сторону основной сколиотической дуги. Коррекция при разгрузке позвоночника незначительная. Угол сколиотической дуги $149^{\circ} - 120^{\circ}$ (угол сколиоза $31^{\circ} - 60^{\circ}$).

4 степень сколиоза. Резко выраженный фиксированный кифосколиоз. Нарушение функции сердца и легких. Угол сколиотической дуги $<120^{\circ}$ (угол сколиоза $>60^{\circ}$) [57].

Статистика многочисленных исследований по выявлению сколиоза у детей свидетельствуют, что эта деформация – одно из наиболее частых заболеваний опорно – двигательного аппарата, которое имеет тенденцию к прогрессированию и достигает высшей степени к окончанию роста детского организма. Тяжелые искривления позвоночника и грудной клетки значительно влияют на функции внутренних органов:

- уменьшают объем плевральных полостей,
- нарушают механику дыхания,
- ухудшают функцию внешнего дыхания,
- снижает насыщение артериальной крови кислородом,
- изменяет характер тканевого дыхания,

- вызывает гипертензию в малом кругу кровообращения,
- гипертрофию миокарда правой половины сердца.

Степени нарушения осанки:

I степень - характеризуется небольшими изменениями осанки которые устраняются путем целенаправленной концентрации внимания ребенка.

II степень - характеризуется увеличением количества симптомов нарушения осанки, которые устраняются при разгрузочном положении позвоночника в горизонтальном положении или при подвешивании (за подмышечные впадины).

III степень — характеризуется серьезными нарушениями осанки, которые не устраняются при разгрузочном положении позвоночника.

Нарушение осанки – это состояние, при котором нарушены физиологические изгибы позвоночника в результате слабозрвитого мышечного корсета – группы мышц спины, груди, ягодиц, передней поверхности бедра, удерживающих позвоночник в правильном положении. Эта стадия обратимых нарушений не связанных со структурной перестройкой опорных структур позвоночника.

Под осанкой понимается поза непринужденно стоящего человека без лишнего напряжения мышц, т.е. привычная поза стоящего человека.

Осанка во многом зависит от формы спины.

Нормальная осанка характеризуется симметричным расположением частей тела относительно позвоночника. При осмотре спереди у человека, имеющего правильную осанку, определяется строго вертикальное положение головы: подбородок слегка приподнят, а линия, соединяющая нижний край глазниц и козелки ушей, горизонтальна. Линия надплечий (то место, где военные носят погоны, в обиходе часто называемое плечами) – горизонтальна; углы, образованные боковой поверхностью шеи и надплечьем (шейно-плечевые), - симметричны; грудная клетка не имеет западений или выпячиваний и симметрична относительно средней линии: живот также

симметричен, брюшная клетка вертикальна, пупок находится на средней линии.

К неправильным формам спины относят плоскую, плосковогнутую, круглую и кругловогнутую.

Плоская спина - нарушение осанки, характеризующееся уменьшением всех изгибов позвоночника, в первую очередь — поясничного лордоза и уменьшением угла наклона таза. Грудная клетка смещена вперед. Нижняя часть живота выстоит. Это нарушение осанки особенно неприятно тем, что при беге, прыжках и других осевых нагрузках импульс не амортизируется и передается на основание черепа и, далее, на головной мозг.

Сутулость - нарушение осанки в основе которого лежит увеличение грудного кифоза с одновременным уменьшением поясничного лордоза. При этом надплечья приподняты, плечевые суставы приведены. Сутулость часто сочетается с крыловидными лопатками, когда нижние углы или внутренние края лопаток сильно выдаются над грудной стенкой [41].

Круглая спина— нарушение осанки, связанное со значительным увеличением грудного кифоза и отсутствием поясничного лордоза. При этом смещается центр тяжести тела. Чтобы сохранить равновесие, человеку приходится стоять и ходить на слегка согнутых ногах. Угол наклона таза уменьшен. Голова наклонена вперед, надплечья приподняты, плечевые суставы приведены, грудь западает, руки свисают чуть впереди туловища.

Круглая спина часто сочетается с крыловидными лопатками. Живот выступает.

Кругловогнутая спина, характеризуется увеличением всех изгибов позвоночника. Угол наклона таза больше нормы; голова и верхний плечевой пояс наклонены вперед; живот выступает вперед и свисает. Недоразвитие мышц брюшного пресса может привести к опущению внутренних органов. Ноги максимально разогнуты в коленных суставах — нередко с переразгибанием.

Мышцы задней поверхности бедра и ягодичные мышцы растянуты и источены. Надплечья приподняты, плечевые суставы приведены, голова бывает выдвинута вперед от средней линии тела. Кругловогнутая спина часто сочетается с крыловидными лопатками. Уменьшается экскурсия грудной клетки и диафрагмы, снижаются жизненная емкость легких и физиологические резервы систем дыхания и кровообращения. Резко ограничиваются ротационные движения, боковые сгибания и разгибания позвоночника. При уменьшении физиологических изгибов различают плоскую и плосковогнутую спину.

Плосковогнутая спина характеризуется уменьшением грудного кифоза при нормальном или несколько увеличенном поясничном лордозе. Наблюдается при комбинированном изменении физиологических изгибов. Грудная клетка узкая. Мышцы живота ослаблены, угол наклона таза увеличен, при этом ягодичные отстают кзади; живот отвисает.

При данных видах нарушений осанки ухудшается рессорная функция позвоночника, что, в свою очередь, вызывает при движении постоянные микротравмы головного мозга. Наблюдается повышенная утомляемость и головные боли. При уменьшении шейного и поясничного лордозов ограничиваются наклоны туловища вперед и назад (в меньшей степени), а также боковые наклоны.

Асимметричная (сколиотическая осанка) характеризуется нарушением срединного расположения частей тела и отклонением остистых отростков от вертикальной оси. Голова отклонена вправо (влево); надплечья и углы лопаток расположены на разной высоте; отмечаются неравенство треугольников талии, асимметрия мышечного тонуса. Снижена общая и силовая выносливость мышц. В отличие от сколиоза, не возникает торсия позвонков, и при разгрузке позвоночника все виды асимметрии устраняются.

Вялая осанка характеризуется общей слабостью мышечно-связочного аппарата, невозможностью длительно удерживать туловище в правильном положении, частой сменой положения тела в пространстве.

Кроме того, выделяют правосторонние и левосторонние сколиозы. Если искривление позвоночника наблюдается в двух взаимно противоположных направлениях, то эта форма сколиоза называется S-образной.

В зависимости от анатомической зоны расположения на позвоночном столбе выделяют шейные, грудные, поясничные и крестцово – копчиковые искривления позвоночника. В клинической практике чаще встречаются искривления, занимающие 2-3 отдела позвоночника.

Результаты многочисленных исследований российских специалистов свидетельствуют о том, что осанка является одной из основных и объективных характеристик физического развития и состояния здоровья человека. Важно понимать, что осанка человека имеет не только эстетическое значение, но влияет (положительно или отрицательно) на положение, развитие, состояние и функцию различных органов и систем организма [35, с 12-15].

Формирование осанки и ее изменения под влиянием внешних и внутренних причин начинаются в раннем детском возрасте и заканчиваются к периоду окончания роста.

Нарушение осанки и сколиоз являются наиболее распространенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата у детей и подростков, и относятся к числу сложных и весьма актуальных проблем современной ортопедии. По данным Министерства здравоохранения РФ в различных регионах страны примерно у 70% детей имеются нарушения осанки, а у 10% - сколиоз, или боковое искривление позвоночника.

Как правило, начальной стадии деформации позвоночника является нарушение осанки. Некоторые авторы переходные формы нарушений осанки

и сколиоза называют «предсколиозом», думая, что именно на этом этапе эффект коррекции может быть полным, а сама деформация обратимой.

Под термином «осанка» принято понимать привычную позу человека, непринужденно стоящего с сомкнутыми пятками и разведенными под углом 45—50° носками. Особенности осанки определяются измерениями и описанием тела человека во всей совокупности — с головы до ног: это положение головы и пояса верхних конечностей, изгибы позвоночника, форма грудной клетки и живота, наклон таза, положение нижних конечностей. Немаловажное значение имеет форма ног — нормальная, Х-образная (иксообразная) или 0-образная, последние 2 из которых специалисты называют вальгусной или варусной соответственно [57].

Нарушение осанки бывает в двух плоскостях — в сагиттальной (вид сбоку, «профиль») и фронтальной (вид в плоскости, перпендикулярной направлению взгляда, «фас»).

Отклонения от нормальной осанки называются нарушениями, или дефектами осанки. Кифоз (выгнутость) и лордоз (вогнутость), возникающие в сагиттальной плоскости, ведут к сутулости, а сколиоз (изгиб во фронтальной плоскости) ведет к боковым искривлениям позвоночника, одним из клинических нарушений при этом является нарушение баланса туловища. В основе перечисленных деформаций чаще всего лежат нарушения правильного сочетания и выраженности физиологических изгибов позвоночника, а также функциональные изменения в опорно-двигательном аппарате.

Первая группа нарушений связана с отклонением от нормы физиологической кривизны позвоночника (уменьшение или увеличение). К нарушениям осанки, отражающим увеличение изгибов позвоночника, относятся:

— сутулость - увеличение грудного кифоза и уменьшение поясничного лордоза;

круглая спина (тотальный, или сплошной, кифоз) - увеличение грудного кифоза при полном отсутствии поясничного лордоза (для компенсации отклонения центра тяжести от средней линии человек с такой осанкой стоит, как правило, с чуть согнутыми в коленях ногами

— кругловогнутая спина - увеличение всех изгибов позвоночника, а также угла наклона таза.

Несколько слов о нарушениях осанки, связанных с уменьшением изгибов позвоночника. К этой группе относятся:

— плоская спина - уплощение поясничного лордоза, при котором наклон таза уменьшен, грудной кифоз выражен плохо, грудная клетка смещена вперед, нижняя часть живота выпячена, лопатки крыловидные - углы и внутренние их края отстают от спины; плоская спина часто сопровождается боковыми искривлениями позвоночника - сколиозами;

— плосковогнутая спина - уменьшение грудного кифоза при нормальном или несколько увеличенном поясничном лордозе (грудная клетка узкая, мышцы живота ослаблены).

В сущности, все перечисленные виды осанки можно относить к предсколиозу, т.к., по мнению М.Г. Дудина, в основе лежит «нарушение сопряжённости между темпом роста позвоночника и спинного мозга» [25].

Проанализировав вышеизложенное, мы пришли к следующему выводу: понимание учебного материала и формирование представлений о здоровом образе жизни ребенком младшего школьного возраста совершается благодаря отличительным психологическим особенностям. Из всего вышесказанного можно сделать вывод, что младший школьный возраст – довольно значимый период для развития представлений о здоровом образе жизни.

Нарушение осанки – это состояние, при котором нарушены физиологические изгибы позвоночника в результате слаборазвитого мышечного корсета – группы мышц спины, груди, ягодиц, передней поверхности бедра, удерживающих позвоночник в правильном положении.

Эта стадия обратимых нарушений не связанных со структурной перестройкой опорных структур позвоночника.

Одно из самых распространенных и тяжелых повреждений спины - сколиоз, и деформация является существенным отклонением от представленной выше нормальной анатомии. В норме наблюдающихся при сколиозе боковых изгибов, асимметрий или смещения от центральной оси быть не должно. Сколиоз при любой степени и в любой части позвоночника относится к патологическому состоянию, так как физиологического сколиоза не существует.

Боковое искривление позвоночника чаще всего сопровождается скручиванием позвонков вокруг вертикальной оси (торсией). В норме межпозвонковый сустав устроен так, что позволяет совершать вращательные движения. При сколиозе оно затруднено, напряжение мышц с разных сторон позвоночника и нагрузка на сам позвоночник становится несимметричной, что ведет к еще большей асимметрии.

К основной причине сколиоза относят слабость мышц спины и брюшного пресса. Основанием для этого являются фундаментальные законы физики и механики в замкнутой системе, а именно таковой является опорно-двигательный аппарат человека, любое смещение и перемещение составляющих ее элементов (деформирование позвоночного столба - один из примеров такого смещения) происходит под воздействием внутрисистемных движителей, и именно такими движителями в нашем организме являются мышцы.

Статистика многочисленных исследований по выявлению сколиоза у детей свидетельствуют, что эта деформация – одно из наиболее частых заболеваний опорно – двигательного аппарата, которое имеет тенденцию к прогрессированию и достигает высшей степени к окончанию роста детского организма. Тяжелые искривления позвоночника и грудной клетки значительно влияют на функции внутренних органов [28]:

- уменьшают объем плевральных полостей,
- нарушают механику дыхания,
- ухудшают функцию внешнего дыхания,
- снижает насыщение артериальной крови кислородом,
- изменяет характер тканевого дыхания,
- вызывает гипертензию в малом круге кровообращения,
- гипертрофию миокарда правой половины сердца.

Регулярные занятия гимнастикой при сколиозе оказывают оздоровительное и общеукрепляющее воздействие на организм, решают сразу несколько проблем:

- восстановление общей физической формы;
- увеличение подвижности суставов, гибкости связок, мышечной силы;
- стимулирование тканевого обмена и кровообращения;
- увеличение амплитуды и количества движений в пораженном сегменте;
- уменьшение выраженности боли;
- формирование и развитие мышечного каркаса;
- правильное удержание позвоночника;
- вытяжение позвоночника, возвращение позвонков в физиологическое положение.

Кроме того, регулярные занятия ФК улучшают работу сердца, лёгких, органов таза, сдерживают дальнейшее прогрессирование деформации, предупреждают развитие осложнений.

1.2. Направления оздоровления для обучающихся 1 класса имеющих нарушения осанки

Т.В. Гришин выделяет следующие основные условия для профилактики и лечения нарушений осанки:

- 1) сон на жесткой постели в положении лежа на животе или спине;
- 2) правильная и точная коррекция обуви;
- 3) устранение функционального укорочения конечности, возникающее за счет нарушений осанки в области таза, и выравнивающая уровень подвздошных костей;
- 4) компенсирующая дефекты стопы (плоскостопие, косолапость);
- 5) организация и строгое соблюдение правильного режима дня (время сна, бодрствования, питания и т.д.);
- 6) постоянная двигательная активность, включающая прогулки, занятия физическими упражнениями, спортом, туризмом, плаванием;
- 7) отказ от таких вредных привычек, как стояние на одной ноге, неправильное положение тела во время сидения (за партой, рабочим столом, дома в кресле и т.д.);
- 8) контроль за правильной, равномерной нагрузкой на позвоночник при ношении рюкзаков, сумок, портфелей и др.;
- 9) плавание, лечебное плавание;
- 10) применение, если это необходимо, различных ортопедических изделий: корректор осанки, спинодержатель, ортопедический корсет.

Основными средствами профилактики нарушений осанки является правильная организация статико-динамического режима, который включает в себя полный спектр ситуаций, связанных с регулированием нагрузок на опорно-двигательный аппарат ребенка.

По направленности эти воздействия могут иметь как повреждающий характер (например, длительное нахождение в неправильных статистических

позах), так и лечебный (физическая культура и специальная гимнастика) [10, с 35-36].

Для выработки правильной осанки и профилактики ее нарушений необходимо систематически, не менее 3-х раз в неделю тренировать мышцы спины и живота.

Упражнения можно включать в комплекс утренней гигиенической гимнастики, оздоровительной гимнастики, в урок физкультуры в школе, в спортивную тренировку.

Задача этих упражнений состоит в том, чтобы увеличить силу и статическую выносливость мышц спины и живота, тогда они смогут в течение долгого времени удерживать позвоночник в прямом положении с приподнятой головой.

Силовая выносливость мышц-разгибателей спины оценивается временем удержания на весу половины туловища и головы в позе "ласточка" или «рыбка» на животе. Для детей 7-11 лет нормальное время удержания туловища составляет 1,5-2 мин.

Силовая выносливость мышц брюшного пресса оценивается количеством переходов из положения лежа на спине в положение сидя (темп выполнения 15-16 раз в мин.). При нормальном развитии брюшного пресса дети 7-11 лет выполняют это упражнение 15 -20 раз.

И.А. Калюжнова предлагает такие упражнения, как упражнения для развития статической выносливости мышц. Они выполняются в статическом режиме, т.е. мышцы необходимо напрячь и удерживать в этом состоянии 5-7 сек, затем сделать паузу для отдыха в течение 8-10 сек. и повторить упражнение 3 -5 раз.

Затем выполняется другое упражнение для этой же или другой группы мышц. Начинать занятия необходимо с более простых упражнений, по мере их освоения упражнения необходимо усложнить за счет изменения И. п.,

используя различные положения рук, ног, применяя отягощения (палки, гантели, мячи, медицинболы), увеличения числа повторений до 10-12.

Статические упражнения необходимо чередовать с динамическими. Исходные положения для тренировки мышц спины и живота - лежа на спине, животе.

Таким образом, физические упражнения оказывают стабилизирующее влияние на позвоночник, укрепляя мышцы, позволяют добиться корригирующего воздействия на деформацию, улучшить осанку, функцию внешнего дыхания, дают общеукрепляющий эффект.

Лечебно-физическая культура показана на всех этапах развития сколиоза, но более успешные результаты она дает при начальных формах его развития. Уровень двигательной активности в школьном возрасте в значительной мере обусловлен не возрастной потребностью в ней (кинезифилией), а организацией физического воспитания в школе, привлечением детей к организованным и самостоятельным занятиям в неучебное время. Комплексная профилактика нарушения осанки, принятая в России, помимо трех обязательных уроков в неделю предусматривает дополнительные и факультативные занятия и физические упражнения в режиме дня. Дети должны ежедневно заниматься физическими упражнениями около двух часов.

Но даже при самых благоприятных условиях на практике общеобразовательная школа не в состоянии обеспечить необходимый объем двигательной активности, поэтому фактически специально организованная двигательная активность ограничивается 3-4 часами в неделю у основной массы школьников, что составляет 30% гигиенической нормы. Необходимо помнить, что сформировать правильную осанку можно только в период роста позвоночника.

Физические упражнения – важная часть формирования правильной осанки, но не единственная, особенно для младших школьников. С приходом

в школу ребенок все больше сидит, а значит меньше двигается. Учителю важно контролировать положение тела учеников. Существуют памятки о том, как правильно сидеть за партой: спина прямая, между животом и партой должен проходить кулачок, на парте нельзя лежать, нельзя сидеть подогнув одну ногу под себя и так далее. Часто дети в процессе увлеченной учебы забывают об этих правилах, учитель же следит за этим и исключает неправильное положение за партой из причин нарушения осанки. Еще одним важным фактором является психическое состояние школьников. Сутулость, закрытость в положении тела может сказать о плохом настроении ребенка, о каких-либо проблемах (дома или в коллективе). Это своеобразный маячок, и учителю стоит обратить внимание [4, с 60-61].

Педагог, со своей стороны, должен постараться дать позитивный настрой в начале учебного дня и на каждом уроке отдельно. Также, необходимо следить за психологическим климатом класса, выявляя на начальном уровне проблемы. Кажется, что между осанкой и психикой нет ничего общего. Однако нарушения в психологическом состоянии ребенка тут же могут отразиться на его здоровье. Итак, нарушение осанки – частое явление среди детей младшего школьного возраста. Это обусловлено рядом причин, как генетических, так и социальных. Большая часть успеха в формировании правильной осанки зависит от родителей. Их задачей является обустройство домашнего рабочего места, места сна, отслеживание режима дня, наблюдение и устранение неправильного положения тела при выполнении письменных заданий и т. д. Значительная роль в формировании правильной осанки принадлежит педагогу, т. к. дети проводят в школе большую часть дня. Выполняя все описанные рекомендации, можно добиться прогресса в устранении проблемы нарушения осанки у детей младшего школьного возраста.

Формирование правильной осанки будет способствовать тому, что дети вырастут здоровыми и активными членами общества.

Таким образом, важным показателем нормального физического развития ребенка является правильная осанка, которая предопределяет нормальное положение и функционирование внутренних органов. Формирование правильной осанки зависит от многих условий, а именно от того, как ученик ходит, стоит, сидит, выполняет ли ежедневно утреннюю гимнастику, физкультминутки на уроках, игры и упражнения на переменах. Физические упражнения являются основным средством формирования правильной осанки.

В младшем школьном возрасте почти все физические качества ребенка демонстрируют высокие темпы прироста. Поэтому организация правильного тренировочного режима ребенка с целью обеспечения скоростных качеств его общей физической подготовки и преимущественной направленности на развитие широкого спектра двигательных координаций оказывается наиболее адекватной возрастным особенностям развития физического потенциала человека в этот период его жизни [6].

В младшем школьном возрасте закладываются основы физической культуры человека, формируются интересы, мотивации и потребности в систематической физической активности. Этот возраст особенно благоприятен для овладения базовыми компонентами культуры движений, освоения обширного арсенала двигательных координаций, техники разнообразных физических упражнений. Физическое воспитание как процесс целенаправленного изменения форм и функций организма специфическими и не специфическими для него средствами представляет собой совокупность организационных педагогических средств, направленных на улучшение физического состояния человека.

В сфере физического воспитания все большие распространения имеют идеи и принципы системного подхода. Система рассматривается как совокупность взаимодействующих компонентов, связей и отношений,

объединенных единством цели. Достижение цели является главной задачей управления.

В педагогике управление осуществляется при наличии: конкретной цели управления; объекта и органов управления; способности управляемого объекта переходить из одного состояния в другое; возможности управляемого объекта создавать управляющие воздействия; возможности управляющего объекта воспринимать эти воздействия; возможности выбора управленческого решения из некоторого набора или множества решений; определенных материальных ресурсов управления; сведений о текущем состоянии объекта управления; возможности оценивать качества управления и др [9].

Самое главное средство профилактики и самый необходимый компонент лечения заболеваний позвоночника –это выработка навыка правильной осанки. К сожалению, это очень трудная задача, не столько для ребенка, сколько для родителей. Сама по себе хорошая осанка может сформироваться в исключительных случаях, у совершенно здорового, переполненного энергией, гармонично физически развитого ребенка. Даже при наличии предрасположенности к заболеваниям позвоночника их можно избежать, если выработать навык правильной осанки и выполнять упражнения, направленные на гармоничное развитие опорно-двигательного аппарата, причем в соответствии с методическими указаниями. Неправильное положение тела или неверное выполнение движений часто переносит нагрузку с мышц, которые мы хотим тренировать, на другие мышечные группы. Перед тем как приступать к собственно тренировке, необходимо научиться правильно, выполнять упражнения. Это также является одной из основных задач начального этапа.

Общеразвивающие и дыхательные упражнения, упражнения на координацию движений, на выработку навыка правильной осанки выполняют независимо от индивидуальных особенностей нарушений осанки.

Специальные упражнения для укрепления и растягивания мышц, увеличения подвижности позвоночника подбирают индивидуально, с учетом типа нарушений осанки и в соответствии с результатами функциональных проб. При типичных нарушениях осанки нарушения мышечного тонуса более или менее одинаковы, и при их коррекции следует использовать одинаковые группы упражнений [17, с 2-7].

Эффективно формировать здоровый образ жизни детей можно, опираясь на знание реального образа жизни детей определенного пола, возраста, для чего необходимо постоянно контролировать состояние здоровья, уровень физического развития, распространенность среди детей факторов риска развития заболеваний, травматизма.

Эффективно контролировать состояние здорового образа жизни у младших школьников благодаря системному подходу к организации воспитательной деятельности, постоянному контролю и планированию мероприятий, способствующих к полноценному развитию здоровой личности.

Итак, мы выяснили, что здоровый образ жизни является основным рычагом первичной профилактики в укреплении здоровья младших школьников, и в целом населения посредством изменения стиля жизни, его оздоровление с применением гигиенических познаний в борьбе с вредными привычками, преодолением неблагоприятных условий, связанных с жизненными ситуациями [24, с 49-52].

Причинами проблемы формирования здорового образа жизни у младших школьников являются такие факторы:

- 1) не все педагоги достаточно хорошо владеют специальными методиками и технологиями;
- 2) не созданы благоприятные материально–технические условия;
- 3) не все родители готовы идти на контакт с педагогами.

Так как здоровье есть «состояние полного физического, психического и социального благополучия», то все богатство мира создается трудом здоровых людей. Но за здоровье надо бороться. В требованиях Стандарта дошкольного образования к структуре основной общеобразовательной программы детского сада, формирование начальных представлений о здоровом образе жизни является одной из задач образовательной области «Физическое развитие».

Систематизация наиболее значимых исследований данной проблемы свидетельствуют, что основными элементами здорового образа жизни являются: выполнение режима дня, рациональное питание, двигательная активность, закаливание, соблюдение культурно – гигиенических правил поведения, осуществление психоэмоциональной регуляции своего поведения, наличие медицинской активности (профилактика заболеваний). Необходимо отметить основные элементы в формировании готовности педагогов к проведению мероприятий по формированию здорового образа жизни в условиях детского сада: ценностное отношение к деятельности, компетентность, направленность на будущую деятельность, умелость в решении текущих проблем, ответственность.

Формирование здорового образа жизни происходит посредством занятий спортом и оздоровительными процедурами, соблюдение правильного питания, сохранение психологической сбалансированности во всех аспектах жизни, правильное построение взаимоотношений в обществе, саморазвитие, а также регулярное медицинское обследование здоровья являются основными составляющими норм здорового образа жизни.

Здоровье человека в первую очередь зависит от стиля жизни, который в большей степени носит олицетворенный характер и обуславливается историческими и национальными традициями (менталитете) и индивидуальными наклонностями (образ). Поведение человека направлено на удовлетворение потребностей. При более или менее одинаковом уровне

потребностей, характерном для данного общества, каждая личность характеризуется своим, индивидуальным способом их удовлетворения, поэтому поведение людей разное и зависит в первую очередь от обучения и воспитания. Более подробно взаимосвязь между образом жизни и здоровьем выражается в понятии здоровый образ жизни; данное понятие положено в основу валеологии. Здоровый образ жизни объединяет все, что способствует выполнению человеком профессиональных, общественных и бытовых функций в лучших для здоровья условиях и выражает нацеленность деятельности личности в направлении развития, укрепления и сохранения как индивидуального, так и общественного здоровья. Т.В. Гришин определяет здоровый образ жизни, как «активная деятельность людей, нацеленная, в первую очередь, на улучшение и сохранение здоровья [21, с 38-42].

При формировании условий должно учитываться то, что стиль жизни человека и семьи не формируется сам по себе в зависимости от обстоятельств, а создается на протяжении всей жизни целенаправленно и постоянно. Развитие здорового образа жизни является основным рычагом первичной профилактики в укреплении здоровья населения посредством изменения образа и уклада жизни, его оздоровление с применением гигиенических знаний в борьбе с вредоносными привычками, преодолением неблагоприятных сторон, связанных с жизненными ситуациями».

Формирование здоровья младшего школьника проходит в процессе активного внедрения здоровьесберегающих технологий в воспитательном процессе.

Таким образом, существующая система образования требует разработки и реализации новых комплексных оздоровительно–профилактических программ, нацеленных на валеологию образовательной среды и развитие целостного адаптационно–реабилитационного пространства на всех этапах образовательного процесса. Под общим контролем должны быть учебная нагрузка, распорядок дня, питание, двигательная активность, закаливающие

процедуры, нервные нагрузки, психологический климат дома, в школе и в классе, взаимоотношения родителей и детей, детей и учителей, виды и формы досуга, развлечения и интересы. Неправильно организованный труд школьников может принести вред здоровью. Человек, способный со школьной поры грамотно организовать режим своего труда и отдыха, в будущем надолго сберечь бодрость и творческую активность. Здоровый образ жизни создается всеми сторонами и проявлениями общества, связан с личностно–мотивационным воплощением личности своих социальных, психологических и физиологических возможностей и способностей. От того, в какой степени благополучно удастся создать и закрепить в сознании принципы и навыки здорового образа жизни в молодом возрасте, зависит в дальнейшем вся деятельность, препятствующая раскрытию потенциала личности.

Здоровый образ жизни – это, прежде всего, первичная профилактика, в основе которой заложены стиль уклад жизни, теоретико-методические знания по оздоровлению человека, его дополнительные возможности, формы и методы их развития и улучшения. На образ жизни обучающихся более эффективно способно влиять педагогическое воздействие. Таким образом, к условиям формирования примера здорового образа жизни для педагогов еще и входит развитие здорового образа жизни. Педагогическая деятельность по формированию здорового образа жизни считается самостоятельная выработка взглядов учащегося на основе полученных знаний и опыта. Благодаря убеждениям формируется мотивация здорового образа жизни. Таким образом, здоровье человека зависит от многочисленных факторов: наследственных, социально–экономических, экологических, деятельности системы здравоохранения. Однако особое место из них занимает образ жизни человека. Здоровый образ жизни можно охарактеризовать как интенсивную деятельность людей, направленную на совершенствование и поддержку собственного здоровья. Любой должен заботиться о своем здоровье.

Таким образом, мы выделили условия формирования здорового образа жизни младших школьников:

1) активизация интереса учащихся к познанию возможностей своего организма и условий их развития;

2) формирование интереса к здоровому образу жизни посредством личного примера педагога в отношении к здоровью и здоровому образу жизни;

3) использование здоровьесберегающих технологий в процессе приобщения учащихся к здоровому образу жизни;

4) развитие ценности здоровья и здорового образа жизни.

Таким образом, здоровый ребенок должен много двигаться, тем более что из-за особенностей детской нервной системы и мышц поддерживать неподвижную позу ему труднее, чем бегать, прыгать, вертеться и скакать. В положении сидя или стоя, особенно если приходится дольше нескольких минут находиться в одной и той же позе, ребенок обвисает, вертикальная нагрузка переносится с мышц на связки и межпозвонковые диски –и начинается формирование неправильного двигательного стереотипа и плохой осанки. Небольшая, но регулярная физическая нагрузка (плавание, домашние тренажеры, больше подвижных игр и поменьше телевизора и компьютера, ежедневная физкультура) –необходимое условие нормального развития опорно-двигательного аппарата. Гиподинамия, неправильное физическое воспитание, неудобная мебель, отсутствие навыка правильной осанки –все это ухудшает ситуацию.

1.3. Смешанное обучение и организация дистанционной утренней гимнастики, направленной на коррекцию осанки обучающихся 1 класса

Сложившаяся эпидемиологическая ситуация создала для педагогов все условия для развития ключевых компетенций XXI века. Это и развитие мышления, и умение работать с многочисленной информацией и выделять главное, и умение находить решения в случае непредвиденных обстоятельств. Появилась возможность для развития умения рационально осуществлять интернет-коммуникацию в ходе организации сотрудничества и совместной работы с коллегами, учениками и их родителями.

Остался один большой вопрос: как организовать и реализовать обучение предмету «Физическая культура» на дому эффективно? Рассмотрим систему дистанционного обучения в домашних условиях, которая, в свою очередь, может стать инструкцией для педагогов в их практической деятельности.

В методических рекомендациях, разработанных Министерством просвещения Российской Федерации в марте 2020 года, описывается примерная модель реализации образовательных программ начального общего, основного общего, среднего общего образования с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий.

Согласно рекомендациям, образовательная организация самостоятельно определяет порядок оказания учебно-методической помощи обучающимся (индивидуальных консультаций) и порядок проведения текущего и итогового контроля по учебным дисциплинам.

В соответствии с техническими возможностями организует проведение учебных занятий, консультаций, вебинаров на школьном портале или иной платформе с использованием различных электронных образовательных ресурсов. Педагогическим работникам образовательной организации рекомендуется планировать свою педагогическую деятельность

с учетом системы дистанционного обучения, создавать простейшие, нужные для обучающихся, ресурсы и задания, выражать свое отношение к работам обучающихся в виде текстовых или аудио рецензий, устных онлайн консультаций [20].

Опираясь на общие рекомендации, предложенные для всех учебных дисциплин, можно сформировать и систему организации дистанционного обучения предмету «Физическая культура». Данная система включает такие аспекты, как правила организации, мотивацию школьников к регулярным занятиям физической культурой, способы реализации, формы контроля, профилактику травматизма.

Для эффективной реализации дистанционного обучения необходимо выполнение нескольких условий, которые в совокупности складываются в определенные правила организации:

- позитивно настроиться на педагогическую деятельность;
- определиться с расписанием и установить периодичность занятий, консультаций, выдачи заданий;
- четко ставить задачи для каждого занятия и структурировать учебный материал;
- разработать инструкции для учеников по изучению материала и выполнению заданий;
- установить адекватные правила оценивания;
- своевременно проверять задания;
- не перегружать школьника теоретическим учебным материалом, многочисленными ресурсами и заданиями;
- позитивно взаимодействовать с родителями, быть на связи;
- быть готовым оперативно вносить изменения в процесс организации занятий с учетом их целей и имеющихся ресурсов.

Важно учитывать требования, предъявляемые к домашним заданиям по физической культуре: они должны быть выполнимыми и проверяемыми в

домашних условиях, не требовать страховки, доводиться до прочного навыка (чтобы не закреплялись ошибки).

Основной акцент при реализации образовательной деятельности — ориентация учеников на самообразование, самостоятельное выполнение физических упражнений, двигательную активность в режиме дня.

Самой трудной задачей при организации дистанционного обучения физической культуре является мотивация школьников на систематические занятия физическими упражнениями, активную двигательную деятельность. Мотивацией младшего школьника на выполнение ежедневного комплекса гимнастики дома может стать игровая видеозарядка, еще лучше вместе с родителями, а также внесение в задание элементов соревнования.

Для организации дистанционного обучения в сложившихся эпидемиологических условиях могут применяться следующие способы:

- разработка индивидуального и (или) группового плана самоподготовки (в том числе при помощи фитнес-приложений для смартфонов);

- направление тем, заданий, ссылок на электронные ресурсы (видеоуроки, электронные формы учебников) через систему электронного журнала, электронную почту, телефон, при помощи социальной сети (например, «ВКонтакте»), приложений (WhatsApp, Viber и др.) в тесном контакте с родителями (законными представителями);

- целевой просмотр спортивных ТВ-каналов, программ, видеоуроков, тренировок;

- организация видеоуроков через программу Skype с помощью бесплатных электронных платформ.

Также педагогам рекомендуется опираться на бесплатные электронные ресурсы. Самым наполненным в предметной области «Физическая культура» является образовательный портал «Российская электронная школа», который содержит интерактивные уроки с 1 по 11 классы по всем разделам курса.

Интерактивные уроки «Российской электронной школы» строятся на основе специально разработанных авторских программ, успешно прошедших независимую экспертизу. Эти уроки полностью соответствуют федеральным государственным образовательным стандартам (ФГОС) и примерной основной образовательной программе общего образования. Содержание раздела представлено видеоуроками, конспектами урока, упражнениями и контрольными заданиями, которые должен выполнить школьник. Для прохождения проверочных заданий ученику необходимо зарегистрироваться.

Несмотря на сложность осуществления, важным аспектом при дистанционном обучении остается контроль знаний и умений [23, с 40-41].

Разнообразие форм контроля также широко представлено в методических рекомендациях, разработанных коллективом Института естествознания и спортивных технологий Московского государственного педагогического университета. По мнению разработчиков методических рекомендаций, при определении результатов учебной деятельности наиболее эффективными формами контроля являются: тестирование (или анкетирование) теоретических знаний (например, через тесты, созданные в Google формах); фото-, видеоотчеты о выполнении практических заданий (например, одного упражнения или физкультминутки для детей 1-х — 4-х классов; разработки мини-проекта, презентации, комплекса упражнений на развитие скоростных качеств, техники легкоатлетического упражнения для ребят 5-х — 11-х классов); ведение дневника здоровья (для начальной школы) или дневника самоконтроля (для основной, средней школы); скриншоты итогов двигательной деятельности через приложения «шагомер», данные фитнес-приложений, фитнес-браслетов; обратная связь через программу Skype, платформы видеоконференций и др.

По отзывам педагогов, при организации как контроля, так и дистанционного обучения в целом на первый план вышла проблема разного уровня сформированности у школьников ответственного отношения к

выполнению заданий по предмету, а также самостоятельности. Данный факт требует пересмотра подходов к воспитательной деятельности.

Профилактика травматизма (особенно детского) — очень важная и серьезная задача, особенно в период сложившейся ситуации, связанной с пандемией и с приоритетом в области физической культуры и спорта, направленного на организацию двигательной деятельности школьников в домашних условиях. В условиях карантина риск детского травматизма возрастает в несколько раз.

Для успешной организации занятий физической культурой и спортом в домашних условиях необходимо учитывать несколько основных аспектов, обеспечивающих безопасные условия, профилактику детского травматизма и несчастных случаев. К ним относятся: выбор пространства, инвентаря, соответствие одежды, соответствующие гигиенические условия, планирование правильной нагрузки, соблюдение техники безопасности при выполнении физических упражнений.

Для организации качественного и эффективного дистанционного обучения физической культуре педагогам рекомендуется в первую очередь повысить свою квалификацию в области цифровой грамотности. Не менее эффективным будет изучение рекомендаций по преподаванию предмета, а также анализ опыта других регионов, школ. Для большей мотивации детей и подростков к систематическим самостоятельным занятиям физической культурой рекомендуется активно применять базовый инструмент — поддержание интереса.

В целях профилактики травматизма школьников важно провести четкий инструктаж по выбору и организации места для занятий физическими упражнениями, двигательной активностью, технике выполнения упражнений в домашних условиях. Также рекомендуется переключиться на виды контроля, требующие меньших временных затрат от школьника (например, тестирование, анкетирование, онлайн-беседы и т. д.). В основе организации

дистанционного обучения предмету должно быть минимальное количество теоретического материала, максимальное применение средств, направленных на активизацию двигательной деятельности школьников со строгим соблюдением правил техники безопасности при выполнении физических упражнений и самостоятельных занятиях физической культурой и спортом.

Гимнастика - это система специально подобранным физическим упражнениям, методических приёмов, применяемых для укрепления здоровья, гармонического физического развития и совершенствования двигательных способностей человека, силы, ловкости, быстроты движений, выносливости и др. Объём применяемых упражнений позволяет воздействовать на весь организм в целом и развивать отдельные группы мышц и органы, регулировать нагрузку с учётом пола, возраста, уровня физической подготовленности.

Оздоровительная гимнастика - это полный комплекс физических упражнений, способствующих общему улучшению самочувствия. Она включает в себя достаточно легко исполнимые движения. Необходимо выполнять движения так, как позволяет тело и физическая подготовка ребенка. Этот комплекс позволяет сохранить, а в некоторых случаях даже существенно увеличить, подвижность суставов.

Оздоровительная гимнастика является важнейшим спортивным аспектом в физическом развитии и становлении организма детей дошкольного возраста.

Упражнения, входящие в комплексы оздоровительной гимнастики, служат формированию правильной осанки, развитию координации движений, силы, выносливости, ловкости, гибкости, а также вниманию и усидчивости на занятиях. Особенно занятия необходимы детям с ослабленным иммунитетом, склонным частым простудным заболеваниям

Для детей школьного возраста занятия направлены на формировании основных видов движения: развитие мелкой моторики рук, формирования

навыка равновесия, навыка любознательности, познавательности, проявление интереса к физическим упражнениям и к самостоятельному выполнению.

Также во время занятий развиваются следующие качества:

- Честность;
- Трудолюбие;
- Дисциплина;
- Сопереживание;
- Помощь ближнему;
- Проявление творческой инициативы.

Основными функциями программы оздоровительной гимнастики является [21, с 38-42]:

- Оздоровительные;
- Воспитательные;
- Образовательные.

Не менее важной задачей является выработать привычку к самостоятельному выполнению физических упражнений, а также соблюдению режима дня. Это должно доставлять ребенку радость, удовольствие и желание продолжать тренировочный процесс. Таким образом, занятия проходят в форме активных, веселых и развлекательных играх, это в свою очередь формирует находчивость и воображение.

Различные физические упражнения, такие как бег, ходьба, лазанье, перелазанье, бросание и ловля предметов, поднимание и переноска предметов, преодоление различных препятствий развивает у детей различные физические качества, целеустремленность, работу в команде, силу воли, скоростные способности. Такие занятия хорошо развивают у ребенка самооценку и уверенность в собственных силах.

Так же важно отметить, что оздоровительная гимнастика улучшает все обменные процессы в организме, кровообращение в сосудах и органах, способствует росту мышечной ткани.

Благодаря различным программам оздоровительной гимнастики, включающие в себя элементы эстетической, художественной и спортивной гимнастики, являются одним из самых полезных направлений в развитии гармонии, ритмики, динамики, грации и силы.

Необходимо, чтоб ребенок вырос гибким, сильным и выносливым, на начальных этапах тренировочного процесса большое внимание уделяется базовым упражнениям, согласованности движений и плавности динамики. Это все необходимо для совершенствование двигательных функций [28].

В нынешнее время одно из самых простых, но тоже время самых эффективных способов поддержания организма ребенка дошкольного возраста в тонусе, является утренняя гигиеническая гимнастика.

После утреннего подъема чтобы начать адекватно воспринимать все, что происходит вокруг, большинству детей требуется определенное время, а именно несколько часа. После утреннего пробуждения организм восстанавливает физиологические процессы, активизирует центральную нервную систему, повышает уровень трудоспособности.

Если делать утреннюю гимнастику через силу, либо, когда ребенок плохо себя чувствует и недомогает, это может принести организму больше вреда, нежели чем пользы.

Утреннюю гигиеническую гимнастику следует проводить в хорошо проветриваемом помещении, на свежем воздухе на детской игровой площадке или стадионе. Начинать занятие нужно с более простых упражнений, постепенно переходить к более сложным. Педагог должен индивидуально подходить к каждому ребенку. Потому что, у каждого ребенка свой уровень развития. Так же, утренняя гимнастика показана для детей после болезней, когда дети длительное время находятся в малоподвижном состоянии.

Заканчивать утреннюю гимнастику следует водными и гигиеническими процедурами.

Прежде всего, она обеспечивает нормализацию и стабилизацию работы всех функций детского организма, повышает уровень его работоспособности, обеспечивает профилактические действия к противостоянию воздействия различных внешних раздражителей, поддерживает высокий уровень культуры движений и дальнейшего поведения, дисциплинирует, добавляет силы и уверенности [11, с 39-44].

Все упражнения гигиенической гимнастики строятся на простоте выполнения упражнений и их доступности.

Гигиеническую гимнастику можно выполнять в любое время суток. Наиболее часто ее практикуют в утренние, дневные (обеденные), а также вечерние часы. Весь комплекс упражнений за один подход выполняется на протяжении 10 - 15 минут. При этом их можно делать как один, так и несколько раз в день в различное время суток.

Правильно спланированные упражнения и их последовательность покажут реальные результаты уже после 10 первых занятий. В процессе выполнения упражнений воспитателю важно следить не только за общим самочувствием детей, но и за дыханием. Если очередное упражнение выполняется через силу или с трудом, его следует немного отложить до того момента, пока организм ребенка не будет к нему готов.

Гигиеническая гимнастика это простой, доступный, эффективный и весьма полезный комплекс упражнений для детей от 3х до 7ми лет. Занимает минимум времени, но способен в конечном итоге творить настоящие чудеса.

Ритмическая гимнастика - традиционный вид гимнастики оздоровительно-развивающей направленности, основанный на подчинении двигательных действий задающему ритм и темп музыкальному сопровождению. Ритмическая гимнастика представляет собой систему гимнастических упражнений, включающую упражнения общеразвивающего

характера, циклические движения (ходьбу, бег, подскоки и прыжки, танцевальные элементы), выполняемые в заданном темпе и ритме.

Ритмическая гимнастика предоставляет возможность широкого выбора упражнений различной направленности, позволяющих оказывать разностороннее воздействие на детей 3-7 лет.

Ритмическая гимнастика воздействует комплексно на организм ребенка дошкольного возраста. Поскольку упражнения носят поточный характер, нагрузка ложится прежде всего на сердечно-сосудистую и дыхательную системы и опорно-двигательный аппарат. Упражнения, движения и их соединения координационного характера представлены в комплексах ритмической гимнастики, совершенствуют двигательные возможности ребенка, а также формируют правильную осанку и рациональную походку, воспитывают культуру движений и правильный стиль поведения. В процессе занятий у ребенка формируются и совершенствуются физические качества, а также улучшается подвижность в суставах [4, с 60-61].

В процессе занятий ритмической гимнастикой решаются задачи общие задачи:

- Развитие физических качеств;
- Обучение технике основных и специфичных движений;
- Воспитание качеств характера личности.
- Специальные задачи:
- Обучение ориентировке в пространстве;
- Профилактика нарушений сердечно-сосудистой, дыхательной, сенсорной, опорно-двигательной систем;
- Компенсация нарушенных функций за счет сохранных анализаторов.

На занятиях ритмической гимнастики требуется освоение координационных способностей, находящиеся в взаимосвязи с другими их направлениями [31, с 156-157]:

- Кинетическая способность - это способность к дифференцированию

точности воспроизведения и отмериванию пространственных, силовых и временных параметров движения;

– Способность к сохранению равновесия - статического и динамического;

– Способность к переключению - это согласование разных движений в соответствии с действующей программой занятия;

– Способность к управлению темпо-ритмической структурой - это целесообразная последовательность движений и акцентированных моментов двигательного действия;

– Способность к ориентации в пространстве, определению и изменению положения тела в пространственно-временном поле. Характеристика упражнений ритмической гимнастики: Общеразвивающие упражнения (ОРУ) - это движение телом и его частями, выполняемых индивидуально или с использованием действий партнера, гимнастических снарядов и различных предметов;

Элементы и упражнения художественной гимнастики и хореографии применяются в совокупности с ОРУ, в многократном повторении. Их применения на занятиях ритмической гимнастики требует эмоциональности, красочности, грациозности в движениях. Однако не стоит ставить задачи перед ритмической гимнастикой обучению танцам;

Ходьба и бег считается так же основным упражнением на занятиях ритмической гимнастикой. Эти упражнения обычно проводят по периметру помещения, где проводится непосредственно занятие. Также ходьбу и бег можно проводить на месте, с небольшим перемещением в различные направления, а также можно дополнить движения руками, туловищем, головой.

Виды шагов:

– Перекрестный шаг;

– Пружинистый шаг;

- Острый шаг;
- Приставной шаг и др.
- Виды бега:
- Бег на месте;
- Захлест голени назад;
- Поднятие бедра;
- Приставной бег и др.

Ходьба и бег стимулирует сердечно - сосудистую, дыхательную, опорно-двигательную системы, что является отличным способом восстановления после болезней.

Прыжки. Виды прыжков:

- На двух ногах;
- На одной ноге;
- С поворотом;
- Прыжок в стойку ноги врозь;
- Прыжки в различные направления;
- В выпадах;
- Из положения сидя и др.

Прыжки выполняют как самостоятельное упражнение, также, в сочетании с бегом, ходьбой и танцевальными движениями.

На занятиях ритмической гимнастикой могут быть использованы простейшие акробатические упражнения: перекаты, стойка на лопатках и др [36, с 28-34].

Особенности выполнения упражнений ритмической гимнастики:

- Все упражнения, выполняемые на занятиях должны быть максимально простые и доступные для детей дошкольного возраста;
- Движение с многократным повторением, сочетание их в связках, определяют их аэробный характер, благоприятно сказывается на

дыхательной, сердечно - сосудистой и опорно-двигательной системах;

– Данные упражнения и движения должны быть не только простые в исполнении, а также должны быть красивы, грациозны, свободны, это сказывается на воспитании гибкости и развитии пластичности у детей;

– Ритмичная музыка, четкий и ясный показ движений воспитателем или педагогом, создают положительный эмоциональный фон у детей, вызывает у детей удовольствие и желание заниматься ритмической гимнастикой;

– Многообразие упражнений и движений позволяет объединять их в комплексы, которые задействуют большое количество мышечных групп, обеспечивают гармоничное развитие всех органов и систем;

На занятиях ритмической гимнастики должны отсутствовать жесткие требования к технике движений. Одежда и обувь должны быть удобной и не стеснять движения. Музыкальное сопровождение должно нравиться детям данного возраста и приносить им радость и удовольствие.

Музыкальное сопровождение на занятиях ритмической гимнастикой:

– Музыкальная фонограмма является неотъемлемой частью занятий по ритмической гимнастике. Как правило, музыка повышает эмоциональный фон ребенка и желание выполнять движения и упражнения. Она помогает запомнить движения, а также выразительно выполнять упражнения.

– Можно кратко сформулировать основные требования к подбору музыкальной фонограммы для занятий с детьми дошкольного возраста:

– Музыка должна быть доступна для восприятия ребенка, обычно это детские песни, с понятными для него словами;

– Запись должна быть чистой с хорошо выраженным ритмом;

– Целесообразно учитывать смысловое содержание песни.

Лечебная гимнастика - комплекс физических и дыхательных упражнений, который оказывает общеоздоровительное и терапевтическое действие на организм.

Лечебная гимнастика для детей дошкольного возраста является неотъемлемой частью развития и укрепления здоровья при наличии любых проблем развития. Занятия лечебной гимнастикой для детей позволяют повысить защитный уровень иммунитета, улучшить кровообращение и быстрее адаптировать ребенка к посещению детского сада. Правильно подобранная лечебная гимнастика для детей порой творит настоящие чудеса:

- Повышается иммунитет;
- Улучшает мозговое кровообращения, тем самым усиливается умственная работоспособность;
- Значительно снижается гиперреактивность.

Гиподинамия является одной из причины снижения работоспособности, а также ослабляет организм в целом. Регулярное занятие физическими упражнениями значительно повышает иммунную реакцию на различные инфекции и вирусы, хороший иммунитет помогает бороться с ними. Тренированный организм более устойчив к внешним факторам окружающей среды: перегревание, переохлаждение, к колебаниям атмосферного давления.

В зависимости от физиологических особенностей ребенка в условиях конкретной патологии определяются его физические и адаптивные возможности к восприятию физической нагрузки при занятиях лечебной гимнастикой. Контроль за состоянием ребенка во время занятий состоит из общепринятых методов контроля за функцией прежде всего сердечно-сосудистой системы и за признаками утомляемости. Как показывает практика, ограничение времени продолжительности процедуры лечебной гимнастики и ее информативности связано прежде всего с утомлением центральной нервной системы. Это проявляется в снижении концентрации внимания: в увеличении количества ошибок при выполнении упражнения, отвлекаемости на посторонние стимулы, игнорировании просьб и т.п. Особенно это характерно для детей с синдромом дефицита внимания, количество которых может достигать 15-20% от числа детей, занимающихся в

группе. В связи с этим продолжительность занятия лечебной гимнастикой по нормам для детей дошкольного возраста составляет не более 20 минут [42, с 40-43].

Между тем большинства методик лечебной гимнастики требуют больших затрат времени для повышения ее эффективности. Это возможно, если при построении занятий педагог четко осознает уровень психического развития ребенка и находит контакт с ребенком, живущим в своем миропонимании.

Для ребенка дошкольного возраста не существует отвлеченного познания, и поэтому его способ освоения окружающего мира - это действие в мире реальных предметов и вещей, однако ребенок еще не владеет методами осуществления таких действий. Это противоречие может разрешиться только в одном виде деятельности - в игре. Игра для дошкольников является ведущей сферой деятельности и характеризуется воображаемой игровой ситуацией, выделением знаний и смыслов, что лежит в основе формирования образно-схематического мышления, развитием активного запоминания, обобщенным характером игры, наличием ролей.

Так как занятия лечебной гимнастикой требуют стремления к определенным значимым целям (количества повторений, достижения определенного объема движения и т.п.), ролевые игры должны сочетаться с играми по правилам. В игре активно формируются психические процессы: обогащаются восприятие, активная память и внимание. Ролевая игра приводит к переходу от наглядно - действенного мышления к словесно-логическому освоению смыслов формирования воображения. С другой стороны, в играх по правилам ребенок формирует самооценку, обучается ограничивать свои желания, подчиняться запретам.

Неотъемлемый вид игровой деятельности ребенка - это сказка. Она должна строиться на знакомых ребенку образах. Важно, чтобы понятия были

доступны пониманию и воображению ребенка, соответствовали его возрасту и развитию. Ребенку близок мир сказки, похожий на мир самого ребенка.

Ребенок через сказки начинает понимать резкое отличие добра и зла, хорошего и плохого, смелого и трусливого. Дети проявляют интерес к героям и «примеряют» данные образы на себя, тем самым углубляются в суть программы. Эти образы увлекают детей, и тем самым появляется интерес к самому себе. Благодаря такой форме занятий, посредством сказки проще всего взаимодействовать с ребенком, это позволяет управлять им во время занятий.

Концентрация внимания на действиях позволяет лучше организовать дошкольника. Образы, создаваемые в занятиях лечебной гимнастики, легко запечатлеваются у ребенка, благодаря этому лучше запоминается и усваивается сам комплекс упражнений. Необходимо проявление фантазии преподавателя, гибкости его мышления, так как сказка должна менять сценарий, изменяться и пополняться новыми персонажами, для того чтобы интерес к данным занятиям возрастал от занятия к занятию.

При недостаточно развитом перспективном мышлении детей, вследствие возрастных особенностей, у них нет понимания того, что выполнение данных комплексов могут привести к определенным желаемым и необходимым результатам.

Ребенок, находясь в данном возрасте встает на этапе формирования самосознания. На занятиях лечебной гимнастикой дети начинают социализироваться, и познают расширение предметного мира, а также действовать в этом мире. Благодаря таким занятиям, у ребенка происходит усвоение новых навыков, умений и понятий. Ему впервые приходится сталкиваться с целенаправленной учебной деятельностью, которая совершенствует его двигательную способность, корректирует поведение и самооценку [53].

Важным является использование поощрения и порицание. Необходимо понять, что хвалить ребенка за какие-либо достижения надо в присутствии других, а порицать необходимо наедине, потому что публичное унижение ребенка может в дальнейшем сказаться на его самооценке. И похвала, и порицание должны касаться сугубо действий ребенка, а не его личных качеств. Но как правило, вследствие из-за недостаточного уровня самосознания, для ребенка дошкольного возраста это имеет малозначительный аспект [20].

Лечебная гимнастика ребенку 7-8 лет назначается с учетом его физической подготовленности, возраста. Это должны быть регулярные физические нагрузки с постепенным их повышением. Если ребенок сильно ослаблен болезнью, ему назначают минимальную нагрузку.

Лечебную гимнастику можно проводить в помещении, а также на игровой площадке. Перед началом гимнастики помещение, где будет заниматься ребенок, необходимо тщательно проветрить и сделать в ней влажную уборку: температура воздуха в комнате должна составлять 18 - 21 °С. Занятия проводятся на чистом коврик, при открытой форточке. Также можно использовать различный инвентарь: резиновые мячи, надувные игрушки, кубики, гимнастическая палка и др.

Одежда при занятиях должна быть свободной, не стеснять движения (майка и шорты), обувь должна быть удобной, например, чешки. После гимнастики, если состояние ребенка позволяет, полезно применять закаливающие процедуры: утром — влажные обтирания тела, вечером — мытье ног прохладной водой.

Педагог перед началом занятия должен подробно объяснить детям содержания занятия. Объяснение должно быть четким, кратким, потому что внимание у детей в 3-4-летнем возрасте, обычно неустойчиво, и они не могут сосредоточиться на продолжительном объяснении.

Занятия лечебной гимнастикой следует проводить в игровой форме, включая в нее специальные упражнения, так как внимание и концентрация в дошкольном возрасте снижена. Если не заинтересовать ребенка, то занятие ему быстро наскучит. Педагог должен следить не только за качеством выполнения упражнений, но также следить за дыханием. Следует научить ребенка носовому дыханию. Обязательно следить за регуляцией правильной работы диафрагмы, при вдохе ребенок должен «надуть» живот, при выдохе втянуть его.

Во время занятий, при выполнении специальных упражнений с свистящими и шипящими звуками, следует объяснить ребенку, что выдох производится через рот. Произношение звуков должно быть громким и продолжительным.

Все упражнения выполняются без рывков и надрывов, выполнять следует в медленном и среднем темпе. Нельзя допускать задержек дыхания. Особое внимание обращайте на полный удлинённый выдох. Если у ребенка возник кашель после такого продолжительного выдоха, надо несколько сократить его.

Все движения должны выполняться с равномерным распределением нагрузки на все части тела и конечности, а также контролировать последовательность упражнений, следить за их разнообразием. На занятиях все комплексы следует начинать с более простых упражнений, постепенно усложняя их. Заканчивать занятие также стоит легкими упражнениями, чтоб не перегружать физически ребенка.

Учитывая быструю утомляемость детей, после наиболее трудных упражнений необходимо делать кратковременные паузы (отдых 30-40 секунд).

Обязательным является длительное применение лечебной гимнастики — в течение 5-6 месяцев, причем систематически и без перерывов. Это нужно для того, чтоб был положительный эффект от занятий и стабильная динамика

в здоровье ребенка. Таким образом, если данные занятия будут проводиться нерегулярно, а от случая к случаю, то никакой пользы от этих занятий не следует ожидать.

Лечебная гимнастика включается в общий режим дня ребенка. Не стоит забывать, что период покоя и бодрствования, влияет на общее состояние ребенка. Прогулки необходимо проводить на свежем воздухе ежедневно, желательно в определенное время, в любое время года, если позволяет состояние ребенка. Следует проводить прогулки в не быстром темпе, если замечено, что ребенок утомлен, то стоит сделать остановку отдыха и обязательной тренировкой дыхания: 2-3 шага - вдох, 4-5 шагов — выдох и так далее.

В случае резкого ухудшения состояния ребенка, при появлении определенных симптомов сильном кашле, недомогании, при подъеме температуры тела, необходимо прекратить занятия до полного выздоровления. После улучшения состояния занятия возобновляются.

Таким образом, при выполнении утренней гигиенической гимнастики и принятия водных процедур активизируется работа кожных и мышечных рецепторов, вестибулярного аппарата, улучшается функционирование всех органов и систем.

При занятиях утренней гигиенической гимнастикой [48]:

- Активизируется иммунная система, что способствует к защите от неблагоприятных факторов окружающей среды;
- Существенно повышается общая работоспособность организма ребенка;
- Формируются базовые двигательные навыки;
- Профилактика сколиоза и плоскостопия;
- Формируется потребность к регулярным занятиям физическими упражнениями и совершенствованию их [29].

Также непродолжительные, но регулярные занятия утренней гимнастикой, достаточно, чтобы повысить настроение ребенка, ощутить прилив сил и бодрости.

Необходимо различать утреннюю гимнастику от зарядки и тем более от тренировки. Для выполнения зарядки и тренировки необходимо более длительное и настойчивое выполнение упражнений, а также повышенное внимание и дисциплину.

ГЛАВА 2. Цель, задачи, методы и организация исследования

2.1. Цель и задачи экспериментального исследования

Лечебная гимнастика у детей — творческий процесс. Детям занятия должны приносить интерес и удовольствие, таким образом лечебный успех будет достигнут.

Гимнастическая методика сложилась как совокупность приемов, обусловленных спецификой упражнений. Такой специфической особенностью, позволяющей отнести то или иное упражнение к разряду гимнастических, является прежде всего проявление координационных и иных двигательных способностей в условиях строго регламентированной программы движений. Точно указываются исходное и конечное положения, направление и амплитуда движений, характер мышечных усилий. Благодаря стандартной программе движений создаются более благоприятные условия для обучения, становления и закрепления двигательных навыков.

Цели занятия утренней гимнастикой:

1. Трехчастное строение (подготовительная, основная, заключительная части);
2. Длительность утренней гимнастики - 15-20 минут;
3. Гимнастика выполнялась на уроках физической культуры в подготовительной части. Частота уроков-3 раза в неделю;
4. Преимущественно аэробная направленность нагрузки.

В содержание занятий экспериментальной группы включались упражнения общеразвивающего, динамического и статического характера

К методическим особенностям оздоровительной гимнастики относятся:

- Разностороннее воздействие на организм;

– Подбираются упражнения, влияющие на все части опорно - двигательного аппарата, на функциональное состояние различных систем организма и уровень жизнедеятельности организма в целом;

– Решаются задачи сопряжения процессов приобретения двигательных навыков и функциональной подготовки, а также совершенствования физических качеств: силы, быстроты, выносливости, гибкости, ловкости;

– Разнообразие упражнений.

Уникальность оздоровительной гимнастики заключается в практически неограниченном количестве средств гимнастики - разнообразных упражнений.

Любые задачи, возникающие в процессе физического воспитания и спортивного совершенствования, можно решить с помощью соответствующих гимнастических упражнений оздоровительного, прикладного, спортивного характера, используя их с различной степенью интенсивности. И в этом случае каждая разновидность наклона является самостоятельным упражнением, так как его выполнение решает автономную задачу. Во многих видах гимнастики используются не отдельные упражнения, а их комплексы.

– Избирательное воздействие упражнений.

Часто возникающие узкие задачи по развитию определенных качеств, укреплению отдельных групп мышц, суставов, профилактике и восстановлению каких-либо функций организма, возможно, решить подбором гимнастических упражнений, методикой их использования.

Строгая регламентация упражнений - пространственно-временных и силовых характеристик - позволяет локально воздействовать практически на любые части тела и органы. Эти возможности используются, в частности, в лечебной физической культуре, в специальной физической подготовке.

– Регламентация занятий и точное регулирование нагрузки.

Гимнастическая методика характерна не только строгой регламентацией программы движений, но и относительно строгими ограничениями в организации занятий, в дозировании упражнений и регулировании нагрузки.

Регулирование нагрузки в занятиях осуществляется путем подбора упражнений, их чередования, количества повторений, изменения темпа, применения отягощений и др. Такой диапазон возможностей менять содержание, объем и интенсивность упражнений делает их доступными разновозрастному контингенту, с различной степенью подготовленности.

Возможность усложнения и комбинирования упражнений, применения одних и тех же упражнений в разных целях.

Типичным способом повышения интенсивности занятий в гимнастике является освоение более трудных движений, усложнение самих упражнений, как за счет изменения условий их выполнения: исходных и конечных положений, скорости выполнения, так и путем новых сочетаний их друг с другом, соединений в различные по степени трудности композиции - комплексы общеразвивающих упражнений, упражнений на снарядах.

Конструирование новых элементов, создание оригинальных композиций проявляют творческие способности и преподавателя, и ребенка.

Таким образом, методические особенности оздоровительной гимнастики, рассматриваемые воедино, свидетельствуют о широких возможностях использования метода строго регламентированного упражнения, возникшего первоначально как «гимнастический метод», в физическом воспитании [32].

2.2. Методология и методы исследования

Для решения поставленных в работе задач, были использованы следующие методы исследования.

1. Анализ научно-методической литературы;
2. Педагогическое наблюдение;
3. Педагогическое тестирование;
4. Педагогический эксперимент;
5. Метод математической статистики.
6. Анализ результатов.

Анализ научно-методической литературы.

Изучалась и анализировалась специальная литература по основам теории и методики физического воспитания, физиологии, гимнастики у детей младшего школьного возраста. Анализ литературных источников показал, что на сегодняшний день существует множество средств и большое количество методик по развитию физической подготовленности детей младшего школьного возраста.

Педагогическое наблюдение.

После наблюдения было выявлено, что экспериментальная группа детей без усилий выполняет привычный комплекс упражнений, уровень физической подготовленности данной группы сохраняется, но не повышается. Для экспериментальной группы следует применить новые, более разнообразные комплексы упражнений оздоровительной гимнастики.

Педагогическое тестирование.

Контроль используется для оценки степени достижения цели и решения поставленных задач. Он должен быть комплексным, проводиться регулярно и своевременно, основываться на объективных и количественных критериях. Контроль эффективности подготовки осуществляется, как правило, воспитателем по оценке выполнения обязательных упражнений на занятиях.

Контроль за эффективностью физической подготовки проводится с помощью специальных контрольных нормативов по возрасту, которые представлены тестами, характеризующими уровень развития физических качеств, в данном случае уровень гибкости.

Основным критерием оценки гибкости является наибольшая амплитуда движений, которая может быть достигнута испытуемым.

Амплитуду движений измеряют в угловых градусах или в линейных мерах, используя аппаратуру или педагогические тесты.

Для определения уровня развития гибкости мной были проведены следующие тесты:

Тест 1. «Выкрут» гимнастической палки.

И.п. - основная стойка, руки перед собой, в руках гимнастическая палка.

Испытуемый, в положение стоя выполняет выкрут прямыми руками назад и вперед. Результат засчитывается, если выкрут палки произведен одновременным движением плеч. Подвижность плечевого сустава оценивают по расстоянию между кистями рук при выкруте: чем меньше расстояние, тем больше гибкость плечевого сустава, и наоборот. Предоставляется одна попытка. Результат фиксируется в сантиметрах.

Ниже приведены нормативные показатели для обучающихся 1 класса (табл. 1).

Таблица 1 -Нормативные показатели

| Контрольное упражнение | 1 класс | | | |
|------------------------------------|---------|-----|-----|-----|
| | «5» | «4» | «3» | «2» |
| Выкрут гимнастической палкой, (см) | 20 | 25 | 30 | 35 |

Тест 2. «Наклон вперед» из положения стоя на гимнастической скамейке.

И.п. - стойка ноги вместе на гимнастической скамейке.

Испытуемый, в положении стоя на гимнастической скамейке, стопы ставятся параллельно, выполняет наклон вперед, не сгибая ног в коленях. Результат засчитывается, если испытуемый зафиксировал свое положение в наклоне, в течение 3 секунд. Гибкость позвоночного сустава оценивается по расстоянию в сантиметрах от нулевой отметки до средних пальцев рук.

Ниже приведены нормативные показатели для обучающихся 1 класса (табл.2).

Таблица 2 -Нормативные показатели

| Контрольные упражнения | 1 класс | | | |
|--|---------|-----|-----|-----|
| | «5» | «4» | «3» | «2» |
| Наклон вперёд на гимнастической скамейке, (см) | 12 | 10 | 8 | 6 |

Тест 3. «Мост»

И.п. - лежа на спине.

Испытуемый выполняет из положения лежа прогиб в спине, с опорой на ноги и руки фиксирует данное положение в течение 3 секунд. Упражнение выполнять с правильной техникой, опираться двумя руками и двумя ногами одинаково. Гибкость позвоночного столба оценивается по расстоянию в сантиметрах от кистей рук до пяток. Ниже приведены нормативные показатели для обучающихся 1 класса (табл. 3).

Таблица 3 -Нормативные показатели

| Контрольные упражнения | Старшая группа | | | |
|------------------------------|----------------|-----|-----|-----|
| | «5» | «4» | «3» | «2» |
| Мост из положения лежа, (см) | 15 | 20 | 25 | 30 |

Тест 4. «Стойка на бедрах»

И.п. - лежа на животе, упор согнутыми руками на уровне плеч.

Испытуемый, выпрямляя руки, выполняет упор, лежа на бедрах, после руки поднимает вверх. Результат засчитывается при выполнении упражнения с правильной техникой, без «раскачивания» и отталкивания руками от пола. Зафиксировать данное положение в течение 2 секунд. Гибкость оценивается по расстоянию в сантиметрах от пола до кистей рук.

Ниже приведены нормативные показатели для 1 класса (табл. 4).

Таблица 4 -Нормативные показатели

| Контрольные упражнения | Старшая группа |
|------------------------|----------------|
|------------------------|----------------|

| | | | | |
|------------------------|-----|-----|-----|-----|
| упражнения | «5» | «4» | «3» | «2» |
| Стойка на бедрах, (см) | 20 | 25 | 35 | 45 |

Тест 5. «Складка ноги вместе» сидя на полу

И.п.- сед, туловище вертикально, ноги вместе, колени прямые, сделать наклон вперед.

Испытуемый в течение 3 секунд выполняет упражнение. Результат засчитывается с правильной техникой. Гибкость позвоночного столба оценивается по расстоянию от передней поверхности бедра ноги до грудной клетки. Результаты фиксируются в сантиметрах. Ниже приведены нормативные показатели для 1 класса (табл. 5).

Таблица 5-Нормативные показатели

| | | | | |
|--|---------|-----|-----|-----|
| Контрольные упражнения | 1 класс | | | |
| | «5» | «4» | «3» | «2» |
| «Складка ноги вместе» сидя на полу, (см) | 5 | 8 | 15 | 20 |

Педагогическое тестирование проводилось на дополнительных занятиях по физической культуре, в специально отведенный день, в условиях спортивного зала.

Педагогический эксперимент.

Педагогический эксперимент проводился с октября 2020 года (начала введения дистанционного обучения в школах), по ноябрь 2020 года, с целью определения эффективности применяемых комплексов упражнений в процессе занятий, направленных на физическую подготовленность детей 7-8 лет. (рис.2).



Рисунок 2. Средства формирования физической подготовленности.

Математико-статическая обработка данных использовалась с целью оценки результатов эксперимента, повышения надежности выводов, дальнейших теоретических обобщений по результатам обработки. Обработка данных проводилась с помощью статистических формул Критерий Стьюдента (t-тест). Нами были определены следующие математико-статические показатели:

1. Средние арифметические величины (\bar{X}) для каждой группы по формуле:

$$\bar{X} = \frac{\sum X_i}{n}$$

где Σ – знак суммирования;

X_i – значение отдельного измерения;

n – общее число измерений в группе.

2. Стандартное (квадратичное) отклонение (δ) в обеих группах по формуле:

$$\delta = \pm \frac{X_{i \text{ макс}} - X_{i \text{ мин}}}{K}$$

где $X_{i \text{ макс}}$ – наибольший показатель;

X_i мин – наименьший показатель;

K – табличный коэффициент.

3. Стандартная ошибка среднего арифметического значения (m) для каждой группы по формуле:

$$m = \pm \frac{\sigma}{\sqrt{n}}$$

Вычисление стандартной ошибки среднего арифметического необходимо для того, чтобы иметь представление о том, как средняя арифметическая величина, полученная на выборочной совокупности, отличается от истинной средней арифметической величины, которая была получена на генеральной совокупности.

4. Средняя ошибка разности по формуле:

$$t = \frac{\overline{X}_Э - \overline{X}_К}{\sqrt{m_{Э^2} + m_{К^2}}}$$

$\overline{X}_Э$ - средняя арифметическая величина первого (экспериментальной группы) измерения;

$\overline{X}_К$ - средняя арифметическая величина второго (контрольной группы) измерения;

$M_Э$ и $M_К$ – ошибки средних арифметических экспериментальной и контрольной групп.

Вычисление средней ошибки разности даёт представление о достоверности различия характеристик.

5. Достоверность различий были определены по таблице вероятностей $P(t) \geq P(t_{st})$ «Граничные значения t-критерия Стьюдента для 5 и 1%-ного уровня значимости в зависимости от числа степеней свободы».

2.3. Организация исследования

Педагогический эксперимент проводился с мая-сентябрь 2020 года по ноябрь 2020 года.

В данном педагогическом эксперименте принимали участие 18 детей 7-8 лет обучающиеся МБОУ «Средняя школа №155 им. Героя Советского Союза Мартынова Д.Д.» г. Красноярск. В эксперименте не стояла цель распределения гендерных различий.

Занятия утренней гимнастикой проводились 3 раза в неделю по 15-20 минут и на уроках физической культурой.

Педагогическое исследование проводилось в III этапа.

На I этапе (май - сентябрь 2020 года) изучалась научно-методическая литература по данной проблеме исследования влияния оздоровительной гимнастики на физическую подготовленность детей младшего школьного возраста.

На II этапе (октябрь-ноябрь 2020 года) в группе проводились удаленные занятия утренней гимнастики на коррекцию осанки обучающихся первого класса в условиях пандемии.

На III этапе (ноябрь-май 2020 года) было проведено итоговое тестирование, были подведены результаты исследования и их математическая обработка, был проведен анализ результатов эксперимента и сделаны соответствующие выводы.

ГЛАВА 3. Разработка и апробация методики проведения утренней гимнастики, направленная на коррекцию осанки обучающихся 1 класса в условиях пандемии

3.1. Оценка физического состояния обучающихся 1 класса с нарушениями нарушения осанки на констатирующем этапе

Показатели для характеристики силовой выносливости мышц спины, живота и нижних конечностей. Как известно, один и тот же диагноз никогда не сопровождается одинаковым состоянием органов и систем у пациентов. Так при одном и том же варианте отклонения от нормы осанки силовая выносливость одних и тех же мышц будет различной.

Значит, для эффективного использования средств коррекции отклонений от нормы осанки у школьников необходимо использовать тесты оценки силовой выносливости мышц. Результаты тестирования силовой выносливости мышц в динамике в различные периоды учебного года могут служить критерием правильного подбор физических упражнений для конкретного школьника. Тесты целесообразно проводить перед началом занятий физкультурой в начале учебного года или четверти и в конце.

У школьников одной из главных причин нарушения осанки является слабое развитие мышечно-связочного аппарата и постоянный рост костно-суставной системы.

Факторами, влияющими на возникновение нарушений осанки, является недостаточная развитость мышц живота, разгибателей спины и плечевого пояса, роста - весовые показатели, нарушение обмена веществ.

Было принято решение провести специальные исследования, направленные на определение показателей физической подготовленности детей младшего школьного возраста.

Перечисленные тесты предлагаются разными авторами (К. Р. Фокс, С. Д. Бидл, 1993; В. И. Лях, 1998; Л. В. Волков, 2002 и др.) и описаны в соответствующих пособиях по теории и методике детского и юношеского спорта и в учебных программах, предназначенных для общеобразовательных школ (В. И. Лях, 1998 и др.), в качестве критериев, позволяющих оценивать соответствующие физические качества у детей данного возрастного диапазона.

Таблица 6- Результаты тестирования показателей физической подготовленности (октябрь 2020)

| № | Фамилия Имя | Наименование тестов | | | | |
|-----|--------------|---------------------|---------------------|------------|------------------------|---------------------------|
| | | «Выкрут», см | «Наклон вперед», см | «Мост», см | «Стойка на бедрах», см | «Складка ноги вместе», см |
| 1. | Елизавета Б. | 17 | 7 | 32 | 46 | 12 |
| 2. | Дарья Б. | 10 | 12 | 18 | 22 | 6 |
| 3. | Олег Б. | 5 | 14 | 27 | 25 | 8 |
| 4. | Максим Б. | 7 | 13 | 16 | 20 | 6 |
| 5. | Амилина Д. | 0 | 17 | 13 | 21 | 3 |
| 6. | Анастасия З. | 3 | 18 | 15 | 21 | 1 |
| 7. | Дмитрий К. | 10 | 12 | 27 | 29 | 0 |
| 8. | Николай К. | 13 | 10 | 28 | 43 | 10 |
| 9. | Анна Н. | 8 | 13 | 13 | 23 | 8 |
| 10. | Полина П. | 24 | 8 | 34 | 48 | 15 |
| 11. | Ян П. | 21 | 8 | 34 | 41 | 13 |
| 12. | Виктор П. | 6 | 10 | 18 | 30 | 5 |
| 13. | Алиса П. | 17 | 8 | 29 | 38 | 5 |
| 14. | Арина С. | 3 | 11 | 16 | 23 | 15 |
| 15. | Иван Т. | 0 | 13 | 15 | 22 | 3 |
| 16. | Михаил С. | 5 | 9 | 15 | 27 | 7 |
| 17. | Алексей Б. | 6 | 10 | 25 | 34 | 5 |
| 18. | Елизавета С. | 7 | 12 | 18 | 32 | 9 |

При сравнении начальных результатов эксперимента можно заметить эффективность выбранной методики для развития гибкости в экспериментальной группе. Промежуточное тестирование выявило улучшение результатов у некоторых детей.

Решение поставленной задачи применительно к обследуемому контингенту лиц предполагало, прежде всего, установление и анализ тесноты взаимосвязей между регистрируемыми критериями физической подготовленности с учетом возраста и пола обследуемых и выявленными патологиями.

3.2. Разработка комплекса утренней гимнастики для детей 7-8 лет с нарушением осанки в условиях пандемии

Упражнения на ощущение правильной осанки организма к неблагоприятным условиям жизни.

Задачи:

- укрепление здоровья;
- обучение школьников упражнениям для коррекции осанки;
- повышение физической и умственной работоспособности средствами ФК;
- воспитание сознательного отношения к занятиям ФК;
- формирование у школьников навыков здорового образа жизни.

Тип занятия: развивающий с элементами гимнастики.

Метод: индивидуальный, групповой, поточный.

Место проведения: спортивный зал.

Оборудование: гимнастические коврики, палки.

Наиболее отчётливое ощущение правильной осанки появляется при касании спиной стены. Дети начинают хорошо чувствовать своё тело: уровень плеч, положение лопаток, таза, головы.

1. Стоя у стены в основной стойке так, чтобы затылок, лопатки, ягодичные мышцы и пятки касались её. Сделать шаг вперёд, стараясь сохранить то же положение тела, вернуться к стенке. Повторить несколько раз.

2. Стоя у стены (и. п. то же), присесть и встать, сохраняя то же положение головы, таза, спины.

3. Стоя у стены (и. п. то же), сделать шаг вперёд, повернуться на 360, выпрямиться, вернуться к стене.

4. Поочерёдно поднимать согнутые в коленях ноги и, захватив колено руками, прижать его к туловищу.

5. С мешочком на голове, обойти какие-либо препятствия, перешагнуть через предметы, вернуться обратно к стенке.

Упражнения повторять 8-12 раз.

Упражнения из различных исходных положений с гимнастической палочкой

1. Прямыми руками поднять палку вверх над головой, сгибая руки опустить её на лопатки, поднять палку над головой, вернуться в и.п.

2. Поднять палку вверх, потянуться, встав на носки, опуститься на всю ступню, палку на лопатки.



3. Поднять палку вверх, повороты в стороны.



4. Перенести палку над головой вперёд, затем назад. Руки в локтях не сгибать.

5. Лёжа на животе, палка вертикально впереди, держать руками снизу, перехватывая руками снизу по направлению вверх, прогнуться, также вернуться в и.п.

6. Лёжа на животе, палка сверху, перенести палку на лопатки и вернуться в и.п.

7. Лёжа на спине, палка впереди, сгибая ноги вперёд, продеть их между руками и подвести палку под колени.

8. Лёжа на спине, палка перед грудью, перехватывать от концов середине и обратно, имитируя езду на велосипеде.

9. Сидя, ноги в стороны, палка внизу, поднять палку вверх, потянуться, посмотреть на палку.

10. Стоя, ноги вместе, палка вертикально за спиной, руки согнуты, присесть.



11. Стоя, палка в руках, перенести ногу за палку, подтянув ногу к груди как можно выше, выпрямиться вернуться в и.п. то же с другой ноги.

12. Стоя, боком к палке, лежащей на полу, перепрыгивание через неё с продвижением вперёд.

13. Ходьба по залу, палка за спиной на уровне лопаток.

Упражнения повторять 8-12 раз.

Упражнения лёжа на спине

1. Лёжа на спине, поднятие и опускание рук с напряжением от пола.

2. Лёжа на спине, голова, туловище, ноги представляют прямую линию, руки прижаты к туловищу, поднять голову, плечи, посмотреть на ноги, вернуться в и.п.

3. Лёжа на спине, подтянуть к себе согнутые ноги, вернуться в и.п.

4. Лёжа на спине, ноги согнуты и подтянуты к животу, поочередно выпрямлять ноги в коленях, не опуская их на пол.



5. Лёжа на спине, ноги согнуты в коленях, сделать вдох, медленно поднять таз (полумостик), на выдохе вернуться в и.п.

6. Лёжа на спине, руки за голову, ноги согнуты в коленях, слегка расставлены, оторвать плечи от пола, вернуться в и.п.



7. Лёжа на спине, руки вдоль туловища, все мышцы расслаблены, сделать глубокий вдох, руки вверх, потянуться, возврат в и.п.

8. Лёжа на спине, согнуть правую ногу в колене, покачать вправо-влево, расслабить ногу, то же с другой ноги.

9. Лёжа на спине, расслабленная рука падает вдоль туловища, то же с другой руки.

10. Лёжа на спине, подтянуть колено правой ноги как можно выше к правому плечу, то же с другой ноги.

11. Лёжа на спине, достать прямыми ногами пол за головой.



Упражнения повторять 8-12 раз.

Упражнения лежа на животе

1. Лёжа на животе, руки вверху, поочерёдно поднимать правую руку и левую ногу вверх, задержать. То же с другой ноги и руки.

2. Лёжа на животе, руки за спиной сцеплены в замок, поднимать верхнюю часть туловища, руками тянуть себя назад.

3. Лёжа на животе, руки сложены перед собой, голова на руках, поочерёдно поднимать прямые ноги.

4. Лёжа на животе, руки вверху, поднимать одновременно обе руки и ноги, прогнуться, задержаться.



5. Лёжа на животе, руками взяты за голеностопы ног, прогнуться, задержаться.

6. Лёжа на животе, руки вверх, одновременно делать ножницы ногами и руками.

7. Лёжа на животе, руки на уровне груди упираются в пол, поднять верхнюю часть туловища, повернуться вправо и правой рукой дотянуться до левого бедра, задержаться, то же в другую сторону.

8. Лёжа на животе, руки за головой, поднять максимально вверх, верхнюю часть туловища.

9. Лёжа на животе, опора на стопы и предплечья, удержание туловища (планка).



10. Лёжа на живота, опора на одну ногу, вторая вверх и предплечья, удержание туловища (как планка).



11. Лёжа на животе, кисти под подбородком, согнуть поочерёдно ноги , касаясь пятками ягодиц, расслабить и уронить на пол.

Упражнения повторять 8-12 раз.

Упражнения в равновесии и самомассаж

1. Сцепить пальцы в замок сзади на шее, голову слегка наклонить вперёд, затем отвести назад с небольшими покачивающими движениями, преодолевая сопротивление рук.

2. Руки вперёд, кисти касаются друг друга, отвести левую руку в сторону, правую вверх, прогнуться назад, и посмотреть на кисть правой руки. То же с другой руки.

3. Глубокое пружинистое приседание из стойки на носках, ноги врозь.

4. Из стойки на коленях, руки на пояс, встать в основную стойку и опуститься на колени, сохраняя вертикальное положение туловища.

5. Приседание, касаясь руками пяток.

6. Стойка ноги врозь, руки на пояс, поворот кругом в стойку ноги скрестно, сесть колени врозь, с поворотом кругом встать в и.п.

7. Удержание равновесия на опоре (валик, скамейка).

8. Выполнение статических и динамических упражнений в равновесии после (поворотов на 180, 270, 360, наклонов головы, кружения на месте).

9. Ходьба по бревну с различными положениями рук, прямо и боком, с поворотами.

10. Палка за спиной на уровне плеч, опуская и поднимая палку, делаем массаж верхней части спины.

11. Палка за спиной на уровне подмышечных впадин, делаем массаж грудного и поясничного отдела.

12. Палка сзади в опущенных руках, массаж ягодиц.

13. Палка сзади за спиной, вертикально, хват за концы, массаж всей спины.

14. Палка на полу, катание стопами, вперед-назад.

Повторение упражнения в зависимости от усталости.

При проведении занятий необходим индивидуальный подход с учётом особенностей болезни. При решении частных задач большое внимание уделяется тренировке прямой и косых мышц живота, длинных мышц спины, пояснично-подвздошной мышце, ягодичных и др. мышц при одновременной стабилизации позвоночника. Изменяя положение туловища, можно устранить его деформацию. Кроме этого, важное значение имеет массаж. Специальные корректирующие упражнения должны проводиться на фоне общеукрепляющих мероприятий, улучшающих функциональное состояние сердечно-сосудистой системы, дыхательной, нервно-мышечной и др. систем.

Прогнозируемые результаты: возможность исправления отклонений в опорно-двигательном аппарате и переводе учащихся впоследствии в основную группу здоровья на основании результатов очередного медосмотра.

3.3. Эффективность разработанной методики проведения утренней гимнастики в ходе педагогического эксперимента

В конце педагогического эксперимента было проведено итоговое тестирование у детей 7-8 лет. Протоколы итого тестирования экспериментальной группы представлены в табл. 7.

Таблица 7 - Итоговые тестирования показателей физической подготовленности (ноябрь 2020)

| № | Фамилия Имя | Наименование тестов | | | | |
|-----|--------------|---------------------|---------------------|------------|---------------------|------------------------|
| | | «Выкрут», см | «Наклон вперед», см | «Мост», см | «Стойка на бедрах», | «Складка ноги вместе», |
| 1. | Елизавета Б. | 15 | 11,5 | 27 | 45 | 6 |
| 2. | Дарья Б. | 10 | 13 | 14 | 23 | 6 |
| 3. | Олег Б. | 5 | 13 | 21 | 23 | 6 |
| 4. | Максим Б. | 5 | 12,5 | 10 | 20 | 5 |
| 5. | Амилина Д. | 0 | 19 | 10 | 19 | 3 |
| 6. | Анастасия З. | 0 | 18,5 | 11 | 20 | 0 |
| 7. | Дмитрий К. | 11 | 12 | 22 | 26 | 0 |
| 8. | Николай К. | 11 | 12 | 27 | 43 | 11 |
| 9. | Анна Н. | 6 | 17 | 11 | 26 | 6 |
| 10. | Полина П. | 22 | 12 | 26 | 45 | 13 |
| 11. | Ян П. | 21 | 11,5 | 28 | 41 | 13 |
| 12. | Виктор П. | 3 | 13 | 13 | 27 | 3 |
| 13. | Алиса П. | 14 | 11,5 | 25 | 36 | 6 |
| 14. | Арина С. | 3 | 12 | 18 | 21 | 15 |
| 15. | Иван Т. | 0 | 13,5 | 10 | 22 | 0 |
| 16. | Михаил С. | 3 | 7 | 20 | 28 | 5 |
| 17. | Алексей Б. | 5 | 8 | 28 | 35 | 3 |
| 18. | Елизавета С. | 6 | 10 | 22 | 33 | 6 |

Оценивая полученные данные развития гибкости экспериментальной группы (табл. 8, рис. 3) при сравнении показателей начала и конца педагогического эксперимента, наблюдается повышение результатов по всем показателям.

Таблица 8- Результаты тестирования экспериментальной группы в начале и в конце эксперимента (M±t)

| Тесты | Экспериментальная группа | |
|--------------------------------------|--------------------------|-------------|
| | Октябрь 2020 | Ноябрь 2020 |
| «Выкрут» гимнастической палки, см | 9,6±1,7 | 8,4±1,6 |
| «Наклон вперед» положения стоя из на | 11,2±0,8 | 12,5±0,6* |

| | | |
|---------------------------|----------|-----------|
| «Мост», см | 28,4±1,5 | 22,6±1,2* |
| «Наклон на бедрах», см | 34,3±2,0 | 28,5±1,9 |
| «Складка ноги вместе», см | 10,2±1,1 | 7,2±1,1 |

Звездочкой * справа - отмечены достоверные отличия показателей в группе относительно ноября 2020 года. * - $p < 0,05$ %

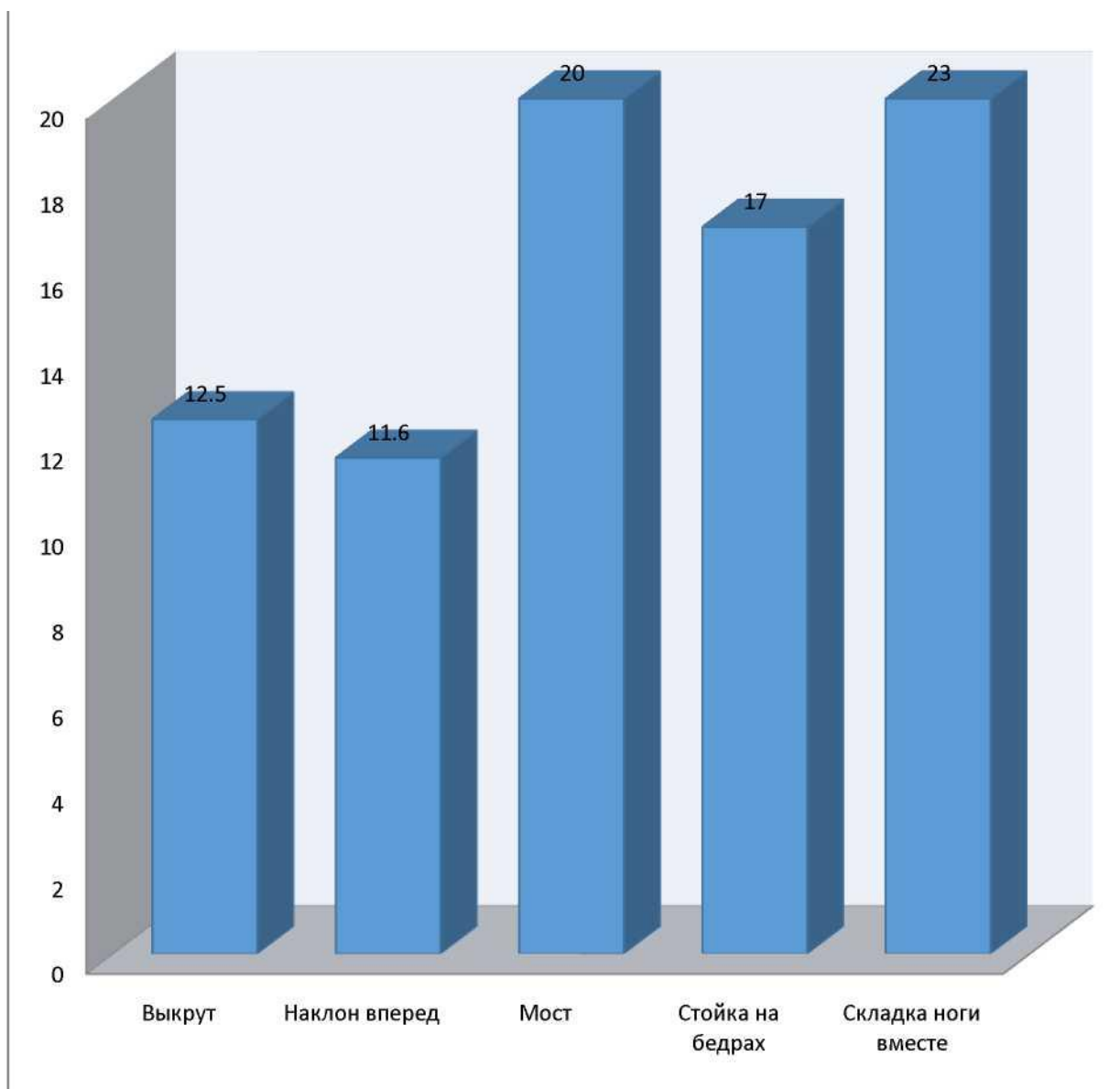


Рисунок. 3. Результат показателей физической подготовленности детей 7-8 лет в % соотношении за период эксперимента

Результаты сравнительного анализа показателей физической подготовленности детей 7-8 лет показали, следующее:

В тесте «Выкрут» гимнастической палки:

- средний результат экспериментальной группы в начале эксперимента (апрель 2020) $9,6 \pm 1,7$ см, а в конце эксперимента (декабрь 2020) после проведения повторного тестирования результат улучшился до $8,4 \pm 1,6$ см. В итоге средний результат у детей экспериментальной группы в данном тесте

увеличился на 12,5%. Оценивая полученные данные, было выявлено, что достоверность различий отсутствует, но наблюдается тенденция к росту показателей в данном тесте. Улучшению результатов поспособствовала правильная дозировка упражнений из новых комплексов, в течение всего эксперимента.

В тесте «Наклон вперед» из положения стоя на гимнастической скамейке:

- средний результат экспериментальной группы в начале эксперимента (апрель 2020) $11,2 \pm 0,8$ см, а в конце эксперимента (декабрь 2020) после проведения повторного тестирования результат улучшился до $12,5 \pm 0,6$ см. В итоге средний результат у детей экспериментальной группы в данном тесте увеличился на 11,6 %. Оценивая полученные данные, было выявлено, что достоверность различий присутствует, так же наблюдается тенденция к росту показателей в данном тесте. Наличие достоверности показывает правильный подбор упражнений для детей данной группы и уровня подготовки, а также своевременное включение нового, экспериментального, комплекса развития гибкости на дополнительных занятиях по физической культуре.

- В тесте «Мост»:

- средний результат экспериментальной группы в начале эксперимента (апрель 2020) $28,4 \pm 1,5$ см, а в конце эксперимента (декабрь 2020) после проведения повторного тестирования результат улучшился до $22,6 \pm 1,2$ см. В итоге средний результат у детей экспериментальной группы в данном тесте увеличился на 20%. Оценивая полученные данные, было выявлено, что достоверность различий присутствует, так же наблюдается тенденция к росту показателей в данном тесте. Наличие достоверности показывает правильный

подбор упражнений для детей данной группы и уровня подготовки, а также своевременное включение нового, экспериментального, комплекса развития гибкости на дополнительных занятиях по физической культуре.

В тесте «Наклон на бедрах»:

- средний результат экспериментальной группы в начале эксперимента (апрель 2020) $34,3 \pm 2,0$ см, а в конце эксперимента (декабрь 2020) после проведения повторного тестирования результат улучшился до $28,5 \pm 1,9$ см. В итоге средний результат у детей экспериментальной группы в данном тесте увеличился на 17 %. Оценивая полученные данные, было выявлено, что достоверность различий отсутствует, но наблюдается тенденция к росту показателей в данном тесте. Улучшению результатов поспособствовала правильная дозировка упражнений из новых комплексов, в течение всего эксперимента.

В тесте «Складка ноги вместе» сидя на полу:

- средний результат экспериментальной группы в начале эксперимента (апрель 2020) $10,2 \pm 1,1$ см, а в конце эксперимента (декабрь 2020) после проведения повторного тестирования результат улучшился до $7,2 \pm 1,1$ см. В итоге средний результат у детей экспериментальной группы в данном тесте увеличился на 23%. Оценивая полученные данные, было выявлено, что достоверность различий отсутствует, но наблюдается тенденция к росту показателей в данном тесте. Увеличение показателей происходит за счет изменения привычного комплекса упражнений для развития гибкости на дополнительных занятиях по физической культуре.

Была выявлена тенденция к увеличению показателей в экспериментальной группе у детей 7-8 лет во всех тестах: «Выкрут», «Наклон вперед стоя», «Мост», «Наклон на бедрах», «Складка ноги вместе». Дети экспериментальной группы показали максимально возможные результаты, которые имеют позитивную динамику и наблюдается тенденция к их росту.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оздоровительная гимнастика является одной из важнейших частей развития детей дошкольного возраста. Она напрямую влияет на физическую подготовленность ребенка. Формирование правильного физического развития у детей дошкольного возраста является одним из ведущих направлений в системе физического воспитания и оздоровления. Это связано с тем, что перед дошкольным образовательным учреждением стоят задачи по всестороннему развитию гармоничной личности, как в интеллектуальном плане, так и в физическом.

Благодаря физическим упражнениям представленных в комплексах оздоровительной гимнастики, воздействующим на все органы и системы, значительно укрепляется и оздоравливается организм ребенка в целом.

Таким образом оздоровительная гимнастика направлена, прежде всего, на гармоничное развитие физических качеств, а также на полное раскрытие индивидуальных особенностей ребенка.

Нарушение осанки, является одним из самых распространенных заболеваний опорно - двигательного аппарата. У школьников с нарушениями осанки отмечено существенное снижение функциональных показателей подвижности позвоночника.

Существует объективная необходимость разработки эффективных методов коррекции и профилактики нарушений осанки

Целесообразность использования предложенных, методов коррекции и профилактики нарушений осанки подтверждается экспериментальными данными, представленными в работе.

Регулярные занятия корригирующей гимнастикой в течение года, направленной на укрепление мышечно – фасциального корсета позвоночника способствует улучшению функционального состояния позвоночника и снижению выраженности нарушений осанки.

Было установлено при изучении литературы по представленной теме, что нарушения осанки широко распространены среди детей школьного возраста и негативно влияют на состояние всех систем организма.

Разработан комплекс упражнений для улучшения силовых способностей школьников. Разработанный и опробованный комплекс адаптирован для использования в условиях спортзала школы и потребовал дополнения элементами корригирующей гимнастики, особое внимание уделено безопасности в выполнении элементов ФК, легкости и комфортности занятий, облегчению восприятия и усвоения упражнений, возбуждению интереса у обучающихся детей.

Эффективность предложенного комплекса упражнений подтвердилась положительным влиянием оздоровительных физических занятий на силовые статические и динамические показатели мышечного корсета. Это привело к коррекции начальных признаков сколиоза и исправлению клинически выраженной сколиотической осанки более чем у 50% исследуемых больных.

Анализ литературных данных позволяет сделать следующие выводы:

1. В период с 7-8 лет происходит интенсивный рост и развития всех органов и систем ребенка. Данный возраст является оптимальным для развития физических качеств средствами и методами оздоровительной гимнастики;

Различные виды гимнастики такие как утренняя, ритмическая, влияют на гармоничное развитие ребенка в целом. Формируются базовые двигательные навыки, улучшается осанка, формируется потребность в регулярных занятиях физическими упражнениями и тяга к совершенствованию;

2. Оздоровительная гимнастика обеспечивает нормализацию и стабилизацию работы всех функций детского организма, повышает уровень его работоспособности, обеспечивает профилактические действия к противостоянию воздействию различных внешних раздражителей,

поддерживает высокий уровень культуры движений и дальнейшего поведения, дисциплинирует, добавляет силы и уверенности;

3. Разработаны комплексы физических упражнений утренней гимнастики, лечебной гимнастики. Данные комплексы опираются на основные структурные принципы и соответствуют общепринятой схеме. Их многофункциональность способствует оздоровлению организма, развивает силы мышц, подвижность суставов, формирует правильную осанку и умение ориентироваться в пространстве.

Доказана эффективность предложенных комплексов физических упражнений, которая была выявлена в достоверном увеличении уровня развития физической подготовленности в экспериментальной группе у детей 7-8 лет занимающихся удаленно в условиях дистанционного обучения во время пандемии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Аветисян, Л.Р. Изучение влияния повышенной учебной нагрузки на состояние здоровья учащихся / Л.Р. Аветисян, С.Г.Кочарова //Гигиена и санитария. –2020. -№ 6. –С. 48 –49.

2. Аливердиева М.С., Демьянова Л.М., Смирнова О.С. ЛФК при нарушениях осанки, сколиозах и плоскостопии // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. 2016. №54. URL: <https://cyberleninka.ru/article> (дата обращения: 28.03.2021).

3. Алифанова, Л.А. Соматофункциональный потенциал школьников в зависимости от различных режимов двигательной активности /Л.А. Алифанова //Гигиена и санитария. –2018. -№1. –С. 62 –65.

4. Апанасенко Г.Л. Индивидуальное здоровье: сущность, механизмы, проявления //Гигиена и санитария. –2019.-№1.–С.60-61

5. Бадеева, Л.Г. Заботимся о здоровье учащихся /Л.Г.Бадеева // Физическая культура в школе. –2018. -№8. –С. 44-49.

6. Базарный, В.Ф. Здоровье и развитие ребенка/ В.Ф.Базарный//Экспресс-контроль в школе и дома. –Сергиев Посад, 2016. – Ч.2 –30с.

7. Баранов, А.А. Состояние здоровья детей как фактор национальной безопасности / А.А. Баранов, Л.А. Щеплягина, А.Г. Ильин, В.Р. Кучма // Российский педиатрический журнал. –2019. -№2. –С. 4-7.

8. Барышева, Н.В. Основы физической культуры школьника: Ученое пособие для учителей физической культуры/Н.В. Барышева, В.М.Минияров, М.Г. Неклюдова -Самара.: Управление образования Администрации Самарской области, 2020. -128с.

9. Безруких, М.М. Возрастная физиология /М.М.Безруких и др.. –М.: ИЦ »Академия», 2021. –416 с.

10. Белова О.А., Громова О.В. Роль лечебной физической культуры в коррекции нарушения осанки // Международный журнал экспериментального образования. – 2011. – № 5. – С. 35-36;
11. Борисов, В.Б. Фитнес-технологии –новый раздел в школьном физическом воспитании / В.Б.Борисов, О.П.Панфилов, Т.А.Шестакова // Физическая культура в школе. –2013. -№4. –С. 39-44.
12. Бурханов, А.И. Влияние двигательной активности на физическое развитие школьников / А.И.Бурханов // В сб.: Актуальные вопросы современного образования. –Тольятти, 2010. –С. 21-26.
13. Бурханов, А.И. Здоровье современных школьников и факторы его формирования / А.И.Бурханов, Т.А.Хорошева, Г.А.Кропотова. –Уфа, 2016. - 236 с.
14. Бурханов, А.И. Современная школа и здоровье школьников / А.И.Бурханов, Г.А.Кропотова // Современное образовательное пространство: риски и безопасность. –Оренбург, 2014. –С. 69-72.
15. Вайнбаум Я.С., Коваль В.И., Родионова Т.А. Гигиена физического воспитания и спорта. –М.:АКАДЕМА, 2017. –240 с.
16. Вайнер Э.Н. Валеология: Учебник для вузов. –3-е изд. –М.:Флинта, 2015. –416 с.
17. Водяницкая, А.И. Организация занятий по физической культуре с обучающимися, имеющими отклонения в состоянии здоровья /А.И.Водяницкая // Физическая культура в школе. –2018. -№5. –С.2-7.
18. Волокитина,Т.В. и др. Влияние режима и программы обучения на психофизиологические особенности школьников/Т.В.Волокитина// Здоровье и образование. –СПб.: Академия, 2017. –С.52-54.
19. Востриков, В.А. Функции физической культуры в становлении личности / В.А.Востриков // Физическая культура и личность. –Оренбург: ОГПУ, 2020.–С. 20-23.

20. Горская И.Ю. Базовые координационные способности школьников с различным уровнем здоровья, 2018.-350с.
21. Гришин Т.В., Никитин С.В. Методы профилактики нарушений осанки у детей в общеобразовательных школах // Вестник гильдии протезистов-ортопедов.-2020.-№3.-С.38-42
22. Грос, Н.А. Физическая реабилитация детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата/ Н. А.Гросс. –М., 2015. –235с.
23. Гульнева, Е.Г. Применяя здоровьесберегающие технологии / Е.Г. Гульнева // Физическая культура в школе. –2019. -№8. –С. 40-41.
24. Даутов, Ф.Ф. Влияние факторов окружающей среды на физическое развитие детей дошкольного возраста / Ф.Ф.Даутов //Гигиена и санитария. – 2021. -№6. –С.49 –52.
25. Дудин М.Г., Пинчук Д.Ю. Идиопатический сколиоз: диагностика, патогенез.- Спб.: Человек, 2016. - 336 с.
26. Евсеев С.П. Адаптивная физическая культура: цель, содержание, место в системе знаний о человеке / С.П. Евсеев // Теория и практика физической культуры. -2018. №1.
27. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура: уч. пособие/ В.А. Епифанов. –М.: ГЭОТАР –Медиа, 2016. –568 с.:
28. Ермолаев Ю.А. Возрастная физиология / Ю.А.Ермолаев –М.: Спорт Академ. Пресс, 2019. –444 с.
29. Жизнь без боли в спине/ В.И. Дикуль - М.: Эксмо, 2019.-С. 35-48
30. Изосимов А.Н. Колчин Д.В. Полукариков С.И. Роль дисплазии позвоночника в развитии сколиотической болезни.- Сб. Под ред. М.А.Барской «Проблемы детской хирургии» Самара, 2016.- 40с.
31. Истомина, В.В. Валеологические основы физического воспитания // Педагогические и медицинские проблемы валеологии. / В.В. Истомина и др. –Новосибирск, 2018. –С. 156-157.

32. Калюжнова, И.А. Лечебная физкультура /И.А. Калюжнова, О.В. Перепелова. –Изд. 2 –е. –Ростов н/Д: Феникс, 2019. –349 с.

33. Камилова, Р.Т. Влияние социально-гигиенических факторов условий жизни детей школьного возраста на уровень их физического развития /Р.Т.Камилова //Гигиена и санитария. –2020. -№ 6. –С. 52 –55.

34. Карикова Ю. Дистанционная работа на образовательной платформе zoom // <https://www.maam.ru> (дата обращения 21.04.2021)

35. Колосницкий, Г.А. Коррекция состояния здоровья школьников средствами физической культуры / Г.А. Колосницкий, В.С. Кузнецов, Б.И.Мишин. –М.: УЦ Перспектива, 2018, -С. 12-15.

36. Козина Ж. Г. Дистанционная физическая культура: миф или реальность // Научно-методический электронный журнал «Калининградский вестник образования». — 2020. — № 2 (6) / апрель. — С. 28-34.

37. Кружилина Т. В., Пономарева И. А. Коррекция нарушений осанки у младших школьников средствами физической культуры // Таврический научный обозреватель. 2017. №10-2 (27). URL: <https://cyberleninka.ru/article> (дата обращения: 28.03.2021).

38. Ловейко И.Д. Формирование осанки у школьников. «Пособие для учителей и школьных врачей». М.:Просвещение 2018.- 95с.

39. Милюкова И.В., Евдокимова Т.А. Лечебная физкультура: Новейший справочник/ Под общей ред. проф. Т.А. Евдокимовой. –СПб.: Сова; М.: Изд-во Эксмо, 2019. –862 с.,

40. Неверкович, С.Д. Развивающая педагогика физической культуры и спорта./ С.Д. Неверкович. –М.: Физическая культура, 2016. –528с.

41. Невзоров,А.В. Профилактика и коррекция нарушений осанки в системе физического воспитания учащихся в общеобразовательных школах/А.В. 42.Одинцова, И.Б. Акробатика и фитнес / И.Б.Одинцова. –М.: Эксмо,2019.

42. Онищенко, Г.Г. Проблема улучшения здоровья учащихся и состояние общеобразовательных учреждений / Г.Г.Онищенко // Гигиена и санитария. –2017. -№3. –С.40-43.

43. Попов С.Н. Физическая реабилитация: Учебник для студентов высш. уч. Заведений/ Под общей ред. проф. С.Н. Попова. Изд. –4-е. –Ростов н/Д: Феникс, 2016. –608 с.

44. Попов С.Н., Н.М. Валеев, Т.С.Гараев и др. Лечебная физическая культура: учебник для студентов учреждений высшего профессионального образования. М.: Издательский центр «Академия», 2016.- 416с

45. Потапчук А. А., Дидур М. Д.Осанка и физическое развитие детей.СПб.:Речь,2020.

46. Результаты профилактических медицинских осмотров детей и подростков-школьников //http://24.rospotrebnadzor.ru/(дата обращения 21.04.2021)

47. СанПиН 2.2.2/2.4.1340-03. Гигиенические требования к персональным электронно-вычислительным машинам и организация работы [Электронный ресурс]. – URL: <https://forumtest.ru/> (дата обращения: 28.03.2021).

48. Свирид В. В., Катников О. А., Кулумаева Т. В. Анатомо-физиологические особенности детей 12-14 лет // Мир современной науки. 2014. №4 (26). [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article> (дата обращения: 28.03.2021).

49. Сколиоз. Жизнь в кривом зеркале: Александр Очерет — Москва, Центрполиграф, 2017.- 128с

50. Сколиоз. Профилактика и лечение: И. С. Красикова — Москва, Корона- Век, 2017.- 192с

51. Сухарев, А.Г. Научные основы концепции укрепления здоровья детей и подростков / А.Г.Сухарев// Гигиена и санитария. –2020. -№ 3. С. 43-44.

52. Сухарева, Л.М. Состояние здоровья и физическая активность современных подростков / Л.М.Сухарева и др. //Гигиена и санитария. –2018. - №3. –С. 52 –55.

53. Теория и организация адаптивной физической культуры. Т.1 Под общ.ред. проф.С.Г.Евсеева.-М.: советский спорт, 2017. -296 с.

54. Фролова, А.Н. На фитболах / А.Н.Фролова // Физическая культура в школе. –2018. -№3. –С.26-28.

55. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования: утв. Приказом Минобрнауки России от 6 октября 2009 г. № 373; в ред. приказов от 26 ноября 2010 г. № 1241, от 22 сентября 2011 г. № 2357 [Электронный ресурс]. – URL: <http://base.garant.ru/197127> (дата обращения 29.03.2021).

56. Целиковская, Н.Ю. Социально-гигиенические факторы и здоровье детей / Н.Ю.Целиковская //Гигиена и санитария. –2020. -№ 2. –С.58 –60

57. Чаклин В.Д., Абальмасова Е.А. Сколиозы и кифозы. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие, 2018.-450с.

Рисунок 1. Поверхностные и глубокие мышцы спины

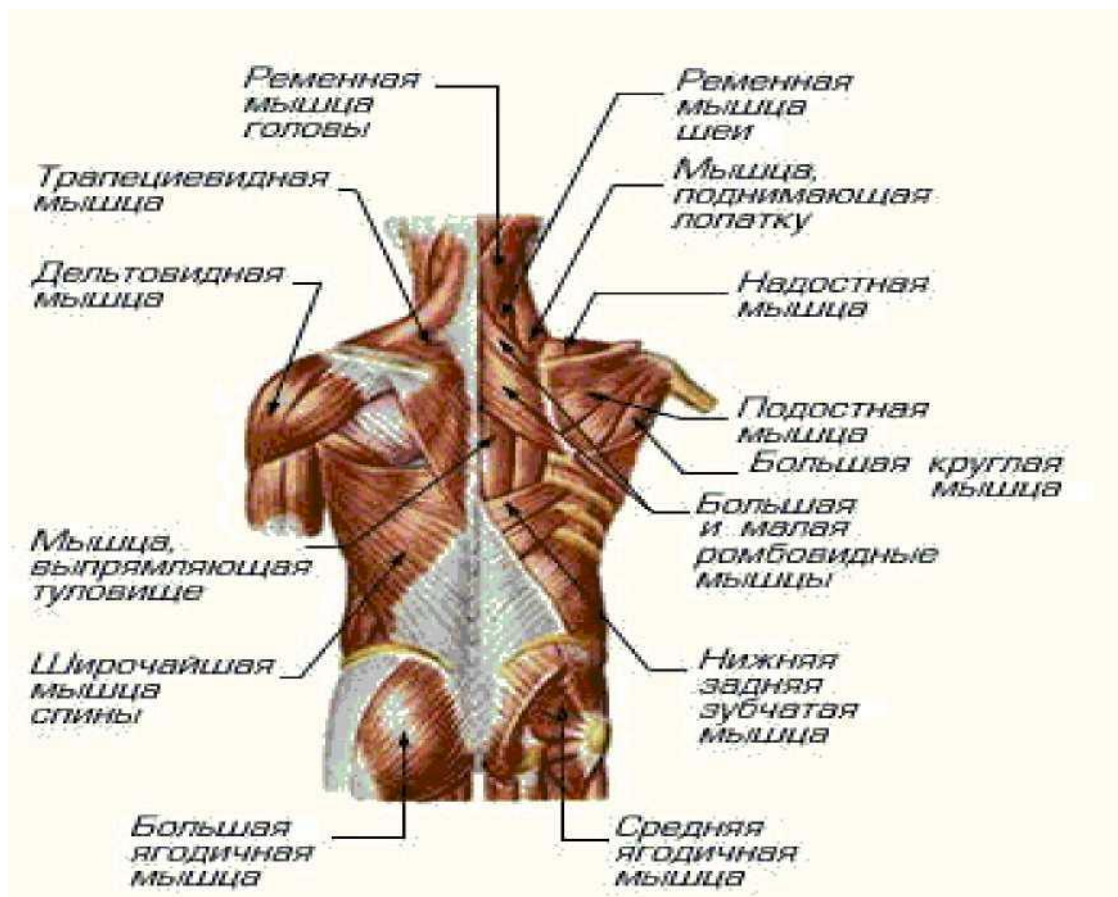


Таблица 1 -Нормативные показатели

| Контрольное упражнение | 1 класс | | | |
|---------------------------------------|---------|-----|-----|-----|
| | «5» | «4» | «3» | «2» |
| Выкрут гимнастической палкой, (см) | 20 | 25 | 30 | 35 |

Таблица 2 -Нормативные показатели

| Контрольные упражнения | 1 класс | | | |
|--|---------|-----|-----|-----|
| | «5» | «4» | «3» | «2» |
| Наклон вперёд на гимнастической скамейке, (см) | 12 | 10 | 8 | 6 |

Таблица 3 -Нормативные показатели

| Контрольные упражнения | Старшая группа | | | |
|------------------------------|----------------|-----|-----|-----|
| | «5» | «4» | «3» | «2» |
| Мост из положения лежа, (см) | 15 | 20 | 25 | 30 |

Таблица 4 -Нормативные показатели

| Контрольные упражнения | Старшая группа | | | |
|------------------------|----------------|-----|-----|-----|
| | «5» | «4» | «3» | «2» |
| Стойка на бедрах, (см) | 20 | 25 | 35 | 45 |

Таблица 5-Нормативные показатели

| Контрольные упражнения | 1 класс | | | |
|--|---------|-----|-----|-----|
| | «5» | «4» | «3» | «2» |
| «Складка ноги вместе» сидя на полу, (см) | 5 | 8 | 15 | 20 |

Рисунок 2. Средства формирования физической подготовленности.



Таблица 6- Результаты тестирования показателей физической
подготовленности (октябрь 2020)

| № | Фамилия Имя | Наименование тестов | | | | |
|-----|--------------|---------------------|---------------------------|---------------|---------------------------------|------------------------------------|
| | | «Выкрут», см | «Наклон вперед», см | «Мост», см | «Стойка на бедрах», см | «Складка ноги вместе», см |
| 1. | Елизавета Б. | 17 | 7 | 32 | 46 | 12 |
| 2. | Дарья Б. | 10 | 12 | 18 | 22 | 6 |
| 3. | Олег Б. | 5 | 14 | 27 | 25 | 8 |
| 4. | Максим Б. | 7 | 13 | 16 | 20 | 6 |
| 5. | Амилина Д. | 0 | 17 | 13 | 21 | 3 |
| 6. | Анастасия З. | 3 | 18 | 15 | 21 | 1 |
| 7. | Дмитрий К. | 10 | 12 | 27 | 29 | 0 |
| 8. | Николай К. | 13 | 10 | 28 | 43 | 10 |
| 9. | Анна Н. | 8 | 13 | 13 | 23 | 8 |
| 10. | Полина П. | 24 | 8 | 34 | 48 | 15 |
| 11. | Ян П. | 21 | 8 | 34 | 41 | 13 |
| 12. | Виктор П. | 6 | 10 | 18 | 30 | 5 |
| 13. | Алиса П. | 17 | 8 | 29 | 38 | 5 |
| 14. | Арина С. | 3 | 11 | 16 | 23 | 15 |
| 15. | Иван Т. | 0 | 13 | 15 | 22 | 3 |
| 16. | Михаил С. | 5 | 9 | 15 | 27 | 7 |
| 17. | Алексей Б. | 6 | 10 | 25 | 34 | 5 |
| 18. | Елизавета С. | 7 | 12 | 18 | 32 | 9 |

Таблица 7 - Итоговые тестирования показателей физической
подготовленности (ноябрь 2020)

| № | Фамилия Имя | Наименование тестов | | | | |
|-----|--------------|---------------------|---------------------------|---------------|---------------------------|------------------------------|
| | | «Выкрут», см | «Наклон вперед», см | «Мост», см | «Стойка на бедрах», | «Складка ноги вместе», |
| 1. | Елизавета Б. | 15 | 11,5 | 27 | 45 | 6 |
| 2. | Дарья Б. | 10 | 13 | 14 | 23 | 6 |
| 3. | Олег Б. | 5 | 13 | 21 | 23 | 6 |
| 4. | Максим Б. | 5 | 12,5 | 10 | 20 | 5 |
| 5. | Амилина Д. | 0 | 19 | 10 | 19 | 3 |
| 6. | Анастасия З. | 0 | 18,5 | 11 | 20 | 0 |
| 7. | Дмитрий К. | 11 | 12 | 22 | 26 | 0 |
| 8. | Николай К. | 11 | 12 | 27 | 43 | 11 |
| 9. | Анна Н. | 6 | 17 | 11 | 26 | 6 |
| 10. | Полина П. | 22 | 12 | 26 | 45 | 13 |
| 11. | Ян П. | 21 | 11,5 | 28 | 41 | 13 |
| 12. | Виктор П. | 3 | 13 | 13 | 27 | 3 |
| 13. | Алиса П. | 14 | 11,5 | 25 | 36 | 6 |
| 14. | Арина С. | 3 | 12 | 18 | 21 | 15 |
| 15. | Иван Т. | 0 | 13,5 | 10 | 22 | 0 |
| 16. | Михаил С. | 3 | 7 | 20 | 28 | 5 |
| 17. | Алексей Б. | 5 | 8 | 28 | 35 | 3 |
| 18. | Елизавета С. | 6 | 10 | 22 | 33 | 6 |

Таблица 8- Результаты тестирования экспериментальной группы в начале и в конце эксперимента (M±t)

| Тесты | Экспериментальная группа | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------|
| | Апрель 2020 | Декабрь 2020 |
| «Выкрут» гимнастической палки, см | 9,6±1,7 | 8,4±1,6 |
| «Наклон вперед» из положения стоя на | 11,2±0,8 | 12,5±0,6* |
| «Мост», см | 28,4±1,5 | 22,6±1,2* |
| «Наклон на бедрах», см | 34,3±2,0 | 28,5±1,9 |
| «Складка ноги вместе», см | 10,2±1,1 | 7,2±1,1 |

Рисунок. 3. Результат показателей физической подготовленности детей 7-8 лет в % соотношении за период эксперимента

