

МИНИСТЕРСТВО СПОРТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«ПОВОЛЖСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ АКАДЕМИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ
КУЛЬТУРЫ, СПОРТА И ТУРИЗМА»
ФАКУЛЬТЕТ «ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ»

ОЧНАЯ ФОРМА ОБУЧЕНИЯ

КАФЕДРА «АДАПТИВНОЙ ФИЗИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ
БЕЗОПАСНОСТИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ »

Направление Подготовки: Физическая культура для лиц с
отклонениями в состоянии здоровья

Профиль подготовки: Физическая реабилитация

Группа: 5261

ГЕККЕЛЬ МАРГАРИТА ИГОРЕВНА

**Методики коррекции осанки у детей 7-8 лет с задержкой
психического развития**

Курсовая работа

Подготовил:

Студент 2 курса

Группы 5261

Геккель М. И.

Допустить к защите:

Зав. Кафедрой АФК и БЖ

к.п.н доцент Парфенова Л.А

« » 2017

Научный руководитель:

к.б.н доцент

Сагидова С.А

Казань 2017

СОДЕРЖАНИЕ

ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ.....	5
1.1 Понятие и психолого-педагогическая характеристика детей 7-8 лет с задержкой психического развития	5
1.2 Особенности физического развития у детей 7-8 лет с задержкой психического развития	8
1.3 Понятие о нарушении осанки у детей 7-8 лет с задержкой психического развития.....	10
ГЛАВА II. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	15
2.1 Анализ научно-методической литературы.....	15
2.2. Методы исследования	18
ВЫВОДЫ.....	21
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	22

Введение

Актуальность вопросов обучения, воспитания, развития детей 7-8 лет с задержкой психического развития не теряет своей остроты, поскольку частота данного нарушения неуклонно растет. Так, в России нарушение осанки выявлено у 40-80% детей и подростков, частота искривления позвоночника за последние годы увеличилась с 3% до 10%.

В настоящее время отмечается резкое увеличение числа детей с различными мозговыми дисфункциями - эти отклонения лежат в основе двигательных нарушений, в том числе нарушение осанки.

Двигательная активность детей 7-8 лет с задержкой психического развития выполняет уникальную роль комплексного развития всех аспектов целостной личности ребенка, а биологически обусловленная потребность в двигательной активности в ходе процесса социализации превращается в биосоциальную проблему (В.А. Иванов, 1999).

Младший школьный возраст является благоприятным периодом для усвоения и развития основных физических качеств, двигательных навыков и функциональных способностей посредством использования основных движений и специальных упражнений (А.И. Кравчук, 1998).

Подбор средств и методов педагогического воздействия с целью развития физических качеств у детей 7-8 лет с задержкой психического развития, является одной из актуальных проблем физического воспитания в современных условиях.

У детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития часто регистрируются отклонения в развитии позвоночника и окружающих его мышечных групп. Позвоночник растущего ребенка очень уязвим к действию повреждающих факторов, в нем легко возникают и закрепляются деформации во фронтальной и горизонтальной плоскостях (Ф.Р. Козицина, Л.Г. Харитонова, 2003).

Нарушение осанки - частый спутник многих хронических заболеваний, проявляющихся в общей функциональной слабости, гипотоническом

(пониженном напряжении тканей) состоянии мышц и связочного аппарата. Дефекты осанки отрицательно влияют на деятельность сердца, желудка, печени, почек.

Исправление дефектов осанки достигается с помощью специальных упражнений, направленных на создание и укрепление мышечного корсета и для выработки и закрепления навыков правильной осанки.

Недостаточно научных разработок по подбору средств, методов обучения и организации занятий с детьми 7-8 лет с задержкой психического развития с нарушением осанки.

Объектом исследования - является процесс изучения методик направленные на коррекцию опорно-двигательного аппарата у детей ЗПР.

Предметом исследования - являются методики коррекции осанки у детей 7-8 лет с задержкой психического развития.

Цель исследования - совершенствование процесса проведения занятий по лечебной физической культуре у детей с задержкой психического развития обучающихся в классах коррекционно-развивающего обучения.

Гипотеза исследования - предполагается, что методики при проведении занятий лечебной физической культуры у детей 7-8 лет с задержкой психического развития, будут способствовать коррекции осанки и положительно воздействует на физические качества детей данной категории.

Задачи исследования:

1. Анализ научно-методической литературы по проблеме исследования.

2. Изучить методики коррекции осанки у детей 7-8 лет с задержкой психического развития.

ГЛАВА I. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Понятие и психолого-педагогическая характеристика детей 7-8 лет с задержкой психического развития

В настоящее время в образовательных учреждениях России происходит становление педагогической системы коррекционно-развивающего обучения детей, испытывающих трудности в обучении, в адаптации и социальном окружении (Н.Л. Литош, 2002).

Как свидетельствует мировой и отечественный опыт, число лиц с отклонениями в развитии имеет тенденции к увеличению. Этому есть ряд причин: дестабилизация общества и отдельных семей, отсутствие нормальных гигиенических, экономических, экологических условий для будущих матерей и детей разных возрастных групп. У многих людей возникают психическая, познавательная депривация, недостаточность удовлетворения сенсорных и эмоциональных контактов и потребностей. Эти патологические факторы приводят к различным заболеваниям и отклонениям в развитии.

Нарушенным развитием называется процесс, в ходе которого наблюдаются отклонения в физическом или психическом развитии организма, вызванные различными по характеру и времени возникновения причинами.

К категории детей младшего школьного возраста с задержкой психического развития относятся дети 7-8 лет, испытывающие в силу различных биологических и социальных причин стойкие затруднения в усвоении образовательных программ и при отсутствии выраженных нарушений интеллекта, отклонении в развитии слуха, зрения, речи, двигательной сферы (Н.Л. Литош, 2002).

Несмотря на отсутствие единства терминологии Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) для обозначения легких пограничных форм интеллектуальной недостаточности введен термин "задержка психического развития" (ЗПР), который широко используется во врачебной и

психолого-педагогической практики (Повзнер М.С., 1972; Бадалян Л.О. 1984 и др.).

Среди черт, наиболее характерных для двигательной сферы детей ЗПР, отмечается нарушение произвольной регуляции движений, недостаточная координированность и четкость произвольных движений, недоразвитие тонких моторных актов, т.е. различных видов координационных способностей (Ляпидевский И.Ф. 1998; Горская И.Ю. 2000, 2001 и др.).

Задержка психического развития является одной из наиболее распространенных форм психической патологии детского возраста. Она выявляется с началом обучения ребенка в подготовительной группе детского сада или в школе, особенно в возрасте от 7 до 10 лет, поскольку этот возрастной период обеспечивает большие диагностические возможности. Выявлению пограничных состояний интеллектуальной недостаточности способствует рост требований, предъявляемых обществом к личности ребенка.

Трудности, которые испытывают дети ЗПР в процессе обучения, могут быть обусловлены недостатком внимания, нарушением эмоционально-волевой регуляции, низким уровнем учебной мотивации и общей познавательной пассивностью (слабость регуляционных компонентов учебно-познавательной деятельности), недоразвитием отдельных психических процессов (восприятия, памяти, мышления), негрубыми недостатками речи, нарушениями моторики в виде недостаточной координации движения, двигательной расторможенностью, ограниченным запасом знаний и представлений об окружающем мире, несформированностью операциональных компонентов учебно-познавательной деятельности.

Основной причиной такого отставания, по мнению большинства исследователей (Марковская И.Ф. 1993, Власова Т.А. 2001 и др.), являются слабовыраженные (минимальные) органические поражения головного мозга, которые могут быть врожденными или возникать во время внутриутробного

развития, а также в раннем периоде жизни ребенка. В некоторых случаях может наблюдаться и генетически обусловленная недостаточность центральной нервной системы. Интоксикации, инфекции, обменно-трофические расстройства, травмы и т.п. ведут к негрубым нарушениям темпа развития мозговых механизмов или вызывают легкие церебральные органические повреждения. Вследствие этих нарушений и детей в продолжение довольно длительного периода наблюдается функциональная незрелость центральной нервной системы, что проявляется в слабости процессов торможения и возбуждения, затруднениях в образовании сложных условных связей.

К.С. Лебединская (1982) предложила клиническую систематику детей с задержкой психического развития (ЗПР):

- конституционного происхождения;
- соматогенного происхождения;
- психогенного происхождения;
- церебрастенического характера.

В зависимости от происхождения временная задержка психического развития формирует различные варианты отклонений в познавательной и эмоционально-волевой деятельности. В результате изучения психических процессов и возможностей обучения детей с ЗПР выявлено специфические особенности в их познавательной, эмоционально-волевой сфере, поведении и личности в целом. Для детей ЗПР различной этиологии характерны общие признаки: низкая работоспособность в результате повышенной истощаемости ЦНС, незрелость эмоций и воли, ограниченный запас общих сведений и представлений, обедненный словарный запас, неполная сформированность игровой деятельности, несформированность навыков интеллектуальной и учебной деятельности. Для детей этой группы характерно значительная неоднородность нарушенных и сохранных звеньев психической деятельности, а также ярко выраженная неравномерность формирования восприятия, внимания, памяти (Л. Ф, Шапкова, 2007).

1.2 Особенности физического развития у детей 7-8 лет с задержкой психического развития

Физическое развитие и двигательные способности детей с задержкой психического развития находятся в тесной взаимосвязи с их психическим и физическим здоровьем. Двигательные нарушения выступают как часть ведущего дефекта, даже не грубая дисфункция психической сферы может привести к недоразвитию сложных и дифференцированных движений и действий (Мастюкова Е.М. 1992).

По данным Т.А. Власовой (2001) и М.С. Певзнер (2001), дети с задержкой психического развития уступают своим сверстникам в физическом развитии, отличаются инфантилизмом в познавательной деятельности и в волевой сфере, с трудом включаются в учебную деятельность, быстро утомляются, отличаются низкой работоспособностью. По сравнению со здоровыми сверстниками хронологическое развитие психики аномальных детей происходит с задержкой. На этом фоне выявляются различные нарушения прежде всего познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы, формирования личности, связанные с действием многих факторов: вынужденной изоляции, ограниченными контактами со здоровыми сверстниками и взрослыми людьми, затруднениями предметно-практической деятельности, двигательными и сенсорными расстройствами.

По мнению Е.М. Мастюковой (1997), для всех детей ЗПР характерны закономерности нарушенного нервно-психического развития: низкая умственная работоспособность, незрелость эмоционально-волевой сферы, эмоциональная неустойчивость, отставание в развитии речи, недостаточная выраженность познавательных интересов, что негативно сказывается на формировании произвольных движений и физическом развитии.

Краткий анализ состояния здоровья, специфических нарушений физического и психического развития, в том числе и факторов, влияющих на

двигательную сферу детей ЗПР позволил выделить типичные двигательные расстройства, характерные в разной степени для всех детей:

сниженная двигательная активность, обусловленная тяжестью первичного дефекта и его негативными последствиями;

нарушение физического развития, диспропорции телосложения, деформации стоп и позвоночника, ослабленный мышечный "корсет", снижение вегетативных функций, обеспечивающих движение;

нарушение координационных способностей: быстроты реакции, точности, темпа, ритма движений, согласованности микро - и макромоторики, дифференцировки усилий, времени и пространства, устойчивости к вестибулярным раздражениям, ориентировки в пространстве;

сниженный уровень всех жизненно важных физических способностей - силовых, скоростных, выносливости, гибкости и др.;

нарушение локомоторной деятельности - ходьбы, бега, лазания, ползания, прыжков, метания, упражнений с предметами, т.е. движений, составляющих основу жизнедеятельности ребенка.

Физическая подготовленность детей с ЗПР в младшем школьном возрасте по показателям силовых, скоростно-силовых, скоростных способностей, общей выносливости и гибкости занимает промежуточное место между здоровыми сверстниками и школьниками с легкой умственной отсталостью того же возраста (Григорьев Д.В. 2003). По данным исследователя, у этих детей проявляются слабость регуляции произвольных движений, не сформированность движений, особенно страдает тонкая моторика и выявлен недостаточный уровень развития выносливости особенно в тестах характеризующих силовую выносливость мышц брюшного пресса.

По данным И.Ф. Марковской (1993) у младших школьников ЗПР выявлено замедленное темпа физического развития у 31% детей, задержка в становлении локомоторных функций - у 69 % детей, нарушение речи у 63 % детей.

В исследованиях О.В. Решетняк (2004) установлено, что дети с ЗПР имеют более низкие показатели веса, роста, окружности грудной клетки. Физическое развитие у 25 % детей ЗПР оценивается как - ниже среднего уровня развития. У этих детей также выявлены нарушения осанки - 68% обследуемых и различные хронические и соматические заболевания.

Таким образом, многие исследователи отмечают что, в младшем школьном возрасте физическое развитие и двигательные качества детей с ЗПР отличается от здоровых сверстников более низкими показателями. Многие авторы (Лебединская К.С. 1980; Марковская И.Ф., 1982; Ильин; В. А, 1992; Шевченко С.Г., 2001) отмечают ослабленность здоровья, низкую умственную и физическую работоспособность, быструю утомляемость.

1.3 Понятие о нарушении осанки у детей 7-8 лет с задержкой психического развития

Осанка - это приобретенное человеком в процессе роста и развития привычное, непринужденное положение тела, сохраняемое в покое и при движении.

Осанка или привычная поза, приобретает, вырабатывается в течение всего периода роста. Она во многом зависит от положения позвоночного столба и развития мышц, удерживающих его в правильном положении.

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. Различают 4 физиологических изгиба позвоночника в сагиттальной плоскости: два обращены выпуклостью кпереди - шейный и поясничный лордозы; два обращены кзади - грудной и пояснично-крестцовый кифозы. Благодаря изгибам позвоночный столб выполняет рессорную и защитную функции спинного и головного мозга, внутренних органов, увеличивается подвижность и устойчивость позвоночника. Формирование физиологических изгибов продолжается до 7 лет.

Выраженность физиологических изгибов позвоночника зависит так же от угла наклона таза. При его увеличении позвоночный столб, неподвижно сочлененный с тазом, наклоняется вперед, одновременно увеличиваются поясничный лордоз и грудной кифоз позвоночника, компенсаторно сохраняющий вертикальное положение тела. При уменьшении наклона таза соответственно уплощаются физиологические изгибы позвоночника. Физиологические изгибы позвоночника формируются в процессе развития двигательных навыков ребенка и определяются характером изменений тонуса его мышц, а их выраженность во многом зависит от угла наклона таза.

С позиции физиологических закономерностей осанка ребенка является динамическим стереотипом и носит неустойчивый характер, легко изменяясь под действием позитивных или негативных факторов. Неодновременное развитие костного, суставно-связочного аппарата и мышечной системы в этом возрасте служит основой неустойчивости осанки. Такая неравномерность развития уменьшается со снижением темпов роста, а с прекращением роста человека стабилизируется.

Факторы, определяющие осанку: форма позвоночника и грудной клетки, положение головы, пояса верхних и нижних конечностей, угол наклона таза. Важную роль играет степень развития мускулатуры, но не столько ее максимальные силовые возможности, сколько равномерность распределения тонуса мышц тела.

Осанка зависит от состояния нервно-мышечного аппарата ребенка, психики и степени развития мышечного корсета, от функциональных возможностей мышц к длительному статическому напряжению, эластических свойств межпозвоночных дисков, хрящевых и соединительнотканых образований суставов и полусуставов позвоночника, таза и нижних конечностей.

В различные возрастные периоды жизни ребенка осанка имеет свои особенности. Под правильной осанкой понимается следующее положение: голова немного наклонена вперед; плечевой пояс незначительно смещен

кпереди, не выступая за уровень грудной клетки (в профиль); лопатки слегка выступают; линия грудной клетки плавно переходит в линию живота, который выступает на 1-2 см; физиологические изгибы позвоночника выражены слабо; угол наклона таза невелик и составляет 22-25 градусов для мальчиков и девочек.

При хорошей осанке у детей мышцы, особенно мышцы, удерживающие позвоночник в правильном положении, должны быть умеренно напряжены. При умеренно выраженной кривизне позвоночника голова должна держаться прямо, плечи на одном уровне, слегка развернутыми, грудь слегка выдвинутой вперед, живот умеренно подтянутым, ноги в коленных суставах прямыми.

Организм, и особенно опорно-двигательный аппарат у детей младшего школьного возраста очень быстро развивается. Позвоночный столб вследствие наличия большого количества хрящевой ткани, гибкий, податливый, подвижный.

При нормальном росте и развитии ребенка формируется правильная осанка; под влиянием же отрицательных длительно действующих на рост и развитие факторов постепенно появляются нарушения и дефекты осанки.

Отклонения от нормальной осанки принято называть нарушениями или дефектами осанки. Они связаны с функциональными изменениями опорно-двигательного аппарата, при которых образуются порочные условно-рефлекторные связи, закрепляющие неправильное положение тела, при этом навык правильной осанки утрачивается. Наиболее часто дефекты осанки проявляются в стадии интенсивного роста детей и подростков, в возрастной период от 5 до 14 лет.

Одной из основных причин формирования нарушения осанки является слабое развитие мускулатуры. Ребенок с вялой осанкой часто меняет положение отдельных частей тела и производит впечатление утомленного или заболевшего.

Одним из часто встречающихся дефектов осанки является так называемая "плоская спина". "Плоская спина" встречается как у детей с ЗПР, так и растущих быстрее нормы, но с недостаточно развитой мускулатурой туловища.

"Плоская спина" характеризуется уменьшением всех кривизн позвоночника (почти прямой спиной) и угла наклона таза, опущенным вниз и слегка поданными вперед плечами, часто сильно выпяченными, особенно в нижней части, животом. Часто грудная клетка вместе с грудными позвонками несколько смещена вперед. Поэтому, несмотря на фактическое уплощение, она производит впечатление выпяченной. При этом дефекте из-за слабости мышц спины, дети не могут долго удерживать тело в одном положении, быстро устают и постоянно его меняют.

Иногда при уплощении грудного и шейного изгиба позвоночника резко увеличивается поясничная кривизна, которая распространяется вверх, к нижегрудному его отделу. Такое сочетание изгибов позвоночного столба образует нарушение, называемое "плосковогнутой спиной".

"Плосковогнутая спина" характеризуется увеличением углов наклона таза (при уплощении верхних отделов спины) и сильно выдающимися назад ягодицами. У детей дошкольного возраста это нарушение осанки встречается редко.

Дети дошкольного возраста с ЗПР часто страдают так называемой "сутуловатостью". "Сутуловатость" характеризуется увеличением грудной кривизны позвоночника и сильным свисанием плеч вперед.

У детей более старшего возраста "сутуловатость" быстро увеличивается и превращается в дефект, который носит название "тотальнокруглая спина".

Нередко "сутуловатость" у ребенка при наличии главным образом неравномерного развития мышц является преддверием к очень серьезному дефекту осанки - "круглой спины".

Различают 3 степени нарушения осанки:

1 степень - характеризуется небольшими изменениями осанки, которые устраняются целенаправленной концентрацией внимания ребенка.

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

3 степень - характеризуется нарушениями осанки, которые не устраняются при разгрузке позвоночника.

Нарушение осанки не является заболеванием, это состояние, которое при своевременно начатых оздоровительных мероприятиях не прогрессирует и является обратимым процессом. Тем не менее, нарушение осанки постепенно может привести к снижению подвижности грудной клетки, диафрагмы, ухудшению рессорной функции позвоночника, что в свою очередь негативно влияет на деятельность нервной системы, сердечно-сосудистой и дыхательных систем, становится спутником многих хронических заболеваний вследствие проявления общей функциональной слабости, дисбаланса в состоянии мышц и связочного аппарата ребенка.

Нарушение осанки проявляется у детей раннего возраста: в ясельном возрасте у 2,1%, в 4 года у 15-17% детей, 6-7 лет у каждого третьего ребенка, в школьном возрасте процент детей с нарушением осанки продолжает расти, По данным Д.А. Ивановой, С.Н. Попова (2005) нарушение осанки имеется у 67% школьников.

ГЛАВА II. МЕТОДЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Анализ научно-методической литературы

По данным НИИ у 40-80 % подростков, на сегодняшний день, выявлено нарушение осанки. Между нарушениями осанки и болезнями позвоночника нет общей границы. На осанку негативно влияют неполноценное питание, и общее неудовлетворительное состояние здоровья, и загрязнение окружающей среды, и хронические острые заболевания, и даже индивидуальные особенности характера и смена настроения и т.д. Типично "детские" болезни позвоночника - юношеский кифоз и сколиоз - считаются системными (общими) заболеваниями.

Один из главных методов лечения нарушений осанки и заболеваний позвоночника - это лечебная физическая культура. Но никакое лечение не может быть эффективным без устранения причин болезни, и все профилактические мероприятия необходимо выполнять и во время лечения.

При подборе комплексов лечебной гимнастики необходимо учитывать:

- Пол.
- Возраст.
- Степень локализации поражения.
- Степень подготовленности детей.

В процессе занятий лечебной физической культурой (ЛФК) систематически возрастающая дозировка мышечной работы обеспечивает все более расширяющийся уровень дыхания, повышение потребления кислорода, увеличение минутного объёма дыхания, возрастание максимальной вентиляции лёгких и бронхиальной проходимости. Стимулирующее действие физических упражнений оказывает на дыхание в целом: обеспечивает восстановление нарушенной координации отдельных звеньев дыхательного акта, улучшается механика дыхания. Созданию положительного эмоционального фона способствует соблюдение дидактических принципов физического воспитания, в первую очередь

уважения личности ребёнка, соответствие предлагаемых физических упражнений возможностям его организма.

Средняя интенсивность физической нагрузки во время занятий лечебной физической культурой обеспечивает сохранение имеющегося уровня физической работоспособности и приспособлении физиологических систем к средней нагрузке. Работа средней интенсивности выполняется ребёнком при частоте сердечных сокращений (ЧСС) от 120-130 до 150-160 в 1 минуту.

Для развития силовой выносливости мышц по данным М. Деметризи (1999) необходимо, чтобы оптимальным уровнем была нагрузка выше средней интенсивности, обеспечивающая окислительно-восстановительные процессы в мышцах. Для детей - это работа при частоте сердечных сокращений (ЧСС) от 150-160 до 170-180 в 1 минуту. Дальнейшее повышение нагрузки до субмаксимальных и максимальных, т.е. предельных, величин сопровождается быстрым нарастанием утомления. Такие нагрузки допускаются в лечебной физической культуре, то лишь на короткое время, при строго индивидуальном подходе. Сочетание мышечной работы выше средней интенсивности с кратковременной субмаксимальной нагрузкой у детей даёт быстрый эффект нарастания силовой выносливости.

Методика лечебной физической культуры Т.А. Евдокимова (2003) при нарушениях осанки заключалась в том, что предполагается применять тренажёры, действие на основе метода биологической обратной связи. Суть этого метода состоит в том, что при изменении биологических характеристик, которые ребенок не может почувствовать сам (частоты пульса, давления, электрического сопротивления кожи) подавляется звуковой световой или любой другой ясный и понятный сигнал. С помощью этого метода ребёнок в считанные секунды понимает, чего от него требуют, когда говорят "Делай движение так, чтобы эти мышцы в нём не участвовали". Это в несколько раз повышает эффективность тренировки двигательных навыков.

Евдокимова, также предлагает применять корректоры в виде эластичных "корсетов" из широких прорезиненных лямок. Корректоры применяются довольно широко, но специалисты относятся к ним неоднозначно. Возможно, это объясняется тем, что предшественники эластичных корректоров - жёсткие корсеты не позволяют позвоночнику искривляться. При применении корректора нужно соблюдать определённые правила:

1. Назначать корректор, подбирать подходящий по конструкции и размеру, контролировать состояние ОДА должен врач.

2. Необходимо выполнять указания врача относительно режима применения корректора, постепенно увеличивать время ежедневного ношения и изменять натяжение лямок.

3. Нельзя забывать, что корректор только как вспомогательное средство.

4. Корректором нельзя пользоваться дольше, чем это необходимо. Максимальный эффект от его ношения достигается через 1,5-2 месяца, после этого корректор необходимо на несколько месяцев отложить, а лечебной физкультурой необходимо продолжать заниматься.

По данным И.Д. Ловейко (1992) при нарушениях осанки необходимо выполнять упражнения различного характера: Дыхательные упражнения: упражнение на расслабление; упражнение на растягивание; упражнение в равновесии; упражнение для развития силовой выносливости мышц спины; упражнение для развития мышц брюшного пресса; упражнение для мышц туловища и тазового пояса; упражнение для развития мышц плечевого и верхних конечностей; упражнение с предметами.

В методике В.В. Икова (1993) при дефектах осанки, большое место уделяется упражнениям на силу мышц, выполняются упражнения из исходного положения лёжа. Особое внимание следует обратить на упражнения с движениями головы, плечевого пояса, верхних конечностей. Специальные асимметричные упражнения при нарушениях осанки 1 степени

и при сколиотической болезни не требуются. Симметричное положение тела при указанных упражнениях хорошо предохраняет от возможности компенсаторных изменений положение позвоночника.

Г.А. Халемский (1997) включил подвижные и спортивные игры как наиболее комплексное и универсальное средство развития ребёнка. Обучение игр начинается с обучения владения мячом. Система упражнений с большими и малыми мячами составляет своеобразную школу мяча. Отличительная черта все упражнения с большим мячом (приём, передачу, подачу, бросок) дети, с нарушением осанки, должны выполнять только двумя руками. Наиболее приемлемы передачи мяча двумя руками от груди и из-за головы. При передаче мяча двумя руками из-за спины через голову. В качестве спортивных игр используют пионербол, элементы волейбола, баскетбола, бадминтона.

2.2. Методы исследования

Методик, позволяющих определить осанку довольно много. Они делятся на объективные и субъективные. К субъективным методам относятся визуальный (соматоскопический), пальпаторный и метод функциональных проб.

Визуальный метод.

При осмотре обследуемого спереди, определяется положение головы. Если мышцы спины сильно развиты, голова может быть несколько откинута назад, при сутуловатости наклонена вперед или в сторону наиболее развитых мышц шеи.

Во время осмотра сбоку, внимание обращается на линию передней стенки живота, которая выступает вперед при сильно выраженном поясничном лордозе и грудном кифозе.

При осмотре обследуемого со стороны спины, определяется:

а) очертание шейно – плечевых линий (при отсутствии сколиоза симметричны), углы между шейной и плечевой линиями более или менее одинаковы (на стороне сколиоза угол уменьшается);

- б) расположение плеч (при сколиозе одно плечо ниже другого);
- в) треугольники талии – пространство, заключенное между латеральной поверхностью туловища и медиальной поверхностью опущенной руки (треугольник талии больше на стороне сколиоза);
- г) расположение нижних углов лопаток (симметричное или асимметричное);
- д) линию остистых отростков позвонков (в норме должна иметь отвесное направление от затылочной ямки до крестца).

Пальпаторный метод.

Провести по остистым отросткам позвонков, мякотью дистальной фаланги среднего пальца, ориентируясь по задней срединной линии. При сколиозе палец отклонится в сторону. Для большего удобства можно провести по остистым отросткам дермографическим карандашом. По этой линии можно определить не только наличие сколиозов, но и их величину (измеряя линейкой или миллиметровой лентой).

Метод функциональных проб.

Если есть подозрение на сколиоз, необходимо установить, функциональный или фиксированный. Для этого исследуемый должен выполнить вис на прямых руках или из положения стоя руки вверх, сделать наклон вперед. При функциональном сколиозе искривления позвоночника во время упражнения исчезают, а при фиксированном – нет.

Измерение ромба Мошкова.

Для этого метода на задней поверхности туловища дермографическим карандашом обозначаются точки: а) остистый отросток 7 шейного позвонка, б) нижние углы лопаток, в) остистый отросток 5 поясничного позвонка. Сантиметровой лентой измеряется расстояние справа и слева: между 1-й и 2-й точками, между 2-й и 3-й точками. Если разница 0,5 см и более определяется асимметрия (наличие сколиоза). Антропометром измеряется высота плечевой (акромиальной) и подвздошно-гребневой точек справа и слева. Если разница 0,5 см и более, то есть сколиоз.

Асимметрия в расположении лопаток, определяется следующим образом: измеряется расстояние от остистого отростка 7 шейного позвонка до нижнего угла правой лопатки. И до нижнего угла левой лопатки. Если сколиоз отсутствует – эти размеры будут равными. Затем измеряется расстояние от остистого отростка 4 поясничного позвонка до нижнего угла правой лопатки и до нижнего угла левой лопатки. Если лопатки расположены на одном уровне, эти размеры должны быть равны.

Вычисление плечевого показателя.

Измерять обследуемого следует стоя перед ним. Толстотным циркулем, измеряется расстояние акромиальными точками – ширину плеч, а сантиметровой лентой на задней поверхности туловища – плечевую дугу. Плечевой показатель (ПП) вычисляется в процентах: ширина плеч к плечевой дуге (ПД):

$$\text{ПП} = \frac{\text{ШП (см)}}{\text{ПД (см)}} \cdot 100\%$$

На наличие сутуловатости указывает плечевой показатель 80% или меньше. На наличие хорошей осанки – ПП больше 85%.

ВЫВОДЫ

- 1) Провели анализ научно-методической литературы.
- 2) Изучены методики коррекции осанки у детей 7-8 лет с ЗПР.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адаптивная физическая культура в школе. Начальная школа / Автор составитель О.Э. Акенова // Под общей ред. С.П. Евсеева. - СПб.: СПб ГАФК им. Лесгафта, 2003. - 160 с.
2. Бегидова Т.П. Основы адаптивной физической культуры / Т.П. Бегидова. - М.: Физкультура и спорт, 2007. - 183 с.
3. Болонов Г.П. Физическое воспитание в системе коррекционно-развивающего обучения / Г.П. Болонов. - М.: ТЦ Сфера, 2003. - 3, 45 с.
4. Бурменцкая Г.В. Возрастно-психологическое консультирование. Проблемы психического развития детей / Г.В. Бурменцкая, О. А, Карабанова, А.Г. Лидерс. - М.: Изд-во МГУ, 1990. - 136 с.
5. Галанов А.С. Игры - которые лечат / А.С. Галанов. - М.: Педагогическое общество России, 2005. - 32 с.
6. Галанов А.С. Оздоровительные игры для дошкольников и младших школьников / А.С. Галанов. - СПб.: Речь, 2007. - 4, 16-20 с.
7. Горелова Л.В. Краткий курс лечебной физической культуры и массажа / Л.В. Горелова. - Ростов н/Д: Феникс, 2007. - 145, 166 с.
8. Горская И.Ю. Координационные способности школьников с нарушением интеллекта / И.Ю. Горская; Т.В. Синельникова. - Омск, СибГУФК 1999. - 59 с.
9. Деметризи М. Эффективность специальных физических упражнений и корригирующей гимнастики при нарушении осанки и сколиозе I-II степени / М. Деметризи. - Киев, 1999. - 263 с.
10. Дмитриев А.А. Коррекционно-педагогическая работа по развитию двигательной сферы учащихся с нарушением интеллектуального развития / А.А. Дмитриев. - Воронеж: Издательство НПО МОДЕК, 2004. - 63 с.
11. Евдокимов Г.А. ЛФК и массаж при нарушениях осанки / Г.А. Евдокимов. - М., 2003. - 104 с.
12. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура / В. А, Епифанов. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2006. - 357 с.

13. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и спортивная медицина / В. А, Епифанов. - М.: Медицина, 2004. - 231 с.
14. Ермолаев Ю.А. Возрастная физиология/ Ю.А. Ермолаев. М.: Высшая школа, 1985. - 384 с.
15. Иков В.В. Лечебная физическая культура при дефектах осанки и сколиозах у дошкольников / В.В. Иков. - Ленинград, 1993. - 121 с.
16. Кравчук А.И. Физическое воспитание детей раннего и дошкольного возраста / А.И. Кравчук. - Новосибирск: Изд-во НГПУ, 1998. - 102 с.
17. Козицина Ф.Р. Физическое воспитание детей с низким уровнем готовности к обучению в школе / Ф.Р. Козицина. - Омск, СибГУФК 2003. - 12, 40-42 с.
18. Коррекционная педагогика и специальная психология/ Сост. Н.В. Новоторцева. - 4е изд. Перераб. - и доп. - СПб.: КАРО, 2006. - 45с.
19. Леонтьева Н.Н. Анатомия и физиология детского организма/ Н.Н. Леонтьева, К.В. Маринова. - М.: Просвещение, 1986. - 285 с.
20. Литош Н.Л. Адаптивная физическая культура. Психолого-педагогическая характеристика детей с нарушениями в развитии / Н.Л. Литош. - М.: СпортАкадемПресс, 2002 - 50 с.
21. Ловейко И.Д. ЛФК при дефектах осанки, сколиоза и плоскостопии / И.Д. Ловейко. - М., 1992. - 173 с.
22. Мартовский А.Н. Гимнастика в школе/ А. Н, Мартовский. - М.: Физкультура и спорт, 1976. - 168 с.
23. Медведева Л.Е. Организация и методика проведения занятий в специальных медицинских группах / Л.Е. Медведева. - Омск, СибГУФК 2006. - 26,49 с.
24. Мишинькина В.Ф. Подвижные игры / В.Ф. Мишинькина. - Омск, СибГУФК 2004. - 18 с.

25. Мухина М.П. Концентрированное обучение основным движениям в развитии детей дошкольного возраста / М.П. Мухина. - Омск, СибГУФК 2006. - 59 с.
26. Психолого-педагогическая реабилитация детей с ограниченными возможностями - Под ред. С.А. Беличевой. - М.: Консорциум Социальное здоровье России. 1998. - 210 с.
27. Соколова Н.Г. Практическое руководство по детской лечебной физкультуре / Н.Г. Соколова. - Ростов н/Д: Феникс, 2007. - 315 с.
28. Теория и организация адаптивной физической культуры Т.2/Под общей ред. проф. С.П. Евсеева. - М.: Советский спорт, 2005. - 165-167 с.
29. Физическое воспитание и развитие дошкольников / Под ред. С.О. Филипповой. - М: Издательский центр Академия, 2007. - 135 с.
30. Физическая реабилитация / под общей ред. проф. С.Н. Попова. - Ростов н/Д: Феникс, 2005. - 195-198 с.
31. Халемский Г. Л.1 изд. Физическое воспитание детей со сколиозом и нарушением осанки / Г.Л. Халемский. М., 1997. - 94 с.
32. Халемский Г. Л.2 изд. Физическое воспитание детей со сколиозом и нарушением осанки / Г.Л. Халемский. М., 1997. - 185 с.
33. Холодов Ж.К. Азбука движений/ Ж.К. Холодов. - М.: Знание, 1990. - 85 с.
34. Частные методики адаптивной физической культуры / Под общей ред. проф. Л.В. Шапковой. - М.: Советский спорт, 2007. - 236-240 с.
35. Черная Н.Л. Нарушения опорно-двигательного аппарата у детей / Н.Л. Черная. - Ростов н/Д: Феникс, 2007. - 47, 98 с.
36. Черник Е.С. Физическая культура в вспомогательной школе/ Е.С. Черник. - М.: Учебная литература, 1998. - 320 с.
37. Шевченко С.Г. Коррекционно-развивающее обучение: организационно-педагогические аспекты / С.Г. Шевченко. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 199. - 136 с.

38. Шипицына Л.М. Реабилитация детей с проблемами в интеллектуальном и физическом развитии / Л.М. Шипицына; Е.С. Иванов; Л.А. Данилова; И.А. Смирнова. - СПб.: Образование, 1995. - 80 с.

39.

40. Шматко Н.Д. Дети с отклонениями в развитии / Н.Д. Шматко. - М.: Аквариум ЛТД, 2001. - 15 с.

41. Харитонова Л.Г. Программа совершенствования психомоторных способностей и психических функций у младших школьников с задержкой психического развития / Л.Г. Харитонова; Л.Х. Заббарова. - Омск, СибГУФК 2003. - 3 с.

Приложение

Части занятия	Содержание упражнений	Дозировка	Направленность воздействия
Подготовительная часть	1. Ходьба с мешочком гороха на голове с поворотами на 180 градусов на носках, руки на поясе.	20 сек	Упражнения в ходьбе с сохранением правильной осанки
	2. И. п. - стоя ноги на ширине плеч, руки на поясе, повороты туловища в стороны, дыхание произвольное. 1-2 - вправо; 3-4 влево.	4-6 раз	ОРУ - способствующие расширению грудной клетки
Основная часть	3. И. п. - лежа на животе, кисти рук на полу возле плеч. 1-2 - разгибая руки	4-6 раз	симметричные упражнения, корригирующие осанку.

<p>поднять голову и плечи, выполнить три хлопка; 3-4 - И. п.</p>		
<p>4.И. п. - лёжа на животе. правая нога отведена в сторону, кисти рук на затылке; 3 Приподнять голову и грудь, разводя локти в сторону, слегка прогнуться в грудном отделе; И. п. То же с левой ноги.</p>	<p>4-6 раз</p>	<p>асимметричные упражнения, корригирующие осанку.</p>
<p>5.И. п. - лежа на спине, ноги согнуты в коленях. 1-2 на вдохе прогибаем спину вверх с опорой на плечи</p>	<p>3-4 раза</p>	<p>Упражнения для мышц брюшного пресса</p>

и копчик; 3-4 И. п. - ВЫДОХ.		
6.И. п. - лѐжа на животе друг против друга, бросок мяча партнёру. Руки вверх, голова и грудь приподняты, поймать мяч.	20-30 сек	Упражнения для мышц спины
7.И. п. - стоя, согнув правую ногу в тазобедренном и коленном суставах, руки в стороны. 1 - руки к плечам; 2-за голову; 3-вверх; 4 - и. п.	4-6 раз	Упражнения для развития способности к сохранению равновесия
8. Игра "поймай комара". Игроки становятся в круг лицом к центру	3-5 мин	Развитие умения координировать движение, быстроты

<p>на расстоянии вытянутой руки друг от друга. Ведущий находится в середине круга, в руках у него прут длиной 1,5 метра. С привязанным на шнуре "комаром" из бумаги. Ведущий кружит шнур с "комаром" немного выше голов играющих. Когда "комар" пролетает над головой, игроки подпрыгивают, стараются поймать его обеими руками.</p>	<p>реакции, умения ориентироваться в пространстве, равновесия, памяти, внимания, способности принимать и понимать задачу, умение действовать по правилам</p>	
<p>9.И. п. - лежа на спине. 1-2 - согнуть правую ногу в колене, покачать вправо -</p>	<p>4-6 раз</p>	<p>Упражнения в расслаблении, способствующие формированию правильной осанки.</p>

	<p>влево"</p> <p>3-4 -</p> <p>расслабить ногу.</p> <p>То же, с</p> <p>левой ногой.</p>		
<p>Заключительная часть</p>	<p>10.И. п.</p> <p>стоя на</p> <p>четвереньках.</p> <p>1-2 - не</p> <p>отрывая рук и</p> <p>коленей от пола,</p> <p>сделать</p> <p>"круглую" спину</p> <p>- выдох"</p> <p>3-4 - вдох.</p>	<p>4-6</p> <p>раз</p>	<p>Дыхательные</p> <p>упражнения,</p> <p>способствующие</p> <p>формированию</p> <p>правильной</p> <p>осанки.</p>
	<p>11.И. п.</p> <p>стоя, руки</p> <p>вперед.</p> <p>1 -</p> <p>медленно отвести</p> <p>руки в стороны;</p> <p>2 - назад -</p> <p>голову назад -</p> <p>вдох;</p> <p>3-4 -</p> <p>скрестить руки</p> <p>на груди,</p> <p>наклониться</p> <p>вперед - выдох.</p>	<p>4-6</p> <p>раз</p>	<p>Упражнения</p> <p>для увеличения</p> <p>подвижности</p> <p>позвоночника</p>