

Узагальнення літературних матеріалів та передової практики засвідчує, що лише рухову діяльність під час рекреації, спрямовану на забезпечення оздоровлення та активний відпочинок, можна вважати найкращим засобом підвищення функціональних резервів організму, зниження ризику розвитку хронічних захворювань, формування здоров'я людини шляхом її залучення до здорового способу життя, де вказана рухова діяльність є основним і генерувальним чинником [3].

Враховуючи вищевикладене, можна зробити висновок, що оздоровчо-рекреаційна діяльність є одним з видів дозвіллевих практик, що спрямована на відновлення життєвої енергії, захисних сил організму та збереження і зміцнення здоров'я. Такі методи і способи оздоровлення дають змогу відпочити, оздоровитися, поспілкуватися з однолітками, отримати позитивні емоції, які добре позначатимуться на здоров'ї людини.

Література

1. Андрєєва О. В. Історичні, теоретико-методологічні засади рекреаційної діяльності різних груп населення / Слобожанський науково-спортивний вісник, 2015. № 2 (46). С. 19–23.
2. Круцевич Т. Ю., Безверхня Г. В. Рекреація у фізичній культурі різних груп населення: навч. посібник. К.: Олімп. л-ра, 2010. 370 с.
3. Factors which determine the involvement of elderly people to health and recreational physical activity / Olena Andreeva, Aanna Hakman, Larisa Babalatska. Trends and perspectives in physical culture and sports. Suchava, 2016. P. 41–47.

Шендрик А., магістрант групи 501-ФС
Національний університет

«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

Синиця Т. О., к.фіз.вих., доцент кафедри фізичної культури та спорту

Національний університет

«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

ПОСТАВА ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Питання порушень постави серед дітей молодшого шкільного віку детально описані в працях вітчизняних і зарубіжних авторів. Проте, ця проблема залишається актуальною і в даний час, викликаючи інтерес фахівців в області фізичної культури.

Постава має нестійкий характер в період посиленого росту тіла дитини, що припадає на молодший шкільний вік. Це пов'язано з неодноразовим розвитком кісткового, суглобово-зв'язкового апаратів і м'язової системи дитини. Кістки і м'язи збільшуються у довжині, а рефлекс статички ще не пристосувалися до цих змін [3]. Створення загальноосвітніх шкіл нового типу веде до перевантажень дитячого організму через збільшення тривалості занять і об'єму навчального матеріалу [1, 4]. Сумарний об'єм знань, який отримують

учні у сучасній українській школі набагато перевершує їх можливості його засвоєння, що веде до погіршення стану здоров'я дітей. Зокрема, це є причиною виникнення відхилень від нормальної постави. Вже через рік після початку навчання у школі кількість дітей з поганою поставою значно збільшується [3].

В ортопедії прийнято розрізняти наступні види постави:

- правильна (нормальна) постава;
- порушена (дефектна) постава.

Правильна постава має свої певні характеристики, що чітко відрізняють її від порушеної постави. Так, З. П. Ковалькова вважає, що при правильній поставі сагітальні вигини хребта гармонійно розподілені, голова піднята, плечі злегка відведені назад, груди видаються вперед, живіт підтягнутий, ноги прямі, руки вільно розігнуті [6].

Відхилення від нормальної постави виникають при наявності захворювань хребта і інших органів опорно-рухового апарату. У цих випадках патологія постави є симптомом основного ортопедичного захворювання. У більшості ж випадків дефекти постави зустрічаються у дітей у зв'язку з порушенням умов її формування, як анатомічних, так і фізіологічних. В цьому випадку дефект постави не може розглядатися як захворювання, проте, створює умови для прояву інших патологічних чинників.

Дефектна постава створює умови для прояву захворювань хребта і інших органів опорно-рухового апарату, що приводять до розладів діяльності внутрішніх органів. У дітей з порушеннями постави понижена життєва ємкість легень, зменшена екскурсія грудної клітки і діафрагми, що несприятливо відбивається на діяльності серцево-судинної і дихальної систем. Порушенню нормальної діяльності органів черевної порожнини сприяє слабкість м'язів живота. Зниження ресорної функції хребта у дітей з плоскою спиною спричиняє постійні мікротравми головного мозку під час ходьби, бігу і інших рухів, що негативно позначається на вищій нервовій діяльності, супроводжується швидким настанням втоми, а нерідко і головними болями [3, 4].

Лікувальна фізична культура як клінічна дисципліна є частиною системи фізичного виховання, пов'язаної з особливими завданнями виховання дітей, що мають відхилення у стані здоров'я, зокрема, у порушенні постави.

До засобів лікувальної фізичної культури відносять: фізичні вправи, рухливі ігри, масаж і загартування [2, 4].

Постава залежить від ряду анатомічних, фізіологічних і соціальних чинників. До анатомічних чинників, що визначають поставу дитини, відносяться форма хребта, його розташування щодо передньої серединної осі тіла, вираженість фізіологічних вигинів, наявність деформацій, розвиток мускулатури. Останній з названих чинників вважається провідним. До фізіологічних чинників, що впливають на поставу, відносяться темпи і характер індивідуального розвитку рухових навиків і статичних реакцій, застосування як тренувальна дія спеціальних фізичних вправ для постави і систематичність їх використання. Постава дитини може змінитися, не дивлячись на відносну стабільність анатомічних чинників, оскільки є динамічним стереотипом. Вона

може покращитися в процесі спеціальних фізкультурних занять, але вона може і погіршитися при порушенні стереотипу, наприклад при зміні режиму, у зв'язку зі вступом до школи, в період статевого дозрівання та ін. [5].

Частота порушень постави у школярів значно зростає при недоліках педагогічної дії в дошкільному віці, оскільки з початком навчання в школі в режимі дня дітей, а значить, і діяльності всіх систем організму, відбувається значна перебудова [1, 2].

Виходячи з викладеного вище за аналіз понять нормальної і дефектної постави, а також змін фізіологічних вигинів хребта, при нормальній поставі молодшого школяра голова і тулуб розташовані вертикально, плечі горизонтальні, лопатки притиснуті до спини. Фізіологічні вигини хребта помірно виражені, лінія остистих відростків розташована по середній лінії. Випинання живота зменшене, але передня поверхня черевної стінки розташована наперед від грудної стінки. Наголошується різниця у куті нахилу тазу у хлопців і дівчат 28–31 [4].

Література

1. Верітов О., Макарова Е., Гузій О. Підходи щодо профілактики і корекції порушень опорно-рухового апарату дітей, які активно займаються спортивними одноборствами / Спортивна наука України, 2012. № 4 (48). С. 10–18.
2. Кашуба В. А. Биомеханика осанки. К.: Олимпийская литература, 2003. 280 с.
3. Кашуба В. А., Попадюха Ю. А. Биомеханика просторової організації тіла людини. Сучасні методи та засоби діагностики і відновлення порушень. К., 2018. 768 с.
4. Тимошенко Н. В. Поняття і види порушення постави у підлітків / Медсестринство, 2017. № 1. С. 62–64.
5. Шарманова С. Б., Федоров А. И., Калугина Г. К. Формирование навыка правильной осанки у детей дошкольного и младшего школьного возраста / Начальная школа, 2002. № 5. С. 14–19.
6. <https://studopedia.org/10-20042.html>