

БЕЛОВ ВАСИЛИЙ ГЕОРГИЕВИЧ

доктор медицинских наук, доктор психологических наук,
профессор кафедры консультативной психологии и психологии здоровья
Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы,
belv1@yandex.ru

VASILIIY BELOV

M.D., D.Sc. (Psychology), Professor, Department of Counseling Psychology and Health Psychology,
St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work

ДАВТЯН ЕЛЕНА ЮРЬЕВНА

заведующая детским садом № 95 Калининского района Санкт-Петербурга,
my-internety@yandex.ru

YELENA DAVTYAN

Head of the Kalininskiy District Kindergarden № 95

УДК 159.9

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО
ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ ОСАНКИ**

**PSYCHOLOGICAL FEATURES OF CHILDREN OF SENIOR PRE-SCHOOL AGE
WITH VIOLATION OF POSTURE**

Аннотация. Полученные авторами статьи данные свидетельствуют о том, что нарушение осанки оказывает влияние на психологические особенности ребенка старшего дошкольного возраста. Таким детям, по сравнению с детьми без нарушения осанки, свойственны более негативные показатели личностных отношений, отрицательные эмоции — горе, обида, злорада, скука, а также ценностные ориентации, направленные на компенсацию и проявляющиеся в большем стремлении к чтению. Приписывание в одном и том же цвете показателей негативных и позитивных эмоций говорит об амбивалентности и недифференцированности эмоциональной сферы у ребенка с неправильной осанкой.

ABSTRACT. This article is devoted to the study of psychological features of children of senior pre-school age with violation of posture. Data indicates that violation of posture affects psychological features of children of senior pre-school age. Authors reveal that children with violation of posture have more negative indicators in personal relationships, more negative emotions, manifested in grief, resentment, anger, boredom, as well as value orientations, aimed at compensation and manifested in greater desire to read, compared to children without violation of posture. Moreover, children with violation of posture tend to attribute indicators of positive and negative emotions in the same colour, which indicates their ambivalence and lack of differentiation of the emotional sphere.

Ключевые слова: осанка, сколиоз, старший дошкольный возраст, дезадаптация.

KEYWORDS: posture, scoliosis, preschool age, maladjustment.

Более 80% детей дошкольного и младшего школьного возраста сегодня имеют различные нарушения осанки [1; 2; 5; 7–10]. По сравнению с шестидесятью годами прошлого столетия число таких детей увеличилось в три раза [1; 2; 9; 11; 12]. Это явление, судя по результатам многих исследований, носит характер вселенской беды и сопоставимо с трендом акселерации в 1960-х и 1970-х [2–4; 6; 9]. По данным В. В. Косс в России 86% школьников имеют нарушения осанки, сочетающиеся с изменениями различных органов и систем, таких как

сердечно-сосудистая, дыхательная, пищеварительная и др. [7; 10; 13]

В среднем четыре ребенка из пяти имеют изменения со стороны опорно-двигательного аппарата. Почти каждый третий ребенок имеет признаки соединительно-тканых дисплазий [2; 5–7]. Недостаточная эффективность оздоровительных мероприятий при нарушениях осанки многими исследователями объясняется отсутствием объективных патогенетически обоснованных корригирующих технологий, неоправданно «щадящими»

методиками физической реабилитации и недостаточным разнообразием используемых современных подходов. Различия в методиках зачастую противостоят друг другу [1; 3–7; 9; 10].

Многочисленные научные труды и научно-методические разработки по вопросам профилактики, устранения нарушений осанки и их результаты до настоящего времени не позволяют эффективно справиться с неуклонно растущей численностью детей с различными нарушениями осанки; сохраняется научно-практическая актуальность дальнейших исследований.

Таким образом, проблема нарушения осанки у детей дошкольного возраста является чрезвычайно важной, что и определило выбор темы данной работы.

Целью нашего исследования было выявление психологических особенностей детей старшего дошкольного возраста с нарушениями осанки.

Материалы и методы. Были обследованы 40 детей в возрасте 6 лет, из них 15 с нарушениями осанки (1-я группа) и 15 без нарушения (2-я группа). База исследования: детский сад для слабовидящих детей №95 Калининского района Санкт-Петербурга.

Для решения задач исследовательской работы были выбраны следующие методики [11; 12]:

1. Методика «Оценка статического равновесия» (автор Н. А. Ноткина).

Методика позволяет определить способность сохранять статическое равновесие ребенком.

2. Методика «Домики» (автор О. А. Орехова) [12].

С помощью методики определяются присущие детям личностные отношения, социальные эмоции и ценностные ориентации.

3. Методика «Графический диктант» (автор Д. Б. Эльконин) [12].

Методика предназначена для исследования ориентации в пространстве и волевой регуляции. С ее помощью также определяется умение внимательно слушать и точно выполнять указания взрослого, правильно воспроизводить заданное направление линии, самостоятельно действовать по указанию взрослого.

В ходе статистической обработки результатов исследования осуществлялся расчет средних арифметических значений, стандартного отклонения, стандартной ошибки среднего значения, расчет *U*-критерия Манна—Уитни в группах детей старшего дошкольного возраста (с нарушениями осанки (1-я группа) и без нарушения осанки (2-я группа)) для уточнения достоверности различий показателей в выделенных группах, а также корреляционный анализ по Спирмену для оценки взаимосвязи показателей.

Экспериментальные материалы, полученные в ходе исследования, подвергались статистической обработке по стандартным программам для персональных компьютеров *STATISTICA-6*.

Результаты и их обсуждение. Осанка — это привычная поза непринужденно стоящего человека без активного мышечного напряжения. Правильная осанка обеспечивает оптимальные условия

для функции всех органов и систем организма как единого целого. Осанка человека зависит от ряда анатомических, физиологических и социальных факторов. К анатомическим факторам, определяющим осанку ребенка, относятся форма позвоночника, его расположение относительно передней срединной оси тела, выраженность физиологических изгибов, мышечные деформации. Как функция позвоночника и его строение, так и осанка зависят от расположения в пространстве таза, от угла наклона. При увеличении угла наклона таза усиливается поясничный лордоз. Живот выпячивается вперед. К важным анатомическим факторам относятся связи позвоночника, пояса верхних конечностей и тазового. Кроме того, на осанку влияет развитие мускулатуры.

К физиологическим факторам, обуславливающим формирование осанки, относятся темпы и характер индивидуального развития двигательных навыков и статических реакций, применяемые в качестве тренирующего воздействия специальные физические упражнения для укрепления осанки и систематичность их использования, а также уравновешенность основных нервных процессов возбуждения и торможения. С точки зрения физиологических закономерностей осанка ребенка является динамическим стереотипом, т. е. комплексом выработанных и взаимодействующих условных рефлексов в определенной внешней среде. Поэтому осанка ребенка может меняться, несмотря на относительную стабильность анатомических факторов.

В дошкольном возрасте большое значение приобретает выработка правильной осанки в положениях стоя и сидя. Начиная с младшего дошкольного возраста необходимо следить за правильным развитием у ребенка статико-динамических функций.

Функциональная лабильность связочного аппарата позвоночника, высокая подвижность последнего также являются факторами, затрудняющими формирование нормальной осанки у детей старшего дошкольного возраста.

Нередко отклонения возникают при наличии заболеваний позвоночника и других органов опорно-двигательного аппарата. В этих случаях патология осанки — это симптом основного ортопедического заболевания. Чаще всего дефекты осанки у детей связаны с нарушениями условий ее формирования (анатомические и физиологические факторы) и могут рассматриваться как заболевание. Влияя на организм растущего ребенка, дефектная осанка создает условия для проявления других патологий. Проблемы с осанкой необходимо устранять в связи с неблагоприятными условиями функционирования внутренних органов у такого ребенка. Поэтому дефекты осанки столь часто встречаются у детей с хроническими бронхолегочными заболеваниями, болезнями мочевыводящей системы, а также при других заболеваниях внутренних органов.

Дефекты осанки могут быть в сагиттальной и фронтальной плоскостях.

В сагиттальной плоскости различают следующие варианты нарушения осанки:

I. Дефекты осанки с увеличением физиологических изгибов позвоночника:

1. Круглая спина.

При осмотре сбоку бросается в глаза дугообразный увеличенный грудной кифоз, равномерно усиленный на всем протяжении грудного отдела позвоночника. Поясничный лордоз при этом может быть несколько сглажен. Плечи опущены, лопатки не прилегают к спине. Голова наклонена вперед. При тотальном кифозе ребенок сохраняет устойчивое положение тела при согнутых в коленях ногах. Для круглой спины, в меньшей мере для сутуловатости, характерны западание грудной клетки и утолщение ягодич. Мышцы туловища ослаблены, поэтому принятие правильной осанки возможно лишь на короткое время.

2. Кругловогнутая спина.

Все изгибы позвоночника у детей с таким дефектом осанки увеличены, угол наклона таза выше физиологической нормы. Голова, шея, плечи наклонены вперед, живот выступает и свисает. Колени максимально разогнуты, может наблюдаться рекурвация (избыточное разгибание) коленных суставов. Мышцы задней поверхности бедер, прикрепляющиеся к седалищному бугру, ягодичные мышцы растянуты и истончены. Из-за дряблости и функциональной несостоятельности брюшного пресса могут наблюдаться изменения взаиморасположения органов брюшной полости.

II. Дефекты осанки с уменьшением физиологических изгибов позвоночника:

1. Плоская спина.

Все изгибы сглажены, поясничный лордоз едва намечен и смещен кверху, угол наклона таза уменьшен. Грудной кифоз при этом варианте нарушения осанки выражен плохо, грудная клетка смещена вперед. Живот в нижней части выдается вперед. При плоской спине скелетная мускулатура плохо развита, мышцы туловища и спины истончены.

Большинство исследователей считают, что плоская спина — вариант функциональной неполноценности мускулатуры. Недостаточная мышечная тяга не обеспечивает увеличение наклона таза и формирование физиологических изгибов позвоночника. При плоской спине чаще, чем при других аномалиях осанки, развивается сколиоз [1; 2; 7; 13].

2. Плосковогнутая спина.

При данном дефекте уменьшается грудной кифоз при нормальном или несколько увеличенном лордозе. Грудная клетка узкая, мышцы живота ослаблены. Угол наклона таза увеличен — он как бы несколько опрокинут вперед и сдвинут сзади, поэтому при осмотре такого ребенка сбоку бросаются в глаза подчеркнутый лордоз, отстоящие сзади ягодичи и выступающий, отвисающий книзу живот.

Дефекты во фронтальной плоскости.

Они не подразделяются на отдельные виды. Если вовремя не использовать корректирующие упражнения при нарушении осанки, то это может привести к I стадии, а в дальнейшем и ко II, III и IV стадиям сколиотической болезни (сколиозу). Под сколиозом понимается деформация позвоночника, характеризуется его боковым искривлением. По мере его прогрессирования и увеличения

степени деформации позвоночника во фронтальной плоскости, происходит искривление и в сагиттальной плоскости, а также скручивание вокруг вертикальной оси.

Таким образом, сколиотическая болезнь — это не локальное искривление позвоночника, а общее тяжелое заболевание, вовлекающее в патологический процесс все наиболее важные системы и органы человека. Для нее характерны нарушения срединного расположения линий остистых отростков позвоночника и смещение его в вертикальном положении ребенка вправо или влево. Боковое отклонение позвоночника при функциональных нарушениях осанки не стойкое, оно может быть исправлено волевым напряжением мускулатуры. При дефекте осанки в боковом направлении нарушается симметричное расположение тела и конечности относительно позвоночного столба: голова наклонена вправо или влево, плечи на разной высоте. Пояс верхних конечностей весь расположен асимметрично: лопатки на разных уровнях, асимметричны и треугольники талии. При функциональных нарушениях осанки во фронтальной плоскости имеется асимметрия мышечного тонуса на правой и левой половинах туловища, а также снижение общей и силовой выносливости мышц.

Помимо этого значительную роль в нарушении осанки играет внешняя среда. К таким факторам относятся:

- удержание родителями ребенка за одну руку на прогулке, что способствует формированию поясничного сколиоза;

- привычка спать на одном боку;
- мягкая постель, высокая подушка (боковое искривление позвоночника);
- ношение тяжестей в одной (так наиболее удобно) руке;

- неправильная осанка в детском саду и дома, кроме того, длительное сидение неблагоприятно влияет на ребенка, поскольку ослабляет связочно-мышечный аппарат и понижает его сопротивляемость к различным статическим отягощениям.

Утомляясь, ребенок теряет способность поддерживать необходимое для прямого положения тела сокращение разгибателей спины. Возникает условный рефлекс, сопровождающийся принятием неправильной позы.

Привычки, отрицательно влияющие на правильную осанку:

- привычка стоять с опорой на одну и ту же ногу, таз при этом принимает косое положение, а позвоночник всегда бывает изогнут в одну сторону;

- неправильная походка с опущенной головой, свисающими плечами, согнутыми спиной и ногами;

- привычка читать на боку;
- длительная езда на велосипеде;
- некоторые подвижные игры, связанные со стоянием и прыжками на одной ноге;
- неправильная одежда и обувь.

Основной причиной нарушения осанки являются погрешности в воспитании. Осанка не бывает врожденной — она формируется в течение всего дошкольного детства и закрепляется в школьном

возрасте. Систематические и целенаправленные занятия физическими упражнениями укрепляют опорно-двигательный аппарат ребенка.

Учет клинических и психологических особенностей детей с нарушениями осанки является важной предпосылкой для разработки адекватной программы реабилитации и может способствовать повышению эффективности лечения, снижению уровня инвалидности, успешной интеграции больного ребенка в общество. Актуальность этой задачи повышается в связи с тем, что в последнее время увеличивается число детей и подростков, страдающих сколиозом.

По данным немногочисленных отечественных и зарубежных исследований на эту тему, при наличии физической неполноценности вследствие различных заболеваний, в том числе и ортопедических, у детей наблюдаются существенные личностные нарушения. На формирование личности больного сколиозом отрицательно сказывается сложный комплекс психогенных факторов: психическая депривация (сенсорная, социальная, эмоциональная), неблагоприятная микросредовая обстановка с постоянной психогенной травматизацией из-за физической неполноценности, причем это отрицательное влияние заключено не только в самом дефекте, но и в болезненном реагировании окружающих, особенно родителей (воспитание по типу гиперопеки), частом пребывании ребенка в больнице или санатории, разнообразных хирургических вмешательствах. Психическое состояние ребенка в значительной степени обусловлено и тяжестью двигательного дефекта, в результате чего у него развиваются такие черты, как замкнутость, эмоционально-волевой инфантилизм, эгоцентризм. Как правило, это дети с сохранным интеллектом, имеющие возможности социальных контактов и потребности в них. Поэтому изучать психологические особенности детей с нарушениями осанки очень важно.

Наше исследование мы начали с оценки влияния пола в двух группах — детей старшего дошкольного возраста с нарушением осанки и без нарушения осанки. Достоверных различий здесь выявлено не было (рис. 1).

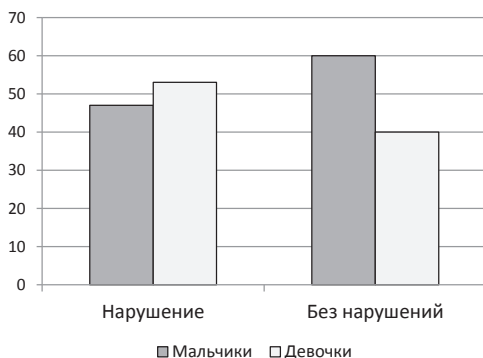


Рис. 1. Пол детей из групп с нарушениями осанки и без нарушения осанки (в %)

Мальчиков в 1-й группе было 47% (7), девочек — 53% (8), а во второй — мальчиков 60% (9), а девочек — 40% (6).

Таким образом, пол старших дошкольников не оказывает достоверного влияния на нарушения осанки у детей.

Результаты оценки статического равновесия у детей с нарушениями осанки и детей без нарушения отражены на рис. 2.

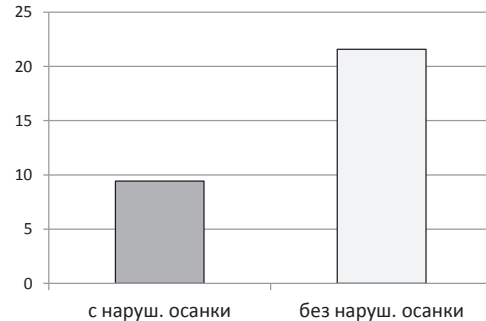


Рис. 2. Статическое равновесие у детей из групп с нарушениями осанки и без нарушения осанки

Оказалось, что дети из группы без нарушения осанки, по сравнению с теми, у кого есть нарушения, имеют достоверно более высокий показатель статического равновесия. Это может быть связано с тем, что трудности поддержания равновесия тела у детей с нарушениями осанки могут усугубляться слабым развитием мышечного корсета, который удерживает положение центров тяжести масс тела, избыточной гибкостью, замедленными и недостаточно координированными движениями.

Для того чтобы органы движения слушались приказаний мозга и точно выполняли то, что ему требуется, нужно, чтобы мозг имел *непрерывный контроль* за ходом движения. Это значит, что органы чувств (или рецепторы) должны все время сигнализировать мозгу о том, как протекает предпринятое движение, и обеспечить этим возможность немедленно вносить в него требуемые поправки (*коррекции*). Всего *одна лишняя степень свободы* подвижности сверх той, которая соответствует движениям по неизменному пути и без которой вообще нет подвижности, — и это уже означает *безграничную свободу для выбора движений*. Поэтому для управляемости каждая лишняя степень свободы должна быть обуздана соответственной подходящей сенсорной коррекцией. Очевидно, что рецепторы способны осветить мозгу в первую очередь самые существенные стороны каждого движения, т.е. те стороны, неправильное выполнение которых приведет не просто к разлаживанию движения, а к его полному срыву.

Таким образом, дети без нарушения осанки могут достоверно больше удерживать равновесие, чем дети с нарушением осанки. Это может быть связано с различным тонусом мышц и дискоординацией у детей с отклонениями от нормы.

Результаты выполнения методики по волевой регуляции и ориентации в пространстве у детей из двух групп отражены на рис. 3.

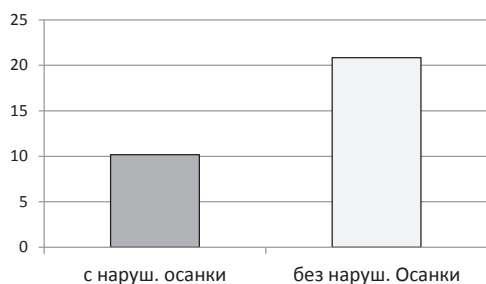


Рис. 3. Ориентация в пространстве и волевой контроль у детей из групп с нарушениями осанки и без нарушения осанки (по методике «Графический диктант»)

По полученным данным, дети с нарушениями осанки, по сравнению с детьми без нарушения, имеют достоверно более низкие показатели ориентации в пространстве, волевой регуляции, таких качеств, как сознательный контроль над своими действиями, умение преодолевать трудности, прогнозировать свое поведение.

Таким образом, дети с нарушениями осанки склонны менее внимательно слушать, менее точно выполнять указания взрослого и воспроизводить заданное направление линии, хуже способны действовать самостоятельно по правилу и указанию взрослого, прогнозировать учебные действия, контролировать осуществление операций.

Результаты выполнения методики «Домики» отражены на рис. 4.

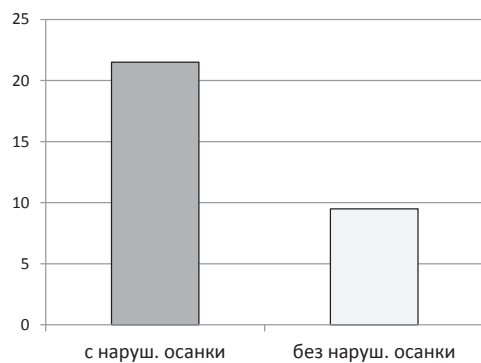


Рис. 4. Показатель инверсии у детей из групп с нарушениями осанки и без нарушения осанки (по методике «Домики»)

Выяснилось, что у детей с нарушениями осанки достоверно более высокий показатель инверсии по методике «Домики», чем у детей без такого нарушения.

У детей с нарушениями осанки чаще наблюдается недостаточная дифференциация социальных эмоций, характерны инверсии в эмоциональных блоках базового комфорта, личностного роста, межличностного взаимодействия, конструктивности отношений, познавательного блока.

Перечисленные блоки разнородны, следствия их инверсий различны. Инверсия в блоке базового комфорта отражает базовый дискомфорт, который

свидетельствует о дезадаптации. Инверсия в блоке личностного роста отражает прекращение саморазвития. Инверсия в блоке межличностного взаимодействия означает неспособность к установлению и поддержанию межличностных контактов. Инверсия в блоке конструктивности отношений приводит к актуализации агрессии. Инверсия в познавательном блоке говорит о снижении познавательной активности.

По сравнению с детьми без нарушения осанки, дети с ее нарушением демонстрируют достоверно более высокий показатель амбивалентности по методике «Домики» (рис. 5).

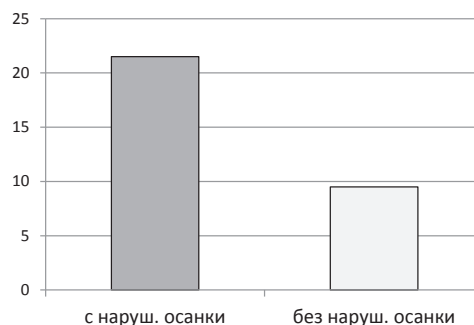


Рис. 5. Показатель амбивалентности у детей из групп с нарушениями осанки и без нарушения осанки (по методике «Домики»)

Таким образом, для детей с нарушениями осанки эмоциональная сфера с проявлением амбивалентности эмоций выражается в однозначности эмоционального отношения к позитивным и негативным эмоциональным категориям. При этом для них характерна низкая дифференциация эмоций.

Показатель выборов по методике «Домики» у детей с нарушениями осанки достоверно более низкий, чем у группы без нарушения (рис. 6).

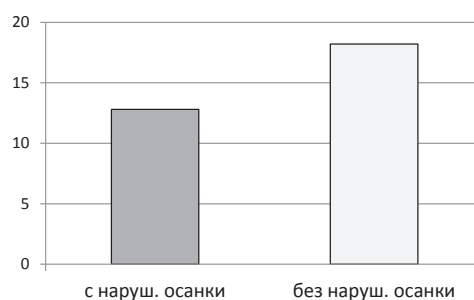


Рис. 6. Показатель выборов у детей из групп с нарушениями осанки и без нарушения осанки (по методике «Домики»)

Так, для детей с нарушениями осанки более характерны выборы, свидетельствующие об их склонности к социально-психологической дезадаптации, что проявлялось в постановке на первые позиции дополнительных цветов.

Средние данные по позитивным эмоциональным отношениям методики «Домики» представлены на рис. 7.

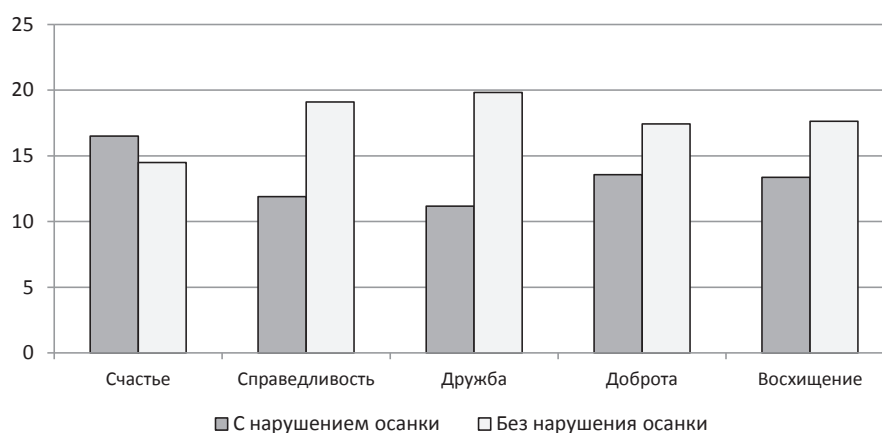


Рис. 7. Показатели по блоку позитивных эмоциональных отношений у детей из групп с нарушениями осанки и без нарушения (по методике «Домики»)

У детей с нарушениями осанки, если сравнивать их с детьми без такого нарушения, отмечают достоверно более высокий показатель «счастье» и достоверно более низкие показатели «справедливость», «дружба», «доброта» и «восхищение».

Дети из группы с дефектами осанки считают себя более счастливыми в силу большего внимания со стороны значимых людей, в то же время они более склонны думать, что в отношении к ним меньше справедливости, им недостает доброты, дружбы и восхищения.

Средние данные по негативным эмоциональным отношениям методики «Домики» представлены на рис. 8.

У детей с нарушениями осанки отмечается достоверно более высокий показатель по всему блоку негативных эмоциональных отношений: горя, обиды, ссоры, злобы и скуки. Получается, они чаще сталкиваются с негативными эмоциями в межличностных отношениях и по отношению к себе. У детей, имеющих проблемы с осанкой, полюс негативных эмоций более выражен, позитивных — сглажен, что при общем фоне более слабой дифференцированности эмоций может рассматриваться как показатель социально-эмоциональной незрелости, худших стартовых возможностей, определяющих решение возрастных задач (начало учебы, расширение социального взаимодействия с разными людьми).

Показатели видов деятельности у детей из групп с нарушениями осанки и без нарушения осанки отражены на рис. 9.

У детей с нарушениями осанки, по сравнению с детьми без нарушения осанки отмечается достоверно более низкие практически все показатели — «наше ОУ», «рисуем», «танцуем», «поем», «считаем», «играем», «наблюдаем природу», «музей» и достоверно высокие показатели по «читаем» и «дифференциация эмоций».

Иными словами, дети с нарушениями осанки менее деятельностно активны. У них менее сформированы потребности в той или иной деятельности, за исключением склонности к чтению.

Таким образом, по сравнению с детьми без нарушения осанки, детям с ее дефектами более свойственны негативные показатели личностных отношений, отрицательные эмоции — горе, обида, злоба, скука. Их ценностные ориентации направлены на компенсацию и проявляются в большом стремлении к чтению. Также для детей с нарушениями осанки характерно приписывание в одном и том же цвете показателей негативных и позитивных эмоций, что свидетельствует об их амбивалентности и недифференцированности эмоциональной сферы.

Результаты корреляционного анализа у детей с нарушениями осанки и без нарушения

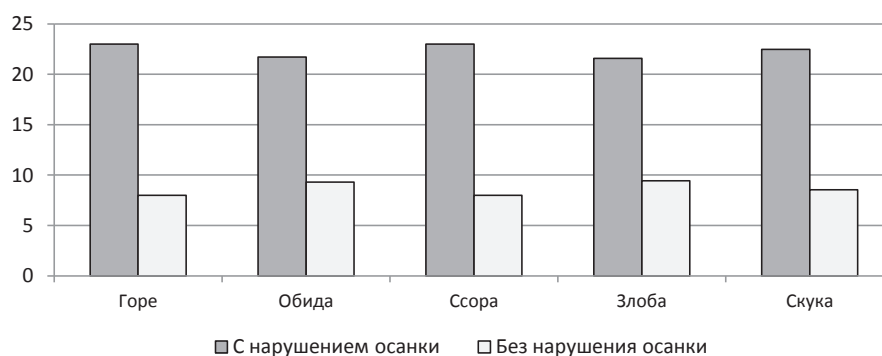


Рис. 8. Показатели по блоку негативных эмоциональных отношений у детей из групп с нарушениями осанки и без нарушения (по методике «Домики»)

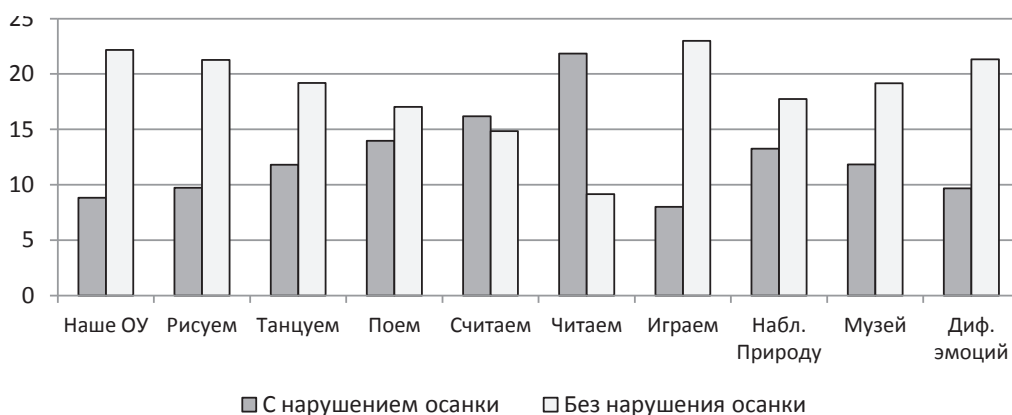


Рис. 9. Показатели видов деятельности у детей из групп с нарушениями осанки и без нарушения

У детей с нарушениями осанки имеются достоверные умеренные прямые связи с «наблюдением природы», «злостью», «счастьем» и достоверные умеренные отрицательные связи с такими показателями, как «музей», «амбивалентность», «рисование», «справедливость», «ссора» и «восхищение».

У детей без нарушения осанки выявлены достоверные умеренные прямые связи с «амбивалентностью», «инверсией», «обидой», «восхищением», а также достоверные умеренные отрицательные связи с «игрой» и «счастьем».

Можно констатировать, что для детей без нарушения осанки характерна дифференцированная эмоциональная сфера, у них ярко выражены предпочтения позитивных эмоций и отвержение негативных.

У детей с нарушениями осанки в эмоциональной сфере амбивалентность сочетается с инверсией эмоций, наблюдается предпочтение (актуализации) негативных эмоций и отвержение позитивных.

Кроме того, по результатам корреляционного анализа выяснилось, что у детей с нарушениями осанки, по сравнению с детьми без ее нарушения, отмечается большее число компонентов в корреляционной плеяде и большее количество связей между показателями, чем в корреляционной плеяде у детей без нарушения осанки. Это, в соответствии с теорией функционального состояния, свидетельствует о большей физиологической цене и большем износе организма детей с нарушениями осанки

и большей их подверженности социально-психологической дезадаптации.

Результаты проведенного нами исследования позволили прийти к следующим выводам.

1. Проблема обучения, воспитания и развития детей 6–7 лет с нарушениями осанки не теряет своей остроты, поскольку данное нарушение встречается все чаще и чаще. Так, в России нарушение осанки выявлено у 80% детей и подростков, частота искривления позвоночника за последние годы увеличилась с 3% до 10%.

2. Выяснилось, что дети из группы без нарушения осанки, по сравнению с детьми с нарушениями осанки, имеют достоверно более высокие показатели статического равновесия и волевой регуляции. Таким образом, дети без нарушения осанки могут достоверно дольше удерживать равновесие и ориентироваться в пространстве на уровне моторики, чем дети с нарушениями осанки.

3. У детей с нарушениями осанки, по сравнению с детьми без такого дефекта, достоверно более высокий показатель «счастье» и достоверно более низкие показатели «справедливость», «дружба», «доброта» и «восхищение». У них также отмечаются достоверно более высокие показатели по всему блоку негативных эмоций (горе, обида, ссора, злость и скука). Получается, дети с нарушениями осанки, по сравнению с детьми без нарушения, чаще сталкиваются с негативными эмоциями

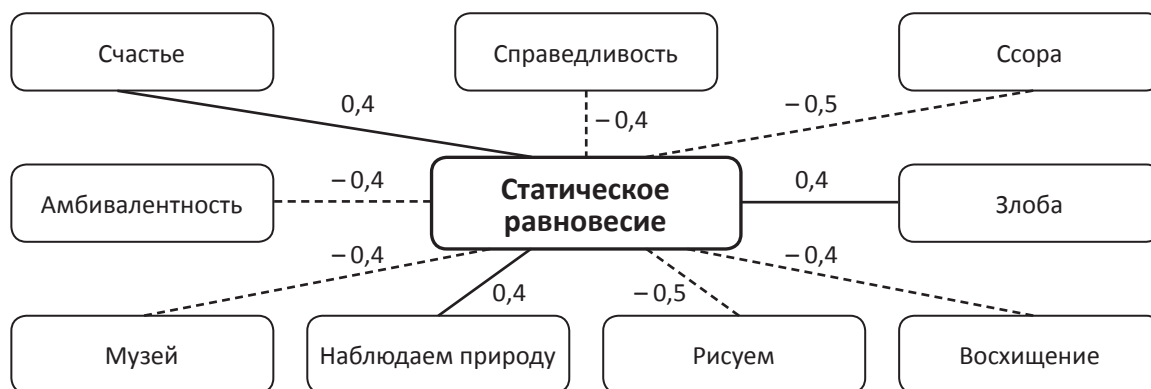


Рис. 10. Взаимосвязь показателей у детей с нарушениями осанки (на рис. указаны только достоверные связи (p<0.05))

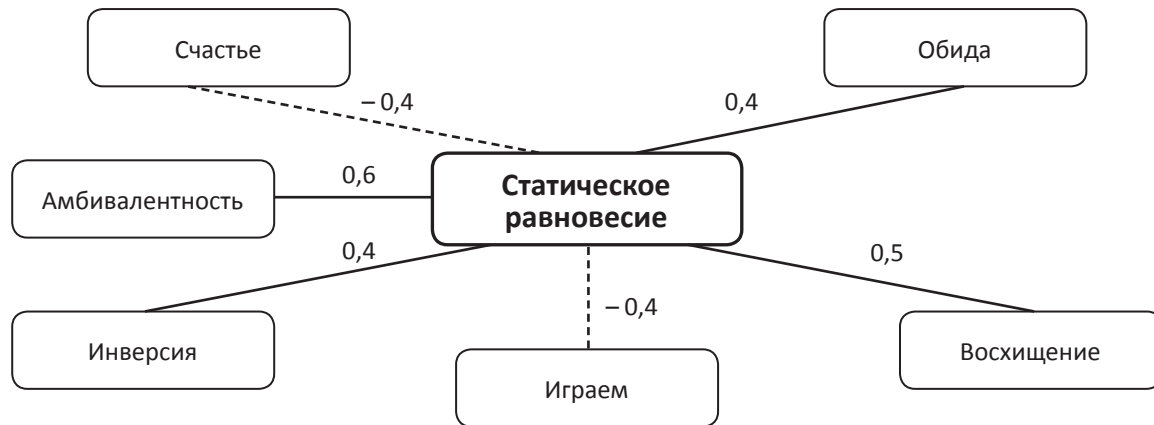


Рис. 11. Взаимосвязь показателей у детей без нарушения осанки (на рис. указаны только достоверные связи ($p < 0.05$))

в межличностных отношениях и по отношению к себе.

4. Дети с нарушениями осанки менее деятельно активны. У них менее сформированы потребности в той или иной деятельности, за исключением склонности к чтению.

5. У детей с нарушениями осанки отмечается большее число компонентов в корреляционной плееде и большее количество связей между показателями, чем в корреляционной плееде у детей без нарушения осанки. Это, в соответствии с теорией функционального состояния, говорит о большей физиологической цене и большем износе организма детей с нарушениями осанки, большей их подверженности социально-психологической дезадаптации.

6. Результаты исследования свидетельствуют о существенном влиянии нарушения осанки на здоровье и эмоциональную сферу детей (равновесие, личностные отношения, социальные эмоции и ценностные ориентации и др.). Поэтому так важно осуществлять эффективную коррекцию нарушений осанки. Один из главных методов лечения нарушений осанки и заболеваний позвоночника — это лечебная физическая культура.

Профилактика нарушений осанки у детей — процесс длительный, требующий от ребенка осознанного отношения и активного участия. Ребенку необходимо неоднократно объяснять (на доступном уровне) и показывать, что такое правильная осанка, что нужно делать для ее поддержания. А дети подготовительных групп уже могут сами характеризовать правильную осанку.

Профилактика нарушений осанки у дошкольников должна осуществляться на занятиях по физическому воспитанию, плаванию, музыкальных занятиях и т. д. Большую роль в формировании правильной осанки у ребенка играют родители. В старших возрастных периодах родителям следует контролировать навыки правильной осанки в быту и различных видах деятельности и отдыха.

Детям необходимо, как минимум, обеспечить условия для формирования правильной осанки (прежде всего речь идет о мерах профилактики ее нарушений и хорошем общем физическом развитии).

Дети должны знать, что такое правильная осанка, как именно надо стоять, сидеть, двигаться не сутулясь, сознательно относиться к своему здоровью и одной из главных его опор — позвоночнику. Нужно довести навык правильной осанки до автоматизма с помощью специальных упражнений — их в арсенале лечебной физической культуры очень много.

Основным средством профилактики нарушения 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 статических позах), так и лечебный (физическая культура и лечебная гимнастика).

Правильный статико-динамический режим предполагает соблюдение следующих условий:

- Постель ребенка должна быть полужесткой, ровной, устойчивой, с невысокой, лучше ортопедической подушкой. Дети ни в коем случае не должны спать на мягком прогибающемся матрасе. Желательно приучать ребенка спать на спине или на боку, но не свернувшись калачиком.

- Приходя из школы, ребенок должен лечь и отдохнуть 1–1,5 часа для того, чтобы нормализовать тонус мышц спины и освободить от нагрузки позвоночник. Только при регулярной смене вертикального и горизонтального положений обеспечивается правильный обмен веществ в межпозвоночных дисках.

- Время непрерывного пребывания в положении сидя не должно превышать 45 минут.

- Ребенок должен ежедневно заниматься оздоровительной или специальной гимнастикой. Минимальная продолжительность занятий — 20 минут, оптимальная — 40 минут.

- Необходимо правильно организовать рабочее место (по крайней мере, в домашних условиях); освещение должно быть рассеянным и достаточным.

- Детская мебель должна соответствовать следующим требованиям:

- 1) высота стола должна быть такой, чтобы расстояние от глаз сидящего ребенка до поверхности

стола была около 30 см. Это легко проверить путем простого теста: если поставить руку на локоть, то средний палец должен доходить до угла глаза;

2) высота стула должна быть такой, чтобы бедро и голень составляли угол 90°;

3) желательна иметь опору для шейного и грудного отделов позвоночника, а также опору для стоп, чтобы не вызывать дополнительного мышечного напряжения при длительных занятиях в статическом режиме.

• Необходимо научить ребенка сидеть в правильной рабочей позе во время письма и чтения (под контролем воспитателей и родителей). Правильная, симметричная установка всех частей тела производится последовательно, начиная с положения стоп:

1) стопы в опоре на полу или на скамейке;

2) колени под стулом на одном уровне (в голеностопных, коленных и тазобедренных суставах ноги должны быть согнуты под прямым или небольшим тупым углом);

3) равномерная опора на обе половины таза;

4) между грудью и столом — расстояние от 1 до 2 см;

5) предплечья симметрично и свободно, без напряжения лежат на столе, плечи симметричны;

6) голова немного наклонена вперед, расстояние от глаз до стола около 30 см;

7) при письме тетрадь повернута на 30°, нижний левый угол листа, на котором пишет ребенок, должен соответствовать середине груди;

8) нужно постоянно бороться с неправильными позами. Так называемое косое положение

плечевого пояса при письме, когда левая рука свешена со стола, или косое положение таза, когда ребенок сидит с ногой, подложенной под ягодицу, или привычка стоять с опорой на одну и ту же ногу, согнув другую в колене; эти и другие неправильные позы приводят к нарушениям осанки.

• Следует освободить ослабленного ребенка, имеющего дефекты осанки, от всяких дополнительных занятий, связанных с длительным сидением или ассиметричной статической позой.

• Не рекомендуется носить тяжести в одной и той же руке.

• Ребенок должен получать правильное и сбалансированное питание, обеспечивающее, в соответствии с возрастом, достаточное поступление пластических и энергетических веществ, макро- и микроэлементов. Характер питания во многом определяет состояние костной ткани, связочного аппарата и «мышечного корсета».

С учетом того, что нарушение осанки у детей — проблема широко распространенная, статико-динамический режим, направленный на предупреждение или устранение нарушений, должен быть под постоянным контролем со стороны родителей и воспитателей.

Выработка и закрепление навыка хорошей осанки происходит и во время выполнения различных общеразвивающих упражнений, при которых обязательно сохраняется правильное положение тела, а также упражнений на равновесие и координацию. Эффективно использование популярных игр на соблюдение осанки.

1. Арсян А. Б. К вопросу о физическом состоянии детей дошкольного и младшего школьного возраста. Ереван, 2010.
2. Алиев В. А., Андреева В. П. Зависимость состояния здоровья от соматотипа школьника // Гигиена и санитария. 2009. № 9. С. 13–16.
3. Белов В. Г., Парфенов Ю. А., Федоренко В. В. и др. Досуговая деятельность как проявление социальной активности // Ученые записки Университета им. П. Ф. Лесгафта. 2010. № 2 (60). С. 26–32.
4. Белов В. Г., Дмитриев М. Г., Апалькова И. Ю. Здоровье как основа социально-психологической адаптации человека // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2007. Вып. 1, т. 7. С. 44–47.
5. Белов В. Г., Давтян Е. Ю. Игровая терапия страхов у детей с нарушением зрения // Материалы II Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции «Психологическая адаптация и психологическое здоровье человека в осложненных условиях жизненной среды (18–19 апреля 2013 г.)». Чита: Забайкальский гос. ун-т, 2013. С. 414–417.
6. Белов В. Г., Парфенов Ю. А. Психология кризисных ситуаций: Учеб. пособие. СПб.: Невский институт управления и дизайна, 2010. 175 с.
7. Кулганов В. А., Белов В. Г., Парфенов Ю. А. Основы клинической психологии: Учебник для вузов. СПб.: Питер, 2013. 455 с.
8. Кулганов В. А., Белов В. Г., Парфенов Ю. А. Когда вся жизнь — школа: Учебно-метод. пособие. СПб.: ЭЛМОР, 2013. 173 с.
9. Кулганов В. А., Белов В. Г., Парфенов Ю. А. Консультирование в работе детского практического психолога: Учеб. пособие. СПб.: ЭЛМОР, 2011. 60 с.
10. Кулганов В. А., Белов В. Г., Парфенов Ю. А. Психологическая диагностика и коррекция в работе детского практического психолога: Учеб. пособие. СПб.: ЭЛМОР, 2012. 131 с.
11. Диагностика здоровья. Психологический практикум / под ред. Г. С. Никифорова. СПб.: Речь, 2012. 950 с.
12. Психология здоровья дошкольника / под ред. Г. С. Никифорова. СПб.: Речь, 2010. 413 с.

References

1. Arsyan A. B. *K voprosu o fizicheskom sostoyanii detey doshkolnogo i mladshego shkolnogo vozrasta* [On the question of physical state of children of pre-school and primary school age]. Yerevan, 1990. (In Russian).

2. Aliyev V.A., Andreyeva V.P. Zavisimost sostoyaniya zdorovya ot somatotipa shkolnika [The dependence of health on the somatotype of a school student]. *Hygiene and Sanitation*, 1989, 9, pp. 13–16 (in Russian).
3. Belov V.G., Parfenov Yu.A., Fedorenko V.V., Proskurnina M.V. Dosugovaya deyatelnost kak proyavleniye sotsialnoy aktivnosti [Leisure activities as a manifestation of social activity]. *Uchenye zapiski universiteta imeni P.F. Lesgafta*, 2010, 2 (60), pp. 26–32 (in Russian).
4. Belov V.G. Zdorovye kak osnova sotsialno-psikhologicheskoy adaptatsii cheloveka [Health as the basis of social and psychological adaptation of a person]. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo instituta psikhologii i sotsialnoy raboty — Scientific Notes Journal of St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work*, 2007, 1 (1), pp. 44–47 (in Russian).
5. Belov V.G., Davtyan Ye.Yu. Igrovaya terapiya strakhov u detey s narusheniyem zreniya [Game therapy of fears among visually impaired children]. *Materialy II Vserossiyskoy (s mezhdunarodnym uchastiyem) nauchno-prakticheskoy konferentsii «Psikhologicheskaya adaptatsiya i psikhologicheskoye zdorovye cheloveka v oslozhnennykh usloviyakh zhiznennoy sredy»* [Proc. of the 2nd All-Russian International Scientific and Practical Conference «Psychological Adaptation and Psychological Health of a Person in Extreme Living Conditions»]. Chita: Transbaykal State University Publ., 2013, pp. 414–417 (in Russian).
6. Belov V.G., Parfenov Yu.A. *Psikhologiya krizisnykh situatsiy: Uchebnoye posobiye* [Psychology of crisis situations: Study guide]. St. Petersburg: Nevskii Institute of Management and Design Publ., 2010. 175 p. (In Russian).
7. Kulganov V.A. *Osnovy klinicheskoy psikhologii* [Foundations of clinical psychology]. Kulganov V.A., Belov V.G., Parfenov Yu.A. (eds.). St. Petersburg: Piter Publ., 2013. 455 p. (In Russian).
8. Kulganov V.A., Belov V.G., Parfenov Yu.A. *Kogda vsya zhizn — shkola* [When the whole life is a school]. St. Petersburg: ELMOR Publ., 2013. 173 p. (In Russian).
9. Kulganov V.A., Belov V.G., Parfenov Yu.A. *Konsultirovaniye v rabote detskogo prakticheskogo psikhologa. Uchebnoye posobiye* [Counseling in the work of a child psychologist. Study guide]. St. Petersburg: ELMOR Publ., 2011. 60 p. (In Russian).
10. Kulganov V.A., Belov V.G., Parfenov Yu.A. *Psikhologicheskaya diagnostika i korrektsiya v rabote detskogo prakticheskogo psikhologa. Uchebnoye posobiye* [Psychological diagnostics and correction in the work of a child psychologist. Study guide]. St. Petersburg: ELMOR Publ., 2012. 131 p. (In Russian).
11. *Diagnostika zdorovya. Psikhologicheskyy praktikum* [Health diagnostics. Psychological practicum]. Nikiforov G.S. (ed.). St. Petersburg: Rech Publ., 2013. 950 p. (In Russian).
12. *Psikhologiya zdorovya doshkolnika* [Psychology of health of a pre-school student]. Nikiforov G.S. (ed.). St. Petersburg: Rech Publ., 2010, 413 p. (In Russian).