



**Program „Gimnastyki korekcyjnej
dla uczniów klasy I Szkoły
Podstawowej” przygotowany
w ramach projektu „Szkoła
Podstawowa nr 26 – Nowoczesna
i otwarta”**

nr projektu RPO.03.01.02-20-0270/16

Białystok, czerwiec 2018 r.



Wstęp:

Program przeznaczony jest do realizacji w ramach zajęć pozalekcyjnych dla uczniów klas pierwszych zakwalifikowanych do grupy ćwiczebnej Bk (z wadami postawy).

Na gimnastykę korekcyjną powinny trafiać dzieci zagrożone wadami postawy oraz z lżejszymi wadami tj. korygującymi się w pełni czynnie. Dzieci u których wada postawy spowodowana jest inną dysfunkcją bądź przypadki trudno korygujące się, wymagają opieki poradni rehabilitacyjnej

W okresie szkolnym należy zwrócić szczególną uwagę na dwa etapy krytyczne, gdyż właśnie wtedy powstaje najwięcej wad postawy. Pierwszy z nich przypada na wiek 6 – 7 lat i związany jest z radykalną zmianą dotychczasowego trybu życia dzieci (przebywanie w pozycji siedzącej w ławce) oraz prowadzenie zajęć wychowania fizycznego w klasach młodszych przez nie fachowców, nie sprzyja to kompensacyjnemu oddziaływaniu ruchem na postawę dziecka. Drugi etap krytyczny związany jest ze skokiem pokwitaniowym: dziewczęta 11 – 13 lat, chłopcy 13 – 14 lat. W tym okresie następuje intensywny przyrost długości kończyn dolnych i tułowia, zmiana proporcji ciała, postawę cechuje niedbałość i wiotkość.

Cel główny:

Edukacja zdrowotna uczniów w zakresie zdrowego stylu życia, ze szczególnym uwzględnieniem prawidłowej postawy ciała oraz kształtowania umiejętności ruchowych o charakterze zdrowotnym, przeciwdziałających powstawaniu i pogłębianiu wad postawy. Ograniczenie i likwidowanie czynników ryzyka, które mają wpływ na powstawanie zaburzeń w postawie ciała dzieci.

Cele szczegółowe:

1. Wszechstronny rozwój organizmu.
2. Wytworzenie umiejętności i nawyków prawidłowej postawy przy wykonywaniu ćwiczeń w trakcie zabawy, w domu i szkole.
3. WYROBIENIE wytrwałości posturalnej tj. zdolności długotrwałego utrzymania skorygowanej postawy.



4. Korygowanie wad przez przyswajanie korekcji lokalnych, a następnie globalnych.
5. Wzmacnianie wiary we własne siły i zdolności.
6. Zrozumienie przez ucznia celowości uczenia się i utrwalania zasad i technik ruchu korekcyjnego, na który składa się pozycja wyjściowa, kierunek ruchu i pozycja końcowa.
7. Umożliwienie sprawdzania się w pełnieniu różnych ról związanych z aktywnością fizyczną, rozwijającymi i odkrywającymi uzdolnienia i zainteresowania ucznia, przy akceptacji i udziale rodziny.

Zadania szkoły:

1. Przygotowanie do weryfikacji kart zdrowia ucznia i analiza bilansu 6-latka.
2. Organizacja zajęć i utworzenie grup ćwiczebnych.
3. Tworzenie warunków do podejmowania aktywności ruchowej i wyrażania własnych przeżyć w zabawach, grach i ćwiczeniach korygujących postawę ciała i rozwijanie umiejętności ruchowych.
4. Zapewnienie odpowiednich warunków do harmonijnego rozwoju fizycznego i psychofizycznego oraz zachowań prozdrowotnych.
5. Monitorowanie rozwoju psychomotorycznego dziecka z wadą postawy (test oceniający minimalną siłę mięśni).

Zadania nauczyciela:

Nauczyciel prowadzący gimnastykę korekcyjną powinien uświadomić sobie cel, do którego zmierza. Postępowanie korekcyjne podporządkowane jest następującym założeniom i zasadom:

- Podstawową zasadą korektywnego działania we wszystkich wadach postawy jest zasada selektywnego obciążenia pracą właściwych mięśni.
- Przestrzeganie zasady indywidualizacji, np. poprzez ćwiczenia stacyjne.
- Na zajęciach powinny dominować ćwiczenia symetryczne.



- Stosowane ćwiczenia powinny być dobrane do rodzaju występującej wady, rozwoju fizycznego i psychicznego dziecka, jego sprawności oraz realizowanych celów korekcyjnych.
- Do każdego ćwiczenia należy dobrać odpowiednią pozycję wyjściową.
- Korekcję rozpoczyna się od ćwiczeń w pozycjach izolowanych odciażających kręgosłup, ze stopniowym przejściem do pozycji wysokich.
- W celu podniesienia efektywności ćwiczeń należy maksymalnie ograniczać przerwy między nimi.
- Przerwy między ćwiczeniami powinny być wykorzystywane na odpoczynek po poprzednich ćwiczeniach oraz na wyrównanie i uspokojenie oddechu.
- Obok ćwiczeń dynamicznych należy stosować także ćwiczenia izometryczne.
- Szczególną uwagę należy zwrócić na ćwiczenia gorsetu mięśniowego: klatki piersiowej, mięśni pośladkowych, mięśni brzucha, grzbietu i kończyn dolnych.
- Dobór obciążenia oraz jego wielkość powinny być dostosowane do możliwości wykonywania przez dziecko ćwiczenia z zachowaniem pozycji skorygowanej.
- W czasie zajęć należy przestrzegać zasady stopniowania trudności.
- Nauczyciel prowadzący powinien zwracać szczególną uwagę na poprawność wykonywania ćwiczeń tzn. na przyjęcie i utrzymanie postawy skorygowanej.
- Dzieci należy wdrażać do autokorekcji oraz rozwijać poczucie odpowiedzialności za siebie i innych.

Formy, metody, zasady prowadzenia zajęć oraz środki dydaktyczne:

Zastosowanie w czasie zajęć gimnastyki korekcyjnej różnych form, metod oraz zasad ma na celu osiągnięcie pozytywnych efektów całokształtu działań, a także intensyfikację ruchu, uatrakcyjnianie zajęć, wzrost zainteresowania nimi oraz pogłębienie motywacji. Uczeń powinien rozumieć sens i cel stosowanych ćwiczeń i zabaw korekcyjnych, które mają nie tylko rozwijać potrzeby ruchowe, ale także stanowić źródło wiedzy o sposobach i formach samodzielnego usprawniania się.



Formy prowadzenia zajęć

Dotyczą strony organizacyjnej przebiegu ćwiczeń i są ściśle związane z metodami realizacji zadań. Wybór odpowiedniej formy realizacji planowanych zadań zależy od zaawansowania sprawnościowego dzieci, ich wieku, liczby ćwiczących, miejsca prowadzenia zajęć, możliwości wykorzystania sprzętu i przyborów.

Rodzaje form:

- frontalna,
- zajęć w zespołach,
- zajęć indywidualnych,
- stacyjno – obwodowa,
- ćwiczeń ze współwiczającym.

Metody prowadzenia zajęć

Są to sposoby dochodzenia do celów poprzez stawianie dzieci w sytuacjach zadaniowych, w których uczniowie pod kierunkiem nauczyciela dokonują zmian w strukturze własnego ciała i jego funkcji, zdobywają wiadomości, umiejętności i nawyki w zakresie korekcji swojej wady lub profilaktyki jej powstawania.

1. Metody nauczania pojedynczych ćwiczeń ruchowych:
 - syntetyczna (całościowa),
 - analityczna (nauczania częściami),
 - kombinowana.
2. Metody nauczania ćwiczeń ruchowych w zależności od charakteru i rodzaju postrzegania zmysłowego:
 - oglądowa,
 - słownego ujęcia ruchu,
 - oddziaływania proprioceptywnego (rozwijająca czucie ruchu i położenia części ciała względem siebie),
 - oddziaływania sensorycznego,
 - działania praktycznego.
3. Metody stosowane w zależności od rodzaju zadań:



- odtwórcze: naśladowcza ścisła, zadaniowa ścisła, programowanego uczenia się,
 - usamodzielniające: zabawowo- naśladowcza, zabawowa klasyczna, bezpośredniej celowości ruchu,
 - twórcze: problemowa, ruchowej ekspresji twórczej.
4. Metody wychowawcze:
- wpływu osobistego,
 - wpływu sytuacyjnego,
 - wpływu społecznego, kierowania samowychowaniem.

Zasady prowadzenia zajęć

- zasada nie szkodzić,
- zasada powszechności (wszystkie dzieci z wadami postawy powinny być objęte opieką),
- zasada ciągłości (systematyczności),
- zasada kompleksowości,
- zasada podmiotowego traktowania,
- zasada świadomości i aktywności,
- zasada indywidualnego doboru ćwiczeń postępowania korekcyjnego,
- zasada dostępności (stopniowania trudności),
- zasada współpracy z najbliższym otoczeniem ucznia.

Środki dydaktyczne wykorzystywane na zajęciach gimnastyki korekcyjnej:

- poduszki języki,
- piłki,
- woreczki,
- szarfy,
- chusteczki,
- obręcze,
- ławeczki,
- taśmy,
- pachołki,



- skakanki,
- drabinki,
- materace,
- roller korekcyjny,
- piłki lekarskie,
- dyski do balansowania,
- hula-hop,
- piłeczki ping-pongowe,
- piłki piankowe,
- wałki z kolcami,
- kocyki.

Najczęstsze wady postawy:

Skrzywienia kręgosłupa:

1. **Skolioza** (boczne skrzywienie) - powstaje, gdy dziecko najszybciej rośnie, zwykle między 6 a 24 miesiącem życia, następnie między 5 a 8 oraz 11 a 14 rokiem życia.
Objawy: gdy patrzymy na plecy dziecka z tyłu, widzimy, że kręgosłup nie tworzy linii prostej, ale wykrzywia się w łuki. Najczęściej wygięcia powstają na wysokości lędźwi, na odcinku piersiowym albo szyjnym. Najbardziej widocznym sygnałem skoliozy jest niesymetryczne ułożenie łopatek.
Przyczyny: jest ich sporo - od wad wrodzonych kręgosłupa, złej budowy miednicy, nierównej długości nóg po brak ruchu, noszenie ciężkich toreb i nieprawidłową postawę podczas siedzenia.
2. **Kifoza** (plecy okrągłe) - czyli nadmierne wygięcie kręgosłupa w tył na odcinku piersiowym.
Objawy: dostrzegamy to, obserwując plecy lub profil dziecka. Kifoza to tzw. okrągłe plecy, a nawet garb.
Przyczyny: najczęściej powstaje w efekcie krzywicy lub jako następstwo zgniecenia kręgu, np. na skutek dźwignięcia zbyt dużego ciężaru przez dziecko.
3. **Lordoza** - kręgosłup jest wygięty do przodu na odcinku lędźwiowym.
Objawy: patrząc na profil dziecka, zauważamy, że ma ono wklęsłe plecy i wystający



brzuch.

Przyczyny: jest zwykle wynikiem krzywicy, gruźlicy, porażenia mięśni grzbietu, zwichnięcia biodra, ale również braku ruchu i niebezpiecznych przeciążeń kręgosłupa.

4. **Plecy wklęsło – okrągłe** - w tej wadzie mamy do czynienia ze zwiększoną lordozą lędźwiową i kifożą piersiową.

Objawy: pochylona do przodu głowa i spłaszczona klatka piersiowa.

Przyczyny: Pierwotna przyczyna powstawania pleców wklęsło - okrągłych to najczęściej zwiększony kąt przodopochylenia miednicy.

5. **Plecy płaskie** - to wada postawy w której cechą charakterystyczną jest spłylenie lub zniesienie fizjologicznych krzywizn kręgosłupa oraz zmniejszenie przodopochylenia miednicy. U osób dotkniętych tą wadą obserwuje się także spłaszczenie klatki piersiowej, opadanie i wysunięcie barków ku przodowi. Pojemność i ruchomość klatki piersiowej zazwyczaj jest zmniejszona, a ruchomość kręgosłupa prawidłowa.

Wady klatki piersiowej:

1. **Klatka piersiowa lejkowata** - związana jest z wrodzonym zaburzeniem rozwoju przepony lub nieproporcjonalnym rozrostem chrząstek żebrowych w stosunku do jej elementów. Zmiany w obrębie mostka mogą być symetryczne (jeśli dolna część mostka zapadnięta jest w linii środkowej) lub asymetryczne (gdy są przesunięte w prawą lub lewą stronę). Charakterystyczne są paradoksalne ruchy klatki piersiowej - podczas oddechu zapada się ona, zamiast podnosić. Związane jest to ze spłaszczeniem klatki piersiowej, wysuniętymi do przodu barkami, a także osłabieniem mięśni grzbietu i wiotczeniem mięśni brzucha.
2. **Klatka piersiowa kurza** - występuje rzadziej niż lejkowata klatka piersiowa. W tej wadzie mostek jest wysunięty do przodu.

Patologiczne wady klatki piersiowej są wadami rozwojowymi, których najczęstszą przyczyną jest przebyta krzywica.



Wady kończyn dolnych:

1. **Koślawość kolan** - oś podudzia z osią udową tworzy kąt otwarty na zewnątrz (mówi się, że nogi dziecka ułożone są w literę x). Koślawość fizjologiczna to taka, w której odchylenia od osi są nie większe niż 10-15 stopni, a rozstęp 4-5 cm.

Przyczyny: wrodzona, pokrzywiczna, pourazowa, porażenna lub statyczna czyli związana z przeciążeniem kończyn dolnych

Zapobieganie koślawości kolan to m.in. dbanie o prawidłowe ułożenie nóg podczas siadania.

2. **Szpotawość kolan** – oś podudzia i oś udowa tworzą kąt otwarty do zewnątrz (kolana nie stykają się).

Przyczyny: to najczęściej krzywica i nadmierne przeciążenie statyczne kończyn dolnych.

W początkowym stadium wady kończyn dolnych można wyrównywać.

Wady stóp:

1. **Stopa płaska statyczna** – może być wrodzona lub nabyta. Tę drugą poprzedza płaskostopie czynnościowe, które związane jest z obniżaniem podłużnego sklepienia stopy w związku z niewydolnością statyczno-dynamiczną stopy. Stopa niewydolna mięśniowo jest najłżejszą formą płaskostopia;
2. **Stopa płasko-koślawą** – pięty skręcają na zewnątrz, kostki zbliżają się do siebie od wewnętrznej strony. Jej odwrotnością jest stopa szpotawa - pięty skręcają do wewnątrz;
3. **Stopa wydrażona** – charakteryzuje się tzw. Wysokim podbiciem. Dawniej uważano, że ta wada powstaje samoistnie, dziś mówi się o zaburzeniu równowagi mięśniowej na tle anomalii rozwojowych w dolnym odcinku rdzenia kręgowego;
4. **Stopa płaska poprzecznie** – kości śródstopia są obniżone, a łuk poprzeczny przedni spłaszczony. Często współwystępuje tzw. haluks – paluch koślawy.

Treści programowe uwzględniające poszczególne wady:

1. Plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy wklęsło – okrągłe i plecy płaskie:

- Nauczanie i utrwalanie nawyku prawidłowej postawy.
- Rozciąganie mięśni przykurczonych : ćw. rozciągające mięśnie piersiowe (wielkie i małe) bierne i czynne ćw. rozciągające mięśnie zębate przednie.
- Likwidacja dystonii mięśniowej : ćw. wzmacniające mm prostownika grzbietu odcinka piersiowego i mm karku- ćw. wzmacniające mm ściągające łopatki (czworoboczny, równoległoboczny, najszerszy grzbietu).
- Ćwiczenia oddechowe.
- Ćwiczenia elongacyjne i antygravitacyjne.
- Gry i zabawy.
- Rozciągnięcie grupy mięśni przykurczonych: ćw. rozciągające mm biodrowo-łędźwiowe i proste uda bierne i czynne- ćw. rozciągające mm prostownika grzbietu odcinka lędźwiowego i czworoboczne lędźwi bierne i czynne.
- Wzmocnienie mm osłabionych: ćw. wzmacniające mm brzucha, ćw. wzmacniające mm pośladkowe i kulszowo-goleniowe.
- Kształtowanie nawyku przyjmowania postawy skorygowanej.
- Ćwiczenia elongacyjne i antygravitacyjne.
- Ćwiczenia w pozycji Klappa.
- Wzmocnienie mm rozciągniętych, tj. mm grzbietu odcinka piersiowego i karku, mm brzucha (prostych i skośnych) oraz prostowników stawu biodrowego.

2. Skoliozy:

- Wzmocnienie mm posturalnych ; ćwiczenia wzmacniające mm prostownika grzbietu, karku, ściągające łopatki, brzucha, pośladkowe, kulszowo – goleniowe.
- Ćwiczenia rozciągające mm przykurczone: ćwiczenia elongacyjne bierne i czynne.
- Ćwiczenia ogólnorozwojowe.
- Ćwiczenia elongacyjne i antygravitacyjne.
- Ćwiczenia oddechowe.
- Ćwiczenia w pozycji Klappa.

- Ćwiczenia odruchu prawidłowej postawy ciała. Terapia manualna.
- Gry i zabawy sportowe.

3. **Klatka piersiowa lejkowata i klatka piersiowa kurza**

- Ćwiczenia ogólnorozwojowe.
- Ćwiczenia oddechowe.
- Ćwiczenia specjalne: o charakterze kształtującym, odnoszące się do danego typu wady klatki piersiowej o charakterze wytrzymałościowym, rozwijające sprawność narządów wewnętrznych (biegi, podskoki, rzuty, czworakowanie – w formie gier i zabaw, torów przeszkód itp.)
- Ćwiczenia oddechowe: - akcentujemy fazę wydechu. Wdech wspomagamy pracą ramion o kierunku: bokiem w górę – wdech, przodem w dół – wydech. Kształtujemy przeponowy tor oddechowy Akcentujemy fazę wdechu. Wdech wspomagamy pracą ramion o kierunku : przodem w górę – wdech, bokiem w dół –wydech. Kształtujemy piersiowy tor oddechowy.

4. **Płaskostopie, kolana szpotawe, kolana**

- Ćwiczenia wysklepiające stopę i korygujące ich ustawienie· nauka poprawnego chodu i prawidłowego ustawienia stóp· ćwiczenia wzmacniające mm długie, ćwiczenia wzmacniające mm krótkie stopy i zginacze palców· ćwiczenia rozciągające mm przykurczone (trójgłowy łydki, strzałkowy długi)
- Gry i zabawy.
- Nauka poprawnego stania i chodzenia.
- Ćwiczenia wzmacniające mm rozciągnięte (dwugłowy uda, strzałkowe)
- Ćwiczenia rozciągające mm przykurczone (półścięgnisty, półbłoniasty i itp.)
- Wzmocnienie mm osłabionych (krawieckiego, smukłego, półścięgnistego, półbłoniastego oraz głowy przyśrodkowej m. czworogłowego).
- Rozciągnięcie mm przykurczonych (dwugłowego, pasa biodrowo-piszczelowego)

Metody sprawdzania osiągnięć uczniów:

Test Minimalnej Sprawności Fizycznej Krausa Webera ocenia minimalną siłę mięśniową, przeprowadza się go dwa razy w roku (wrzesień-październik i maj-czerwiec). Test składa się z pięciu prostych prób sprawdzających siłę mięśni oraz z próby oceniającej równowagę. Niewykonanie choćby jednej z prób jest sygnałem, że uczeń ma niedostateczną siłę mięśni i powinien poświęcać więcej czasu na ćwiczenia.

Wyniki poszczególnych prób sprawnościowych dadzą obraz przeciętnej sprawności fizycznej. Ocena sprawności przy pomocy testu jest podpowiedzią, wskazówką i zaleceniem do dalszej pracy z grupą. Jest to pomocne także przy planowaniu i organizacji zajęć.

Opis poszczególnych prób:

1. Siła mięśni brzucha i lędźwi - z leżenia tyłem z ustaleniem stóp i uchwytem karku - przejście do siadu prostego. Za prawidłowe wykonanie próby dziecko otrzymuje 2 pkt. jeżeli dziecku sprawia to problem, podtrzymujemy mu nogi, jeśli wykona poprawnie ćwiczenie otrzymuje 1 pkt.
2. Siła mięśni lędźwi i dolnych mięśni brzucha – z leżenia tyłem z uchwytem karku – wznos wyprostowanych nóg wzwyż o 20 cm i wytrzymanie w tej pozycji przez 10 sekund. Za prawidłowe wykonanie zadania otrzymuje 1 pkt. Jeśli poprawnie wykona zadanie polecamy dziecku opuścić nogi niżej do takiego kąta w którym całe plecy przylegają do podłoża, jeśli utrzyma ta pozycję przez 10 sek. nie odrywając pleców od podłoża przyznajemy 2 pkt.
3. Siła górnych mięśni grzbietu – w leżeniu przodem i chwytem karku (z kocykiem pod brzuchem) – wznos tułowia, barków i głowy do poziomu i wytrzymanie przez 10 sekund – 2pkt. Jeśli ma problem z wykonaniem zadania wówczas przytrzymujemy nogi wtedy otrzymuje 1 pkt.
4. Siła dolnej części grzbietu i pośladków – w leżeniu przodem z położeniem piersi na podłodze, ręce założone za głowę – wznos wyprostowanych nóg i wytrzymanie przez 10 sekund – 2 pkt. Jeśli dziecku sprawia to problem można podtrzymać mu ręce wówczas otrzymuje 1 pkt.



5. Gibkość stawów biodrowych (w tym elastyczność tylnych mięśni uda) – ze stania skłon tułowia w przód palcami rąk należy dotknąć palców stóp, nogi proste w kolanach oraz utrzymać tę pozycję przez 10 sek. – 2pkt. Jeśli dziecko tylko dotknie palcami rąk palców stóp i ma problem z utrzymaniem tej pozycji z wyprostowanymi nogami przez 10 sek. otrzymuje 1 pkt.
6. Dodatkowo oceniamy próbę utrzymania równowagi w staniu jednoonóż – w postawie stojącej dziecko zgina nogę w stawie kolanowym i biodrowym pod kątem 90 stopni i stara się utrzymać tę pozycję przez 30 sek. – 2 pkt. Jeśli utrzyma pozycję przez 10 sek. – 1 pkt.

Przewidywane osiągnięcia (efekty pracy) uczniów klasy I:

1. Wyrównanie niedostatków ruchowych uczniów.
2. Wykształcenie umiejętności przyjmowania i utrzymania prawidłowego układu ciała.
3. Uzyskanie korekcji lokalnych.
4. Wygaszenie istniejącego nieprawidłowego nawyku postawy i wytworzenia nawyku prawidłowego.
5. Wyrobienie umiejętności automatycznego utrzymania postawy skorygowanej w różnych warunkach życia codziennego.

Opracowali: Jolanta Filipiuk, Adam Grabowski