

Nataliia Tsyhanovska
Paulina Kreft
Dariusz W. Skalski

Wpływ aerobiku w wodzie na przebieg procesu korekcji wad postawy ciała w wybranej grupie uczniów z wadami postawy

УДК [615.825:796.412:797.217]-042.3:
[572.511-044.923]-057.874
DOI <https://doi.org/10.24195/artstudies.2025-2.6>

Nataliia Tsyhanovska
Magister wychowania fizycznego i sportu,
kierownik Katedry Fizycznej Kultury i
Zdrowia,
mistrz sportu z gimnastyki sportowej
Charkowska Państwowa Akademia Kultury
ORCID: 0000-0001-8168-4245
SCOPUS: 58350051600

Paulina Kreft
Magister wychowania fizycznego,
adiunkt Akademii Wychowania Fizycznego
i sportu w Gdańsku,
doktorant Lwowskiego Państwowego
Uniwersytetu Kultury Fizycznej
im. Iwana Boberskiego
ORCID: 0000-0002-6474-0601
SCOPUS: 58520628400

Dariusz W. Skalski
Doktor habilitowany nauk pedagogicznych,
kandydat nauk o kulturze fizycznej, inżynier
bezpieczeństwa narodowego, profesor,
Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu
im. Jędrzeja Śniadeckiego,
profesor Lwowskiego Państwowego
Uniwersytetu Kultury Fizycznej
im. Iwana Boberskiego,
profesor Narodowego Uniwersytetu
Gospodarki
Wodnej Zarządzania Zasobami Naturalnymi
ORCID: 0000-0003-3280-3724
SCOPUS: 57194465535

Celem niniejszego opracowania naukowego jest zbadanie wpływu ćwiczeń ruchowych w wodzie na proces korekcji wad postawy ciała dzieci z wadami postawy. Aktywność fizyczna człowieka uwarunkowana jest jego rozwojem fizycznym, psychicznym i kulturowym. Jest ważna w każdym okresie życia. Ograniczenie aktywności fizycznej tworzy ryzyko dla zdrowia dzieci i młodzieży. W dzisiejszych czasach niepokojącym zjawiskiem jest wysoki procent dzieci z wadami postawy i z roku na rok liczba ta rośnie. Powszechnie uważa się, że jedną z ważniejszych przyczyn tego stanu rzeczy jest siedzący tryb życia. Ograniczenie aktywności ruchowej poprzez zainteresowanie uczniów telewizją, komputerami, często wadliwym planem lekcji w szkołach, brakiem odpowiednich warunków do nauki jest przyczyną powstawania wad postawy. Podstawa procesu oddziaływania korekcyjnego w wadach postawy są odpowiednio dobrane ćwiczenia ruchowe w tym w środowisku wodnym.

Słowa kluczowe: aqua, pływanie, ćwiczenia wady postawy

Wstęp

Postawa ciała jest jednym ze wskaźników prawidłowego rozwoju oraz statycznej i dynamicznej sprawności ciała. (Stoliński Ł., Kotwicki T. 2011, 16) Postawa ciała jest nawykiem ruchowym, jest to sposób indywidualnego trzymania się, indywidualnego ukształtowania elementów ciała względem siebie. Postawa ciała to harmonijne i bezwysiłkowe ułożenie poszczególnych elementów postawy w stosunku do osi długiej ciała. Postawa prawidłowa jest takim układem poszczególnych segmentów ciała, których nie dotknęły zmiany patologiczne. Zapewnia optymalną stabilność, nie wymaga dużego wysiłku do utrzymania się jak również stwarza warunki do optymalnego ułożenia narządów wewnętrznych. Postawa wadliwa to wszelkie nieprawidłowości

sposobu trzymania się w pozycji stojącej. Jest wtedy, gdy pewne elementy odbiegają od wzorca postawy poprawnej i odchylenia te są odwracalne. (Jóźwiak M., Kinel E., Lisiński P., Majchrzycki M., Szymczak M. 2015, 360) Często wadom postawy towarzyszy obniżona zdolność funkcjonalna układu oddechowego. Dlatego też w procesie korekcyjnym należy nauczyć dzieci prawidłowego oddychania. (Kopaniarz I, 2003, 42) Ćwiczenia oddechowe mają za zadanie poprawić wymianę gazową w płucach, gdyż znaczna część dzieci oddycha nieumiejętnie – nie wykorzystuje oddychania torem brzuszny. Zadaniem tych ćwiczeń jest poprawienie ruchomości klatki piersiowej, jej kształtu, zwiększenie pojemności życiowej płuc oraz usprawnienie wentylacji płuc. Przy ćwiczeniach oddechowych

należy zwrócić uwagę na wydech, który powinien być pełny i przedłużony. Ćwiczenia oddechowe mogą być wykonywane w różnych pozycjach wyjściowych i mogą być wspomagane poprzez ruchy kończyn i tułowia. Następuje wówczas poszerzenie klatki piersiowej przy wdechu i zwężenie przy wydechu. Ćwiczenia wspomagane zwiększają ruchomość klatki piersiowej. Innym rodzajem ćwiczeń oddechowych są ćwiczenia sterowane polegające na koncentrowaniu uwagi przy oddychaniu na rozprężaniu określonych partii płuc i uwypuklaniu określonych części klatki piersiowej. Ćwiczenia oddechowe oporowe przyczyniają się do rozprężalności tkanki płucnej oraz mobilizacji dodatkowych mięśni oddechowych. Opór może być stawiany zarówno na wdechu jak i wydechu. Ważnym elementem programu korektywy jest pływanie. Ćwiczenia w wodzie pozwalają na uzyskanie odciążenia osiowego stawów, rozluźnienia mięśni, stwarzają doskonałe możliwości rozwoju mięśni grzbietu oraz kończyn górnych i dolnych, a szczególnie mięśni klatki piersiowej. (Przewęda R., Dobosz J. 2003, 11)

Specyfika ćwiczeń ruchowych w środowisku wodnym

Bardzo atrakcyjną formą aktywności ruchowej jest pływanie. Woda dzięki swym szczególnym właściwościom jest często wykorzystywana w leczeniu – w diagnostyce, profilaktyce, terapii. Inna forma leczenia jest hydrokinezyterapia – leczenie ruchem w wodzie. (Kreft P., Skalski D., Mirska I., Kowalski D., Tsyhanovska N., Zarichanska L.O, 2023, 144) Ćwiczenia stosowane w wodzie poprawiają wydolność ogólną, wzmacniają siłę mięśniową, poprawiają wytrzymałość i koordynację nerwowo – mięśniową. Ponadto pływanie i ćwiczenia w wodzie mają korzystny wpływ na proces korekcji wad postawy. (Kreft P., Skalski D., Peczak-Graczyk A., Makar P., Semenova N, 2021, 110) Środowisko wodne zapewnia odciążenie kręgosłupa, sprzyja elongacji, rozluźnieniu mięśni, przez co ułatwia przyjęcie poprawnej postawy. Odpowiednio dobrane ćwiczenia pozwalają likwidować dystonię mięśniową występującą w nieprawidłowej postawie. Pływanie jest bardzo lubianą przez dzieci formą terapii. (Mika T., Kasperczyk W., 2004, 65) Ćwiczenia korekcyjne w wodzie spełniają funkcje kompensacyjną i korekcyjną lecz pływanie korekcyjne spełnia jeszcze wiele innych zadań. Do tych zadań należą: zwiększanie umiejętności pływackich, zmniejszanie napięcia mięśniowego, pobudzanie czucia głębokiego w celu autokorekcji, podnoszenie wydolności organizmu, zwiększanie motywacji działania. (Kasperczyk T. 2002, 56)

Pomimo tak wielu korzyści wynikających z pływania i przekonania co do skuteczności w leczeniu wad postawy bardzo rzadko obecnie postępowanie korekcyjne u dzieci z wadami postawy opiera się wyłącznie na zajęciach z pływania korekcyjnego.

(Łubkowska W. 2015, 240) Dzisiaj podstawową formą zajęć korekcyjnych jest gimnastyka prowadzona w sali gimnastycznej przez specjalistę od gimnastyki korekcyjnej. Pływanie jest jedynie wspomagającą formą postępowania korekcyjnego i jak bardzo ważnym uzupełnieniem. (Kapuścińska E., Kapuściński T, 2003, 27)

Cel badań. Celem badań jest ocena wpływu systematycznych zajęć ruchowych w sali i wodzie na przebieg procesu korekcji wad postawy ciała dzieci zakwalifikowanych do zajęć korekcyjnych.

Materiał i metody badań: Badaną grupę stanowiło 20 dzieci (w tym 10 dziewcząt) w wieku 8 lat, wytypowane w wyniku badań lekarskich na gimnastykę korekcyjną. W miesiącu wrześniu 2023 roku dokonano pomiarów masy i wysokości ciała badanych dzieci i na tej podstawie obliczono wskaźnik Quateletta dla każdego dziecka według wzoru:

$$WQ = \text{masa ciała (kg)} / \text{wysokość ciała (m}^2\text{)}.$$

Dane dotyczące badanej grupy spisane zostały z kart zdrowia dzieci i uzupełnione dodatkowym badaniem postawy ciała metodą punktową Tadeusza Kasperczyka.

Ponadto dokonano pomiarów wytrzymałości siłowej mięśni posturalnych (grzbietu, pośladków i brzucha) Badana grupa uczestniczyła od września 2023 roku w zajęciach gimnastyki korekcyjnej w szkole w ilości dwóch godzin tygodniowo oraz w zajęciach pływania na pływalni w ilości jedna godzina tygodniowo. Pomiary te przeprowadzono dwukrotnie, a mianowicie we wrześniu 2023 roku (I termin badań) i powtórzono w maju 2024 roku (II termin badań). Zebrany materiał opracowano statystycznie obliczając: średnią arytmetyczną ($\bar{x}$), odchylenie standardowe (S_x), współczynnik zmienności (V), a także istotność różnic między średnimi testem t-Studenta (t). Opracowanie danych pod względem statystycznym i graficznym dokonano przy pomocy programu komputerowego Microsoft Excel.

WYNIKI BADAŃ

Wyniki badań dotyczące dynamiki zmian rozwoju fizycznego badanych dzieci w kolejnych terminach badań tj. w miesiącu wrześniu 2023 roku (I termin badań) oraz w maju 2024 roku (II termin badań)

Analiza powyższej tabeli pozwala zauważyć, że w ciągu 8 miesięcy badane dzieci urosły średnio o 1,8 cm, nabrały większej masy ciała (średnio o 1,5 kg). Zmianie uległ również wskaźnik smukłości WQ. Jednakże zanotowane różnice w średnich wartościach tych parametrów w I i II terminie badań nie wykazały istotności statystycznej.

Zauważyć również należy, że badane dzieci stanowiły zbiorowość najbardziej jednorodną pod względem wysokości ciała i to zarówno w I ($V = 4,13$) jak i w II terminie badań ($V = 4,08$). Natomiast najbardziej różnicowała ich masa ciała tak w I ($V = 16,68$) jak i w drugim ($V = 15,81$) terminie badań.

Tabela 1

Charakterystyka rozwoju fizycznego badanych dzieci w kolejnych terminach badań

LP	INICJAŁ	WIEK (lata)		WYSOKOŚĆ CIAŁA (cm)		MASA CIAŁA (kg)		WQ (kg/m ²)	
		termin		termin		termin		termin	
		I	II	I	II	I	II	I	II
1.	Z.A.	8	9	136	138	35	36	18,9	18,9
2.	K.K.	8	8	130	131	27,5	28	16,3	16,3
3.	M.P.	8	9	130	132	34	35	20,1	20,1
4.	B.O.	8	9	130	133	29	31	17,1	17,5
5.	S.W.	8	8	128	131	23	25	14,0	14,5
6.	S.A.	8	8	126	129	32	34	20,1	20,5
7.	Z.J.	8	9	132	134	25	26,5	14,4	14,7
8.	J.Ł.	8	9	139	141	30	31	15,5	15,6
9.	K.S.	8	8	141	143	40	42	20,1	20,6
10.	M.S.	8	8	125	126	23	24	14,7	15,1
11.	K.G.	8	8	140	141	33	34	16,8	17,1
12.	K.P.	8	8	128	129	24	26	14,6	15,7
13.	J.A.	8	8	134	135	39	40,5	21,8	22,3
14.	M.K.	8	8	135	137	30	32	16,5	17,0
15.	J.K.	8	8	122	124	23,5	25	15,8	16,2
16.	L.K.	8	8	132	133	30	30,5	17,2	17,2
17.	W.D.	8	8	132	133	28	29,5	16,1	16,7
18.	P.K.	8	9	142	144	30,5	32	15,1	15,5
19.	S.P.	8	9	129	130	32	33	19,3	19,5
20.	W.K.	8	8	135	137	26	28	14,3	14,9
$\bar{x}$		8,0	8,35	132,3	134,1	29,7	31,2	16,9	17,3
Sx		0	0,49	5,47	5,47	4,95	4,93	2,34	2,27
V		0	5,86	4,13	4,08	16,68	15,81	13,83	13,13
t		–		1,0143		0,9359		0,5348	

Z uzyskanych pomiarów wytrzymałości siłowej mięśni grzbietu, brzucha i pośladków również stwierdzono poprawę. Analizując siłę mięśni grzbietu zauważyć należy, iż średni czas wykonywanej próby w miesiącu wrześniu 2008 roku wynosił 0,35", a w miesiącu maju 2009 roku 0,42". Nastąpił wzrost o 7 sekund. Dziewczęta średnio wykonywały tę próbę w czasie 0,33" we wrześniu i 0,40" w maju. Chłopcy natomiast 0,37" we wrześniu i 0,45" w maju o 0,01" większy przyrost zauważono u chłopców. Zanotowane różnice okazały się istotne statystycznie, co upoważnia nas do stwierdzenia, że nastąpiła poprawa wytrzymałości siłowej mięśni grzbietu w II terminie badań w porównaniu do wyników zanotowanych w I terminie badań.

Próbę wytrzymałości siłowej mięśni pośladkowych badane dzieci wykonywały średnio w miesiącu wrześniu 2008 roku w ciągu 1,08" a w miesiącu maju 2024 roku w ciągu 1,32" średnio o 24 sekundy dłużej dzieci wykonywały powyższą próbę. Zanotowane różnice okazały się istotne statystycznie, co upoważnia nas do stwierdzenia, że nastąpiła poprawa wytrzymałości siłowej mięśni pośladkowych w II terminie badań w porównaniu do wyników zanotowanych w I terminie badań. Najmniejszy przyrost wytrzymałości siłowej zanotowano u badanych dzieci w odniesieniu do mięśni brzucha.

W miesiącu wrześniu 2008 roku średni czas próby wynosił 0,32" a w miesiącu maju 2024 roku 0,35". Zanotowane różnice okazały się istotne statystycznie, co upoważnia nas do stwierdzenia, że nastąpiła poprawa wytrzymałości siłowej mięśni brzucha w II terminie badań w porównaniu do wyników zanotowanych w I terminie badań.

Dyskusja i wnioski

Skala zjawiska wad w postawie ciała wśród populacji dzieci i młodzieży w Polsce do dzisiaj niestety nie została precyzyjnie określona. Wielkości procentowe obrazujące częstość występowania wad w postawie na poziomie powyżej 50% populacji dziecięcej, mogą budzić uzasadnione wątpliwości, to jednak cytowane przez wielu autorów dane liczbowe potwierdzają wagę problemu. Uzasadnia to potrzebę upowszechniania działalności profilaktycznej i korekcyjnej.

Kluczową rolę w korygowaniu błędów i wad w postawie odgrywają ćwiczenia korekcyjne ukierunkowane na konkretny rodzaj błędu, wadę w postawie czy też jednostkę chorobową, która wyraża się m.in. wadliwą postawą. Nieocenione możliwości stwarza tutaj środowisko wodne, które poprzez swoje właściwości fizyczne i chemiczne, wpływa wyjątkowo korzystnie na organizm u dzieci i młodzieży z nieprawidłowymi postawami.

Tabela 2

Pomiary wytrzymałości siłowej mięśni posturalnych w kolejnych terminach badań miesięczu wrześniu 2023 roku (I termin badań) oraz w maju 2024 roku (II termin badań)

LP	INICJAŁ	DIAGNOZA LEKARSKA	METODA KASPERCZYKA		MM. GRZBIETU		MM. POŚLADKÓW		MM. BRZUCHA	
			termin		termin		termin		termin	
			I	II	I	II	I	II	I	II
1.	Z.A.	Stopy płasko – koślawe	7	5	0'43"	0'62"	1'42"	1'47"	0'20"	0'31"
2.	K.K.	Stopy płasko – koślawe	5	4	0'51"	0'57"	1'54"	1'59"	0'33"	0'41"
3.	M.P.	Stopy płasko – koślawe	6	6	0'23"	0'31"	1'50"	2'01"	0'11"	0'17"
4.	B.O.	Stopy płasko – koślawe	7	5	0'29"	0'27"	1'14"	1'24"	0'32"	0'37"
5.	S.W.	Wada postawy	7	7	0'27"	0'43"	0'52"	0'59"	0'24"	0'27"
6.	S.A.	Koślawość kolan	7	6	0'43"	0'52"	1'12"	1'21"	0'25"	0'25"
7.	Z.J.	Postawa skoliozytna	8	7	0'21"	0'37"	0'41"	1'13"	0'27"	0'29"
8.	J.Ł.	Postawa skoliozytna	6	4	0'38"	0'31"	1'05"	1'40"	0'23"	0'24"
9.	K.S.	Wada postawy	8	4	0'33"	0'33"	1'14"	1'37"	0'38"	0'39"
10.	M.S.	Postawa skoliozytna	8	6	0'19"	0'22"	0'54"	1'21"	0'31"	0'33"
11.	K.G.	Wada postawy	6	3	0'15"	0'19"	1'28"	1'42"	0'15"	0'17"
12.	K.P.	Płaskostopie	7	5	0'50"	0'58"	1'45"	1'51"	0'42"	0'44"
13.	J.A.	Koślawość kolan	6	4	0'58"	0'55"	1'35"	1'42"	0'47"	0'52"
14.	M.K.	Postawa skoliozytna	10	7	0'22"	0'31"	1'14"	1'21"	0'37"	0'41"
15.	J.K.	Stopy płasko - koślawe	6	6	0'47"	0'52"	1'28"	1'31"	0'52"	0'52"
16.	L.K.	Postawa skoliozytna	7	5	0'41"	0'35"	1'33"	1'42"	0'43"	0'44"
17.	W.D.	Wada postawy	6	6	0'39"	0'36"	1'14"	1'19"	0'34"	0'37"
18.	P.K.	Wada postawy	5	5	0'33"	0'38"	0'58"	1'22"	0'41"	0'49"
19.	S.P.	Wada postawy	7	7	0'47"	0'61"	1'12"	1'24"	0'39"	0'41"
20.	W.K.	Postawa skoliozytna	8	7	0'22"	0'29"	0'47"	1'17"	0'28"	0'31"
$\bar{x}$			6,85	5,45	35,05	40,45	1,08	1,32	32,10	35,55
S_x			1,18	1,23	0,12	0,13	0,37	0,26	0,11	0,10
V			17,26	22,65	35,42	33,35	34,05	19,97	32,92	29,34
t			101,1579***		3,5802***		133,0449***		2,3134*	

* Istotne dla $\alpha = 0,05$

*** Istotne dla $\alpha = 0,001$

Wnioski. Na bazie przeprowadzonych badań powyższej dyskusji nasuwają się autorom następujące wnioski:

1. Po ośmiu miesiącach oddziaływania korekcyjnego nie nastąpiła całkowita poprawa postawy ciała badanych dzieci. Okres oddziaływania korekcyjnego powinien trwać do momentu całkowitego zlikwidowania wady postawy i winien - w zależności od stopnia nasilenia wady- trwać nawet do czasu zakończenia procesu wzrostu dziecka.

2. Nie każdy element postawy ciała uległ zmianie po ośmiu miesiącach zajęć korekcyjnych. Największy efekt postępowania korekcyjnego uzyskano w ustawieniu: barków, głowy i brzucha. Nauka kształtowania nawyku prawidłowej postawy na zajęciach korekcyjnych, egzekwowanie prawidłowego trzymanie się oraz stymulowanie ćwiczeń w sali i w wodzie wpływa na poprawę postawy ciała dzieci.

3. Po ośmiu miesiącach zajęć korekcyjnych zwiększyła się wytrzymałość siłowa mięśni posturalnych (grzbietu, brzucha, i pośladków) badanych dzieci. Ćwiczenia korekcyjne w sali i pływanie mają korzystny wpływ na rozwój fizyczny

dzieci; silniejszy układ mięśniowy, szczególnie w okresie wzrostu zmniejsza podatność na kształtowanie się wad postawy.

LITERATURA

Jóźwiak, M., Kinel, E., Lisiński, P., Majchrzycki, M., & Szymczak, M. (2015). *Rehabilitacja medyczna w chorobach narządu ruchu*, [w:] red. J. Kruczyński, A. Szulc, Wiktora Degi ortopedia i rehabilitacja, Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, s. 353–376.

Kapuścińska, E., & Kapuściński, L. (2003). Kręgosłup „filar” naszego organizmu, Lider nr 6, 2003, s. 27.

Kasperczyk, T. (1986). Postępowanie korekcyjne i rekreacja ruchowa w rozwoju fizycznym dzieci i młodzieży, Redakcja naukowa, Warszawa.

Kasperczyk, T. (2002). Wady postawy ciała, diagnostyka i leczenie, Kraków.

Kołodziej, J., Kołodziej, K., & Momola, I. (2004). Postawa ciała, jej wady i korekcja, Rzeszów.

Kopaniarz, I. (2003). Przyczyny powstawania i korekcja wad postawy, Lider nr 4, 2003, s. 42–43.

Kreft, P., Skalski, D., Mirska, I., Kowalski, D., Tsyhanovska, N., & Zarichanska, L.O. (2023). Aqua aerobik

jako istotny determinant aktywności fizycznej wśród kobiet. *Rehabilitation and Recreation* 2023, nr 15, s. 143–147.

Kreft, P., Skalski, D., Peczak-Graczyk, A., Makar, P., & Semenova, N. (2021). Rola pływania w rozwoju dziecka. *Rehabilitation and Recreation*. Gdańsk : Akademia Wychowania Fizycznego i Sportu im. Jędrzeja Śniadeckiego, S. 107–116.

Kwolek, A., (red.) (2003). *Rehabilitacja medyczna*, Tom II, Wrocław.

Łubkowska, W. (2015). *Dobrostan i wellness kobiet w wieku 50+ w aspekcie ćwiczeń w środowisku wodnym*, [w:] red. K. Markocka Mączka, J. Tatarczuk i M. Markowska, *Zdrowie i dobrostan 1/2015 Dobrostan i zdrowie*, Lublin: Wydawnictwo Naukowe NeuroCentrum, rozdział XVII, s. 233–247.

Mika, T., Kasperczyk, W., *Fizykoterapia*, PZWL, Warszawa (2004).

Przewęda, R., & Dobosz, J. (2003). *Kondycja fizyczna polskiej młodzieży*, Studia i Monografie Nr 98 Akademia Wychowania Fizycznego w Warszawie, Warszawa: Wydawnictwo AWF.

Stoliński, Ł., & Kotwicki, T. (2011). *Wstępne wyniki analizy postawy ciała dzieci biorących udział w projekcie Poznań stawia na zdrowie - profilaktyka wad postawy [w:] T. Kotwicki, J. Pierzchalska, P. Jankowiak, E. Dybowska, A. Mania, Profilaktyka wad postawy i kształtowania zachowań prozdrowotnych wśród dzieci. Projekt „Poznań stawia na zdrowie – profilaktyka wad postawy wśród dzieci uczęszczających do klas I – IV szkół podstawowych w Poznaniu”*, Urząd Miasta Poznania, Poznań: Drukarnia CLASSIC, s. 11–20.

Вплив занять аквааеробікою на процес корекції дефектів постави в обраній групі школярів

Наталія Цигановська
магістр фізичного виховання і спорту,
завідувач кафедри фізичної культури
та здоров'я,
майстер спорту зі спортивної гімнастики
Харківської державної академії культури,
Україна
ORCID: 0000-0001-8168-4245
SCOPUS: 58350051600

Пауліна Крефт
магістр фізичного виховання,
ад'юнкт Академії фізичного виховання
і спорту в Гданську,
аспірант Львівського державного
університету фізичної культури
імені Івана Боберського
ORCID: 0000-0002-6474-0601
SCOPUS: 58520628400

Даріуш Скальські
доктор педагогічних наук, кандидат наук
з фізичної культури,
професор, інженер з національної
безпеки,
Академія фізичного виховання та спорту
імені Єнджея Снядецького (Польща),
професор Львівського державного
університету фізичної культури
імені Івана Боберського (Україна),
професор Національного університету
водного господарства
та природокористування (Україна)
ORCID: 0000-0003-3280-3724
SCOPUS: 57194465535

Метою даної наукової роботи є дослідження впливу занять аквааеробікою на процес корекції дефектів постави у дітей з дефектами постави. Рухова активність людини зумовлена її фізичним, психологічним та культурним розвитком. Вона важлива в кожному періоді життя. Зниження фізичної активності створює ризики для здоров'я дітей та молоді. На сьогоднішній день високий відсоток дітей з дефектами постави є тривожним явищем і з кожним роком їх кількість зростає. Широко розповсюджена думка, що однією з найважливіших причин цього є малорухливий спосіб життя. Обмеження рухової активності через захоплення школярів телебаченням, комп'ютерами, часто неправильний розклад занять у школах та відсутність належних умов для навчання є причиною виникнення дефектів постави. Основою процесу корекційного впливу при дефектах постави є правильно підібрані фізичні вправи, в тому числі у водному середовищі.

Ключові слова: аква, плавання, вправи при дефектах постави.