

PROGRAM ZDROWOTNY

„PROFILAKTYKA WAD POSTAWY I OTYŁOŚCI DLA DZIECI SZKÓŁ PODSTAWOWYCH KL. IV”

Program opracował :

lek. med. Wiesław Kamiński



Spis treści

Wstęp	3
Epidemiologia oraz opis problemu zdrowotnego	4
Diagnoza zjawiska	13
Działanie i ich realizacja	14
Cele programu	16
Efekty programu	17
Realizacja programu profilaktyki wad postawy i otyłości	19
Koszty	24
Wskazanie dalszych działań	25

Wstęp:

Współczesna cywilizacja niesie ze sobą wiele zagrożeń. Jednym z nich są zaburzenia wzrostowe populacji i otyłości. Bezpośrednio tego wynikiem jest tak wiele obserwowanych w ostatnich dekadach wad postawy i otyłości u dzieci i młodzieży szkolnej. Naukowe doniesienia wskazują na wiele przyczyn. Jednak najczęściej spotykamy się w literaturze z doniesieniami wskazującymi na kostne, mięśniowe, nerwowe lub mieszane przyczyny wad postawy. Istotną przyczyną są pierwotne, bądź wtórne zaburzenia napięć mięśniowych spowodowanych zmianami w centralnym układzie nerwowym. Diagnozowanie napięć mięśniowych obiektywnymi metodami badawczymi tj. przezskórna elektromiografia jest bardzo kosztowna i czasochłonna, stąd wybór innej metodyki badania. Pracując kompleksowo nad autorskim programem diagnostyki i terapii wad postawy, opartym na wielu metodach terapeutycznych, jesteśmy w stanie wpłynąć na niekorzystne napięcie mięśniowe oraz na korektę wady postawy. Kompleksowość naszego działania zapewnia pełną współpracę, zaangażowanie rodziców, uczniów oraz nauczycieli w proces terapeutyczny. Współpracujemy z lekarzami, fizjoterapeutami, prowadzimy terapię funkcjonalną. Chcemy również pozyskać sojuszników wśród nauczycieli przekazując im wiedzę o nowoczesnych metodach terapii wad postawy i praktyczne wskazówki jak oceniać wadę postawy.

1. Opis problemu zdrowotnego i epidemiologia

Otyłość - definiuje się jako patologiczne zwiększenie ilości tkanki tłuszczowej doprowadzającej do upośledzenia czynności organizmu człowieka, a ostatecznie będące odpowiedzialne za zwiększenie ryzyka chorobowości i śmiertelności.

Metodami pozwalającymi z dużą dokładnością oszacować wielkość tkanki tłuszczowej są m.in. bioimpedancja elektryczna, tomografia komputerowa oraz rezonans magnetyczny.

W praktyce korzysta się jednak ze znacznie prostszych metod antropometrycznych.

Oznaczający wskaźnik masy ciała - BMI wartość BMI obliczamy dzieląc masę wyrażoną w kg przez wzrost wyrażany w metrach i podniesiony do kwadratu. Obecnie powszechnie stosowanym parametrem oceny otyłości u dzieci i młodzieży jest wskaźnik masy ciała odniesiony do wieku i płci. W polskich badaniach przesiewowych wykorzystuje się siatki centylowe opracowane przez Palczewską i Niedzwiecką, wg których nadwagę stwierdza się przy BMI wynoszącym 90-97centyli, a otyłość przy BMI powyżej 97 centyli odniesionego do wieku i płci.

Można uważać, że w XXI w. stanęliśmy w obliczu pandemii otyłości, która rozprzestrzeniła się na cały świat. Przyrost masy ciała jest jednym z najważniejszych czynników przyczyniających się do zachorowalności głównie sercowo-naczyniowej. Dane statystyczne są zaskakujące: 1,1 mld dorosłych ma BMI powyżej 25kg/m².

W tym 312 mln cierpi na otyłość, a 10% populacji światowej poniżej 18-roku życia ma nadmierną masę ciała. Ostatnie badania TNS OBOP z sierpnia 2008r. wskazują, że 46% społeczeństwa cierpi na nadwagę. W Polsce jest ponad 16% dzieci i młodzieży, które mają problem z otyłością. Wg prof. Jarasza roczny wskaźnik wzrostu otyłości u dzieci

w wieku szkolnym jest obecnie 10 razy większy niż w roku 1970. WHO uznała otyłość za najgroźniejszą chorobę przewlekłą, która nie leczona prowadzi do rozwoju chorób układu krążenia, cukrzycy typu 2, zespołu metabolicznego, zaburzeń hormonalnych, a także zwiększa ryzyko zachorowań zwyrodnieniowych stawów i wad postawy.

Postawa ciała to cecha charakterystyczna każdego człowieka. Jest wypadkową warunków współczesnego życia, budowy ciała i sprawności organizmu. Według Milanowskiej postawa ciała człowieka zależy od właściwie ukształtowanego układu kostno - więzadłowego, dobrze rozwiniętego i wydolnego układu mięśniowego, sprawnie działającego układu nerwowego, od którego zależy wykształcenie i rozwinięcie prawidłowego odruchu postawy. Postawa ciała zmienia się w ciągu całego życia. Zmiany te zależą od wieku, płci, rasy, ale także od trybu życia, rodzaju pracy i wielu innych czynników. Na postawę ciała wpływa także środowisko, w jakim przychodzi nam żyć (rodzina, szkoła). Wyniesione z tego okresu przyzwyczajenia prawidłowego utrzymywania postawy staną się nawykiem i zaowocują lepszym zdrowiem młodego człowieka. Od momentu przyjścia dziecka na świat należy stworzyć dziecku prawidłowe warunki rozwoju psychoruchowego gwarantujące w przyszłości dobrą sylwetkę, prawidłową postawę ciała i zadowalającą wydolność organizmu. Kilku godzinne przebywanie w pozycji siedzącej, ograniczenie swobody ruchowej, wzmożona koncentracja i podporządkowanie się zupełnie nowym zasadom spędzania czasu dalekie jest od higienicznego trybu życia. Pierwsze 3 - 4 lata przypadające na czas nauki w szkole podstawowej to najczęściej okres intensywnego wzrostu dziecka. Aby zachować równowagę między przyrostem kośćca, a prawidłowym rozwojem mięśni konieczne jest systematyczne ćwiczenie. Wzmacnianie mięśni posturalnych i podnoszenie ogólnej wydolności fizycznej dziecka. Zaszczepienie potrzeby ruchu, czynnego wypoczynku będzie procentowało w

przyszłości.

Regularne stosowanie prostych ćwiczeń może uchronić dziecko przed koniecznością poddania się leczeniu w wieku dojrzałym. Niestety statystyka jest alarmująca. Około 80 % dzieci ma wady postawy. Rodzice i nauczyciele muszą być świadomi, że jeśli dziecko ma wady postawy, to nie miną one wraz z rozwojem dziecka. Z wad postawy się nie "wyrasta", mogą one się pogłębiać i dziecko w dorosłe życie wejdzie z ułomnościami, które mogą mu nie tylko utrudniać normalne funkcjonowanie, ale także będą miały wpływ na jego zdrowie i sprawność. Efektywne działania wymagają zmuśnej pracy, wytrwałości i zaangażowanej współpracy samego dziecka z rodziną i z szkołą. Warto dołożyć wszelkich starań, aby uchronić dziecko przed wystąpieniem wady postawy. Niezbędna jest analiza codziennych czynności dziecka, jego ruchowych i statycznych nawyków w celu wyeliminowania szkodliwych czynników i zastąpienia ich w miarę możliwości zachowaniami sprzyjającymi procesowi korekcji. Należy to czynić w ramach szeroko pojętej profilaktyki, która wyraża się w szczególności:

- codzienną dbałością o utrzymywanie prawidłowej postawy,
- eliminacją czynników stanowiących zagrożenie wystąpieniem wady,
- zapewnieniem dziecku odpowiedniej dla niego ilości ruchu umożliwiającej wszechstronny i harmonijny rozwój fizyczny (w tym również poprzez ćwiczenia śródlekcyjne), dokonywaniem regularnej kontroli lekarskiej.

WADY POSTAWY

Wszelkie odchylenia od przedstawionych cech postawy prawidłowej dają obraz postawy nieprawidłowej. Mówimy wówczas o wadzie postawy.

Wadliwa postawa i każde odchylenie w budowie ciała są obrazem mniejszych lub większych zaburzeń czynności naszego organizmu. Wada postawy jest wyrazem nawyku nieprawidłowego "trzymania się". Dla dziecka nawykowa, nieprawidłowa postawa jest czymś zwykłym, naturalnym - przyjmowanym podświadomie. Najczęściej występujące wady postawy to:

PLECY OKRĄGŁE (hiperkifoza piersiowa)

CECHY: Nadmierne uwypuklenie fizjologiczne ku tyłowi w odcinku piersiowymkręgosłupa.

Charakterystyczne jest:

- garbienie się ,
- wysuwanie barków i głowy ku przodowi, co powoduje odstawanie łopatek i ich oddalenie,
- klatka piersiowa jest spłaszczona i zapadnięta,
- osłabione i rozciągnięte są mięśnie grzbietu i ściągające łopatki oraz mięśnie karku,
- nadmiernie napięte i przykurczone mięśnie piersiowe oraz mięśnie zębate przednie.

- dziecko z tą wadą ma ograniczoną ruchomość klatki piersiowej, skłonność do schorzeń dróg oddechowych, ograniczoną pracę serca oraz ogólnie zmniejszoną wydolność organizmu.

PRZYCZYNY:

- przyjmowanie złej postawy podczas siedzenia i zabawy,
- niedostosowanie wysokości krzesła i ławki do wzrostu dziecka,
- nieodpowiednie noszenie ciężkich przedmiotów,
- niewłaściwe ułożenie ciała podczas snu,
- nawyk złej postawy,
- osłabienie mięśni grzbietu,
- osłabienie po chorobie,
- słaby wzrok,
- chęć ukrycia przez dziewczynki rozwijających się piersi,
- nadmierna, w stosunku do rówieśników, wysokość ciała,
- schorzenia kręgosłupa.

PLECY PŁASKIE

CECHY: kifoza i lordoza są spłaszczone.

Charakterystyczne dla tej wady jest:

- głowa lekko wysunięta do przodu,
- barki silnie ściągnięte do tyłu,
- płaska klatka piersiowa,

- wątpa sylwetka,
- układ mięśniowy słabo rozwinięty,
- miednica ustawiona pionowo,
- kręgosłup traci funkcję amortyzacyjną,

PLECY WKŁĘSŁE(hiperlordoza - przodowygięcie lędźwiowe)

CECHY: Nadmierne uwypuklenie odcinka lędźwiowego kręgosłupa.

Charakterystyczne dla tej wady jest:

- pogłębiona (znaczne wygięcie) lordoza lędźwiowa,
- zwiększone przodopochylenie miednicy,
- wypięty brzuch,
- uwypuklenie pośladków,
- klatka piersiowa i piersiowy odcinek kręgosłupa mogą być nieco spłaszczone.

PRZYCZYNY

- wrodzone (kręgozmyk, sakralizacja, lumbalizacja),
- nabyte, będące skutkiem dystonii mięśniowej, czyli nadmiernego napięcia i przykurczu mięśni grzbietu, uda, lędźwi, brzucha, pośladków,
- nieprawidłowy sposób noszenia ciężkich przedmiotów,
- noszenie tornistra ze zbyt długimi paskami,

- wczesne zakładanie przez dziewczęta butów z wysokimi obcasami, o złe ułożenie ciała w czasie snu,
- wada ta powoduje złe funkcjonowanie narządów w jamie brzusznej, zaburzenia czynności trawienia, chroniczne zaparcia, bóle przeciążeniowe kręgosłupa i inne dolegliwości.

PLECY WKŁĘŚŁO-OKRĄGŁE

CECHY: Występują równocześnie cechy charakterystyczne dla pleców okrągłych i pleców wklęsłych (pogłębiona kifoza piersiowa i lordoza lędźwiowa).

Charakterystyczne dla tej wady jest:

- pogłębienie kifozy piersiowej,
- wysunięcie głowy i barków do przodu,
- rozsuniecie i odstawanie łopatek od klatki piersiowej, o pogłębienie lordozy lędźwiowej,
- zwiększenie przodopochylenia miednicy, wypięty brzuch, uwypuklenie pośladków,
- wadzie tej towarzyszy duże osłabienie (rozciągnięcie) prostownika grzbietu w odcinku piersiowym, a wzrost jego napięcia w odcinku lędźwiowym. Osłabieniu ulegają również mięśnie brzucha i pośladkowe, natomiast mięśnie obręczy barkowej i klatki piersiowej ulegają przykurczowi.

SKOLIOZA (Boczne skrzywienia kręgosłupa I°, II°, III°)

Wielopłaszczyznowe odchylenie linii kręgosłupa od stanu prawidłowego (np. kręgosłup wygina się w bok {w prawo, w lewo}, pogłębia się wygięcie kifotyczne lub lordotyczne lub następuje rotacja {obrót kręgów} co prowadzi do powstania garbu). Leczenie skrzywień polega na odciążeniu i korygowaniu kształtu kręgosłupa za pomocą ćwiczeń fizycznych i gorsetów korekcyjnych.

Skolioza występuje w trzech stopniach:

1. Skolioza I° - jest to skrzywienie, którego kąt dochodzi do 30°. Zmiany dotyczą układu mięśniowo-więzadłowego, bez zniekształceń kostnych. Podlega całkowitej korekcji.
2. Skolioza II° - skrzywienie o wartościach kątowych 31-60°. Występują zmiany strukturalne w kręgach i krążkach międzykręgowych. Kręgosłup ulega zrotowaniu, objawia się garbem żebrzym.
3. Skolioza III° - jest to skrzywienie o kącie przekraczającym 60°, z daleko posuniętymi zmianami strukturalnymi (sklinowanie i torsje kręgów, deformacja żeber i miednicy). Skrzywienie to nie koryguje się.

Postawa skoliozyczna jest wstępnym stadium wady. Występuje asymetria barków, łopatek, trójkątów talii, ale nie dochodzi do skrzywienia boczno-kręgosłupa lub jest ono niewielkie. Podlega korekcji. Rehabilitacją skrzywień II° i III° zajmują się placówki służby zdrowia. Skolioza powoduje zaburzenia symetrii ciała, zniekształcenie kręgosłupa i żeber, niekorzystne zmiany w układzie krążeniowo-oddechowym, w sprawności i wydolności fizycznej, a także zaburzenia czynności narządów wewnętrznych klatki piersiowej.

WADY KOŃCZYN DOLNYCH

Zniekształcenia kończyn dolnych pogarszają w znacznym stopniu statykę ciała i zmieniają postawę. Są one wadami wrodzonymi lub powstają w wyniku asymetrii w budowie wyżej położonych odcinków ciała, przeciążeń pracą statyczną albo na skutek innych przyczyn.

Kolano koślawe czyli skierowane do wewnątrz. Odznacza się charakterystycznym ułożeniem, skierowanym przyśrodkowo. Uda w stosunku do podudzia tworzą literę "X" w pozycji stojącej są od siebie oddalone. Wadę wywołuje przebyta w dzieciństwie krzywica, nadmierna nadwaga, zbyt wczesna nauka wstawania i chodzenia dziecka, nawykowy siad na piętach. Dziecko z tą wadą oprócz niewydolności ruchu ma też płaskostopie. Kolano szpotawe, czyli skierowane na zewnątrz.

Kończyny przyjmują ułożenie w kształcie litery (O) największe wygięcie znajduje się zwykle w górnej części podudzia.

STOPA PŁASKA I PŁASKO - KOŚLAWA (płaskostopie) - wada statyczna kończyn dolnych.

Płaskostopie może być wrodzone lub pojawić się w okresie przeciążenia nauką.

Charakteryzuje się:

- obniżeniem sklepienia podłużnego stopy, najczęściej na tle niewydolności statycznej, koślawości kości piętowej, - szybkim zmęczeniu się, bolesnością stóp i łydek.
- Stopy odchylają się na zewnątrz - uwypuklenie tzw. kostki wewnętrznej oraz skręcenie pięt na zewnątrz. Dobrym badaniem wysklepienia stopy jest wykonanie badania na podoskopie.

2. Diagnoza zjawiska

W materiałach zjazdowych Polskiego Towarzystwa Walki z Kalectwem z roku 1969 znajdujemy wyniki badań obejmujących 11759 dzieci. Na podstawie badań przesiewowych stwierdzono następującą częstotliwość występowania skolioz:

Wielkość skrzywienia wg kąta Cobba w stopniach	Procent występowania skolioz w badanej populacji
0-5	42,8%
5-10	17,6%
10-15	6,3%
15-20	3,4%
20-25 i powyżej	1,8%

Porównując wyniki z badaniami przeprowadzonymi w roku 2002 przez N.Z.O.Z Krakowski Ośrodek Diagnostyki Kręgosłupa w ramach programu profilaktyki „Kraków zdrowe Miasto”. badaniami objęto dzieci VI klas szkół podstawowych. Ogółem zbadano 1373 dzieci. Około 44% badanej populacji była dotknięta różnymi wadami postawy. Duży procent tych dzieci (23%) skierowano na dalsze badania lekarskie. W roku 2008 w leszczyńskich gimnazjach były przeprowadzone badania wad postawy i wyciągnięto następujące wnioski:

1. Wyniki pilotażowych badań wykazały częste występowanie zaburzeń postawy ciała w grupie 14-15 letnich dzieci z leszczyńskich gimnazjów.
2. Zaburzenia postawy w płaszczyźnie strzałkowej stwierdzono u ponad 22% dzieci.
3. Występowanie asymetrii barków w badanej grupie stwierdzono u ponad 65% dzieci.
4. Zaburzenia przestrzennego usytuowania miednicy wykryto u ponad 54% badanych.
5. Test asymetrii tułowia w skłonie FBT stwierdzono aż u 74% badanych dzieci!

3. Działania i ich realizacja

Zaplanowane przedsięwzięcia programu podjęte zostaną równoległe w trzech płaszczyznach oddziaływań w stosunku do dzieci, ich rodziców, a także nauczycieli.

1. Dzieci:

- Badanie otyłości u dzieci.
- Badanie funkcjonalne wad postawy.
- Selekcja do grup korekcyjnych i terapii indywidualnej.
- Wykład -kształtowanie wśród uczniów świadomości własnego ciała, przybliżanie wybranych zagadnień z zakresu anatomii i fizjologii funkcjonalnej ich kręgosłupa, struktur nerwowych, powięziowych, mięśniowych, adekwatnie do możliwości percepcyjnych określonej grupy wiekowej.
- Wykład - otyłość , dieta.
- Terapia indywidualna.

2. Rodzice:

- Zwiększenie wiedzy i świadomości rodziców z zakresu otyłości i wad postawy występujących u ich dzieci, w tym przybliżenie zagadnień dotyczących anatomii i fizjologii funkcjonalnej kręgosłupa, struktur nerwowych, powięziowych, mięśniowych.
- Kształcenie umiejętności rozpoznawania symptomów wad postawy w jej punktach Kluczowych.
- Zapoznanie rodziców z rodzajami terapii zachowawczej i operacji skolioz.
- Udostępnianie kontaktów z lekarzami i terapeutami.
- Zwiększenie wiedzy i świadomości dotyczącej otyłości i odżywiania.

Wychowawcy, nauczyciele wych. fizycznego i i gimnastyki korekcyjnej:

- Poszerzenie wiedzy z zakresu terapii skolioz o najnowsze zdobycze wiedzy medycznej. Zdobyć umiejętności badania i terapii wad postawy.
- Przypomnienie zagadnień z zakresu anatomii i fizjologii funkcjonalnej kręgosłupa, struktur nerwowych, powięziowych, mięśniowych, rozpoznawanie wad postawy w jej punktach kluczowych.
- Różne rodzaje terapii skolioz - zapoznanie z podstawowymi zasadami terapii skolioz, omówienie i nauka najczęściej wykonywanych ćwiczeń, zasady doboru skolioz do grup terapeutycznych, ćwiczenia z taśmą Thera-Band, omówienie ćwiczeń przeciwwskazanych w wadach postawy.

Potencjalni partnerzy przy realizacji w/w programu profilaktycznego

- Narodowy Fundusz Zdrowia.
- Dyrektorzy szkół i placówek oświaty powiatu leszczyńskiego.
- Rodzice uczniów zagrożonych wadami postawy i otyłości dzieci.
- Nauczyciele gimnastyki korekcyjnej.
- Lekarze.

Ewaluacja programu:

- Badanie lekarskie, fizjoterapeutyczne.
- Podsumowanie wyników.
- Badania kliniczne.
- Rekomendacja do dalszych działań.

4. Cele programu

1. Celem głównym programu:

- a) Jest wykrycie liczby dzieci i młodzieży z otyłością oraz z wadą postawy, a także ograniczenie zaburzeń ortopedycznych (płaskostopie, skrzywienie boczne kręgosłupa) wśród uczniów klas IV Szkół podstawowych z terenu powiatu leszczyńskiego.
- b) Zmiana zachowań zdrowotnych u dzieci objętych programem.
- c) Zmniejszenie psychologicznych, społecznych i ekonomicznych kosztów występowania wad postawy i otyłości.

2. Cele szczegółowe :

- a) Podniesienie świadomości społecznej (grona pedagogicznego, uczniów i rodziców) .
Wzrost świadomości i wiedzy rodziców, nauczycieli i uczniów o otyłości oraz wadach postawy, ich przyczynach, skutkach i możliwościach leczenia (wykłady)
Edukacja i propagowanie zdrowego stylu życia.
- b) Propagowanie prawidłowych wzorców postawy ciała u dzieci objętych programem.
- c) Wyrabianie prawidłowych nawyków postawy i odżywiania. Indywidualne badanie lekarskie każdego ucznia, pod kątem zagadnień objętych programem.
- d) Kwalifikacja ucznia do grup wad postawy bądź otyłości.
- e) Obszerna informacja dla współuczestników programu (szkoła, rodzice, Starostwo Powiatowe). Osobnicza ocena wad postawy i otyłości uczniów objętych badaniami.
- f) Indywidualne omówienie wady postawy i zarysu terapii (5 minut), (uczeń ,rodzice). Wskazanie zaleceń dalszego indywidualnego postępowania medycznego.

