

**UCHWAŁA NR XXXV/339/17
RADY MIEJSKIEJ CIESZYNA**

z dnia 29 czerwca 2017 r.

w sprawie zmiany uchwały Nr XII/81/15 z dnia 25 czerwca 2015 r. w sprawie przyjęcia Programu polityki zdrowotnej dla mieszkańców miasta Cieszyna na lata 2015-2017

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity: Dz. U. z 2016 r., poz. 446 z późn. zm.),

Rada Miejska Cieszyna postanawia:

§ 1. Zmienić załącznik do uchwały Nr XII/81/15 z dnia 25 czerwca 2015 r. w sprawie przyjęcia Programu polityki zdrowotnej dla mieszkańców miasta Cieszyna na lata 2015-2017 w ten sposób, że punkt IV.1. załącznika pod nazwą "Program profilaktyki i korekcji wad postawy ciała uczniów klas I-III szkół podstawowych" otrzymuje brzmienie zgodnie z załącznikiem do niniejszej uchwały.

§ 2. Wykonanie uchwały powierzyć Burmistrzowi Miasta Cieszyna.

§ 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodnicząca Rady Miejskiej Cieszyna

mgr inż. Gabriela Staszkiwicz

IV. 1. Program profilaktyki i korekcji wad postawy ciała uczniów klas I-III szkół podstawowych

1. Opis problemu zdrowotnego

Sposób trzymania się danej osoby w swobodnej pozycji stojącej określa się terminem „postawa ciała”, której zewnętrznym przejawem jest sylwetka tejże osoby oraz wzajemny przestrzenny układ poszczególnych części ciała. Postawa ciała jest cechą indywidualną danej osoby, czyli chociaż postawa jest u wszystkich ludzi podobna, to nie jest identyczna. Cechą postawy ciała jest również zmienność zarówno w ciągu całego życia, jak i nawet w ciągu dnia, co jest uwarunkowane szeregiem czynników. Dlatego bardzo często trudne jest jednoznaczne i obiektywne rozgraniczenie postawy prawidłowej i nieprawidłowej.

W trakcie rozwoju dziecka wyróżnia się dwa okresy tzw. skoków wzrostowych, przypadających na okres 6-7 i 12-16 lat, które są okresami krytycznymi dla rozwoju postawy ciała (pomijając przypadki wad wrodzonych lub określonych schorzeń powodujących wady postawy). W tych okresach pojawiają się pewne zagrożenia dla postawy ciała, zależne zarówno od uwarunkowań fizjologicznych (wzrost dziecka w okresie tzw. skoku pokwitaniowego u nastolatków), jak i wpływu rozmaitych czynników zewnętrznych, kiedy następuje dość gwałtowna zmiana trybu życia dziecka (początek nauki szkolnej). W tych okresach szczególnie uwytatniają się nieprawidłowości dotyczące postawy ciała, zwane wadami postawy. Nie leczone lub nie korygowane wady postawy ciała nie są wyłącznie defektem o charakterze kosmetycznym, ale mogą prowadzić do szeregu zaburzeń w procesie właściwego rozwoju m.in. układu oddechowego, układu krążenia lub układu pokarmowego, a tym samym stać się przyczyną wielu schorzeń w wieku młodzieńczym i dojrzałym. Istotnym problemem w kształtowaniu właściwej postawy ciała dzieci i młodzieży jest rozróżnienie dwóch odrębnych kwestii:

· nawykowej nieprawidłowej postawy ciała – podlegającej czynnej korekcji i wymagającej włączenia do zajęć korekcyjnych, prowadzonych przez przygotowanych do tego nauczycieli.

· rzeczywistej wady postawy – nie korygującej się czynnie i nie będącej przedmiotem kompetencji nauczyciela, wymagającej leczenia poprzez fizjoterapię, gorsetowanie czy leczenie operacyjne¹⁾.

Wady postawy ciała rozwijają się często bez jednoznacznie określonej i uchwytnej przyczyny, przy czym znaczącą rolę odgrywają czynniki sprzyjające przyjmowaniu przez dziecko nieprawidłowego układu ciała, co z czasem prowadzi do rozwoju i utrwalenia nieprawidłowej postawy ciała. Do tych czynników zalicza się przede wszystkim:

- niewłaściwie dobrane stanowisko pracy ucznia (ławka, stolik, krzesło itp. niedostosowane do wzrostu ucznia),
- przyjmowanie niewłaściwej pozycji ciała podczas pracy i odpoczynku,
- zbyt ciężki, przeciążony i niedostosowany do wzrostu i wieku dziecka tornister szkolny oraz jego niewłaściwe noszenie,
- nadwaga,
- ograniczona aktywność ruchowa dziecka i siedzący tryb życia²⁾.

Występowanie wad postawy w wieku rozwojowym ocenia się w przybliżeniu na 50-60% populacji, **przy czym w większości są to wadliwe postawy nawykowe**. Na podstawie danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w 2007 r. w Polsce zdiagnozowano ogółem 417.381 zniekształceń kręgosłupa, co stanowiło 5,19% populacji w wieku 0-18 lat³⁾. W przypadku powiatu cieszyńskiego zniekształcenia kręgosłupa w tej populacji stwierdzono⁴⁾ :

· w 2011 r. – u 2.040 osób (320 nowych przypadków), przy 45.748 w całym województwie śląskim (5319 przypadków nowych),

· w 2012 r. – u 1.351 osób (189 nowych przypadków), przy 41.928 w całym województwie śląskim (4.398 przypadków nowych),

· w 2013 r. u 1.245 osób (206 nowych przypadków), przy 39.919 w całym województwie śląskim (4.106 przypadków nowych).

(Uwaga. Populacja osób w analizowanym przedziale wiekowym zmniejsza się corocznie).

Badania przesiewowe wad postawy ciała dzieci były prowadzone na terenie Cieszyzna w różnych grupach wiekowych od 2000 r. Badaniami objęto uczniów klas I-VI szkół podstawowych (rok 2000 oraz lata 2005-2007), uczniów klas I szkół podstawowych (2001 r.) oraz uczniów klas I-III szkół gimnazjalnych (2002 r.). W latach 2011-2014 badaniami przesiewowymi objęto uczniów uczestniczących w programie profilaktyki i korekcji wad postawy ciała dzieci i młodzieży (uczniowie klas od I do VI). Wyniki tych badań wskazują, że dzieci mają w różnym stopniu rozwinięte wady postawy ciała (wyniki z 2007 roku wskazują, że u 99% dzieci rozwinęła się wada postawy ciała, natomiast w latach 2011-2014 dzieci z wadami postawy ciała stanowiły od 50% do 79,7% populacji przebadanej). Tak znacząca rozbieżność pomiędzy przedstawionymi powyżej danymi epidemiologicznymi wynika stąd, iż w statystyce medycznej odnotowuje się przypadki rozpoznanych przez lekarzy specjalistów wad postawy ciała – zniekształceń kręgosłupa, które są rzeczywistymi wadami postawy ciała. W badaniach przesiewowych, które obejmowały różne grupy wiekowe uczniów cieszyńskich szkół rozpoznawano wszystkie wady postawy ciała – zarówno rzeczywiste wady postawy, jak i nawykowe nieprawidłowe postawy ciała. **Należy także zwrócić uwagę, że badania przesiewowe cechują się dużą zmiennością częstości rozpoznawania wad postawy, a ich ocena kliniczna ma bardzo niską specyficzność, wynoszącą ok. 5%. W wyniku badań przesiewowych dochodzi więc do nadmiernej rozpoznawalności wad postawy ciała (w rozumieniu rzeczywistych wad postawy), kiedy w większości przypadków mamy do czynienia z nawykowymi nieprawidłowymi postawami ciała.**

Mając jednak na uwadze zagrożenie, że nie korygowane nawykowe nieprawidłowe postawy ciała mogą przekształcać się w rzeczywiste wady postawy, a także częstotliwość występowania nieprawidłowych postaw ciała, należy podejmować działania profilaktyczne. Do działań profilaktycznych wad postawy ciała należy zaliczyć przede wszystkim⁵⁾ :

- codzienną dbałość o utrzymanie prawidłowej postawy,
- eliminację czynników stanowiących zagrożenie wystąpieniem wady,
- zapewnienie dziecku odpowiedniej dla niego ilości ruchu, umożliwiającej wszechstronny i harmonijny rozwój fizyczny,
- regularną kontrolę stanu zdrowia.

Skuteczność tych działań jest uzależniona od współdziałania wszystkich osób odpowiedzialnych za wszechstronny rozwój dziecka – rodziców (opiekunów prawnych), wychowawców i nauczycieli (w tym przede wszystkim nauczycieli wychowania fizycznego i nauczycieli nauczania początkowego oraz prowadzących gimnastykę korekcyjną,) oraz pracowników służby zdrowia (w tym pielęgniarek i higienistek szkolnych, lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej), a także wczesnego rozpoznania nieprawidłowości w postawie ciała i podjęcie – w zależności od ich charakteru i stopnia nasilenia – właściwych czynności zaradczych i zapobiegawczych.

Badania przesiewowe w kierunku wad postawy (podobnie jak świadczenia w zakresie ich leczenia) należą do świadczeń gwarantowanych⁶⁾, udzielanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne w środowisku nauczania i wychowania oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ramach porad patronażowych oraz badań bilansowych i finansowanych ze środków publicznych w ramach kontraktów zawieranych przez NFZ. Badania w kierunku wykrywania zaburzeń układu ruchu, w tym bocznego skrzywienia kręgosłupa i zniekształceń statycznych kończyn dolnych przeprowadzane są u dzieci w wieku 6-7 lat, a następnie 10 lat. Stąd też wydaje się zasadny nadzór nad programem lekarza specjalisty w zakresie rozpoznawania i leczenia wad postawy ciała.

Działania o charakterze profilaktyki pierwszorzędowej i częściowo drugorzędowej (np. zajęcia ruchowe o charakterze korekcyjnym, czyli tzw. gimnastyka korekcyjna) mogą i powinny być realizowane przede wszystkim w środowisku nauczania i wychowania. Przy czym należy zwrócić uwagę, że zajęcia z gimnastyki korekcyjnej były przez szereg lat realizowane jako zajęcia obowiązkowe w I etapie edukacyjnym (w klasach I-III), w wymiarze 2 godzin lekcyjnych tygodniowo, następnie mogły być realizowane w ramach zajęć wychowania fizycznego, godzin do dyspozycji dyrektora oraz tzw. „godzin karcianych” prowadzonych z uwzględnieniem art. 42 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (tekst jednolity: Dz. U. z 2010 r. Nr 97, poz. 191), co znacząco ograniczyło liczbę tych godzin. Obecnie tego typu zajęcia mogą być prowadzone jako zajęcia dodatkowe, finansowane ze środków przeznaczonych np. na realizację gminnych programów polityki zdrowotnej.

W ramach profilaktyki i korekcji wad postawy ciała wskazane jest prowadzenie następujących działań:

- coroczne wykonywanie badań kwalifikacyjnych w kierunku wad postawy wszystkich uczniów klas I-III szkół podstawowych (badania winny być realizowane przez prowadzących zajęcia gimnastyki korekcyjnej przy współpracy z pielęgniarkami (higienistkami) szkolnymi;

- prowadzenie nauczania (instruktażu) ćwiczeń korygujących nieprawidłowości postawy ciała dzieci nie wymagających uczestniczenia w zajęciach z gimnastyki korekcyjnej w szkołach, a które powinny regularnie ćwiczyć w domu oraz regularne sprawdzanie efektów tych ćwiczeń;
- edukacja dzieci w zakresie właściwej postawy ciała oraz nawyków sprzyjających jej utrzymaniu, zapoznanie dzieci z różnorodnymi formami aktywności ruchowej, wypracowania nawyku do aktywności fizycznej przez całe życie;
- edukacja rodziców i aktywizacja w zakresie wad postawy ciała, zagrożeń z nimi związanych oraz możliwości przeciwdziałania i profilaktyki w tym zakresie, znaczenia aktywności ruchowej w życiu dziecka, umiejętności rozpoznawania i przeciwdziałania złym nawykom przyczyniającym się do powstawaniu wad postawy ciała oraz konieczności prowadzenia z dzieckiem domowych ćwiczeń w zakresie profilaktyki i korekcji wad postawy ciała;
- edukacja nauczycieli nauczania początkowego oraz wychowania fizycznego w zakresie umiejętności rozpoznawania wad postawy ciała, dostosowania zajęć ruchowych do aktualnych możliwości (poziomu sprawności i wydolności) i potrzeb (nawykowych nieprawidłowości postawy ciała) dzieci, ukierunkowanie zajęć wychowania fizycznego na zajęcia o charakterze ogólnorozwojowym, obejmującym w większym niż dotychczas stopniu różnorodne formy podstawowych ćwiczeń gimnastycznych.

2. Cele programu

2.1. Cel główny:

- zmniejszenie liczby dzieci i młodzieży na terenie Cieszyna z wadami postawy oraz ograniczenie następstw wad postawy ciała.

2.2. Cele szczegółowe:

- zwiększenie świadomości zdrowotnej uczniów, rodziców (opiekunów prawnych) i nauczycieli w zakresie wad postawy, ich przyczyn, skutków oraz roli profilaktyki,
- kształtowanie nawyków prawidłowej postawy ciała u dzieci i młodzieży,
- wczesne wykrywanie nieprawidłowości w zakresie postawy ciała,
- wspomaganie wszechstronnego i harmonijnego rozwoju psychofizycznego uczniów,
- rozwijanie i doskonalenie sprawności ruchowej i tężyzny fizycznej uczniów,
- rozwijanie poczucia odpowiedzialności za zdrowie własne i innych.

2.3. Oczekiwane efekty:

- wzrost aktywności ruchowej dzieci i młodzieży,
- poprawa ogólnej sprawności fizycznej dzieci,
- zmniejszenie częstości występowania wadliwych postaw ciała u dzieci,
- wzrost świadomości uczniów i rodziców na temat wad postawy i zagrożeń z nich wynikających,
- wykształcenie u dzieci i młodzieży umiejętności samooceny, samokontroli i korekcji postawy.

3. Adresaci programu

Program profilaktyki i korekcji wad postawy ciała skierowany jest do uczniów szkół podstawowych, ich rodziców (opiekunów prawnych), nauczycieli i wychowawców, z tym że w części dotyczącej zajęć z zakresu gimnastyki korekcyjnej – do uczniów klas I-III.

4. Organizacja programu

4.1. Postępowanie medyczne:

a. we wrześniu każdego roku prowadzący zajęcia gimnastyki korekcyjnej dokonuje/dokonują oceny uczniów klas I-III w kierunku wad postawy ciała w celu wyłonienia następujących grup uczniów:

- dzieci bez nieprawidłowości postawy ciała i nie wymagające objęcia ćwiczeniami ukierunkowanymi na korygowanie wad postawy ciała;
- dzieci z nieprawidłowościami postawy ciała, nie wymagające uczęszczania na stałe zajęcia gimnastyki korekcyjnej, mogące korygować nieprawidłowości postawy ciała poprzez ćwiczenia prowadzone w domu, pod nadzorem rodziców;

- dzieci wymagające objęcia regularnymi zajęciami gimnastyki korekcyjnej w ramach szkolnych zespołów gimnastyki korekcyjnej, o różnym stopniu intensywności;
- dzieci wymagające leczenia w wyspecjalizowanych placówkach opieki zdrowotnej;
- b. podział przebadanej populacji uczniów na grupy ćwiczeniowe oraz grupy dzieci ćwiczących domu, wymagające instruktażu oraz okresowej (co najmniej raz na półrocze) kontroli przez prowadzącego/prowadzących zajęcia z gimnastyki korekcyjnej;
- c. realizacja zajęć gimnastyki korekcyjnej w wymiarze jednej godziny lekcyjnej w tygodniu dla zakwalifikowanych uczniów;
- d. instruktaż dzieci zakwalifikowanych do ćwiczeń domowych w ramach zajęć jak wyżej;
- e. przekazanie rodzicom pisemnych informacji o wynikach badań przesiewowych i zaleceniach w zakresie wad postawy ciała; w odniesieniu do grupy dzieci wymagających leczenia w wyspecjalizowanych placówkach opieki zdrowotnej – poinformowanie rodziców o konieczności uzyskania stosownego skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

4.2. Postępowanie edukacyjne:

- a. edukacja rodziców w zakresie wad postawy ciała w ramach spotkań – wywiadówek w ilości co najmniej jednego spotkania na początku roku szkolnego;
- b. edukacja nauczycieli wychowania początkowego oraz wychowania fizycznego w zakresie umiejętności rozpoznawania wad postawy ciała, dostosowania zajęć ruchowych do aktualnych możliwości (poziomu sprawności i wydolności) i potrzeb (nawykowych nieprawidłowości postawy ciała) dzieci.

4.3. Postępowanie organizacyjne:

- a. wybór prowadzącego/prowadzących zajęcia gimnastyki korekcyjnej w trybie konkursu ofert zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami;
- b. współpraca z lekarzem specjalistą w zakresie wad postawy ciała, do którego zadań będzie należała okresowa ocena postępów w zakresie procesu korekcyjnego i podjętych działań profilaktyczno-rehabilitacyjnych na podstawie przeprowadzonych badań uczniów uczęszczających na zajęcia gimnastyki korekcyjnej (zadanie fakultatywne, wykonywane w czerwcu każdego roku obowiązywania programu);
- c. założenie przez prowadzącego/prowadzących zajęcia gimnastyki korekcyjnej dokumentacji obejmującej wyniki corocznych badań przesiewowych dzieci pod kątem wad postawy oraz ich kwalifikacji do jednej z grup, o których mowa w pkt. 4.1.a;
- d. kwalifikacja uczniów objętych badaniami przesiewowymi do grup ćwiczeniowych oraz organizacja zajęć gimnastyki korekcyjnej przy założeniu, że każde zakwalifikowane dziecko uczestniczy w zajęciach w wymiarze jednej godziny lekcyjnej w tygodniu;
- e. opracowanie zestawu ćwiczeń domowych dla dzieci wymagających korekty nieprawidłowości postawy ciała i zakwalifikowanych do grupy ćwiczącej w domu;
- f. prowadzenie przez realizatorów programu dokumentacji potwierdzającej realizację programu;
- g. opracowanie i przekazanie przez lekarza sprawozdania merytorycznego, zawierającego dane statystyczne dotyczące realizacji programu (ilość przebadanych uczniów, wyniki w ujęciu statystycznym) wraz z oceną jego efektywności;
- h. opracowanie i przekazanie przez realizatora/realizatorów programu sprawozdania merytorycznego (na podstawie danych ze szkół, w których realizowany jest program), zawierającego m.in.:
 - dane statystyczne realizacji medycznej części programu (ilość uczniów zakwalifikowanych do grup, o których mowa w pkt. 4.1.a, ilość zrealizowanych zajęć gimnastyki korekcyjnej, efektywność programu, to jest ilość dzieci, u których zanotowano korekcję stwierdzonych nieprawidłowości postawy ciała),
 - dane dotyczące zrealizowanych spotkań edukacyjnych w ramach edukacyjnej części programu (dotyczy wszystkich szkół biorących udział w programie),
 - wnioski i sugestie dotyczące korekt i zmian w zakresie i sposobach realizacji programu.

Realizatorem (realizatorami) programu będą osoby posiadające uprawnienia do prowadzenia zajęć gimnastyki korekcyjnej oraz lekarz posiadający doświadczenie w prowadzeniu działalności w zakresie profilaktyki i leczenia wad postawy ciała, zgodnie z wymogami przepisów odrębnych.

5. Koszty

Na koszt realizacji programu będą składały się koszty prowadzenia zajęć gimnastyki korekcyjnej oraz spotkań edukacyjnych z nauczycielami i rodzicami. Przy założeniu, że od dnia 1 września 2017 r. w publicznych szkołach podstawowych na terenie Cieszyna będzie funkcjonowało łącznie 41 oddziałów klas I-III, program będzie realizowany przez 16 tygodni (tj. do końca 2017 r.) w wymiarze 1 godziny lekcyjnej dla każdego z oddziałów, a jednostkowy koszt 1 godziny zajęć wyniesie szacunkowo 50-60 zł brutto, koszt ogółem realizacji programu w 2017 r. powinien zamknąć się w kwocie od 32 800 zł do 39 360 zł.

Całość opisanych działań finansowana będzie ze środków budżetowych Gminy Cieszyn.

6. Monitorowanie i ewaluacja

Monitorowanie przebiegu programu będzie polegało na przekazywaniu przez realizatora/realizatorów programu informacji o zakresie realizacji programu, tj. ilości objętych nim uczniów, frekwencji na zajęciach, zrealizowanych godzin zajęć oraz działaniach prozdrowotnych dotyczących problemu wad postawy ciała uczniów, w tym działaniach obejmujących również edukację rodziców i nauczycieli.

Ocena jakości programu będzie dokonana w następujących zakresach:

a. ocena zgłaszalności – będzie prowadzona na podstawie danych udostępnianych przez realizatora programu (sprawozdań merytoryczno-finansowych) i obejmujących dane:

- ilość dzieci ze stwierdzonymi wadami postawy ciała,
- ilość dzieci objętymi różnymi formami ćwiczeń,
- ilość rodziców i nauczycieli biorących udział w szkoleniach i spotkaniach informacyjnych;

b. ocena efektywności – będzie prowadzona na podstawie corocznych analiz danych statystycznych dotyczących występowania wad postawy w populacji dzieci objętych programem oraz indywidualnych ocen wad postawy ciała poszczególnych dzieci, uzyskanych corocznie podczas badań kwalifikacyjnych.

7. Okres realizacji programu

Program jest kontynuacją dotychczasowych działań realizowanych w zakresie profilaktyki i korekcji wad postawy ciała. Programem zostaną objęci tylko uczniowie klas I-III szkół podstawowych, których organem założycielskim jest Gmina Cieszyn.

¹⁾ Górecki A. i in. Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania – rekomendacje ekspertów. Pol. Ann. Med., 2009; 16(1): 168-177.

²⁾ Górecki A. i in. Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania – rekomendacje ekspertów. Pol. Ann. Med., 2009; 16(1): 168-177.

³⁾ Górecki A. i in. Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania – rekomendacje ekspertów. Pol. Ann. Med., 2009; 16(1): 168-177.

⁴⁾ Na podstawie danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego, Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, dostępnych na stronie internetowej ww. Urzędu; wejście na stronę w dniu 5.05.2015 r.

⁵⁾ Górecki A. i in. Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania – rekomendacje ekspertów. Pol. Ann. Med., 2009; 16(1): 168-177.

⁶⁾ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2013 r., poz. 1248 z późn. zm.).