

**UCHWAŁA  
RADY MIEJSKIEJ CIESZYNA**

z dnia ..... 2017 r.

**w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej pn. "Program profilaktyki wad postawy ciała uczniów klas I-III szkół podstawowych"**

Na podstawie art. 18 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1875), w związku z art. 7 ust. 1 pkt 1 i art. 48 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.),

**Rada Miejska Cieszyna uchwala, co następuje:**

- § 1. Przyjmuje się program polityki zdrowotnej pn. "Program profilaktyki wad postawy ciała uczniów klas I-III szkół podstawowych", stanowiący załącznik do niniejszej uchwały.
- § 2. Wykonanie uchwały powierza się Burmistrzowi Miasta Cieszyna.
- § 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Załącznik do uchwały  
Rady Miejskiej Cieszyna  
z dnia ..... 2017 r.

***PROGRAM PROFILAKTYKI WAD POSTAWY CIAŁA UCZNIÓW KLAS I-III  
SZKÓŁ PODSTAWOWYCH***

*OKRES REALIZACJI: lata 2018-2020*

***Program opracowany przez:  
Wydział Ochrony Środowiska i Rolnictwa  
Urzędu Miejskiego w Cieszynie***

*Program profilaktyki wad postawy ciała uczniów szkół podstawowych jest realizowany w Gminie Cieszyn od roku 2000 (w różnych grupach wiekowych). Zachowana jest ciągłość realizacji programu i zgodnie z art. 48a ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.) projekt niniejszego programu nie podlega zaopiniowaniu przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.*

# I. Opis problemu zdrowotnego

## I.1. Problem zdrowotny

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 i chociaż 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, przypadające 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 czasie skoków wzrostowych szczególnie uwydatniają się nieprawidłowości dotyczące postawy ciała, zwane „wadami postawy ciała”. 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 np. przygotowanych do tego nauczycieli,
- rzeczywistej wady postawy – nie korygującej się czynnie i nie będącej przedmiotem kompetencji nauczyciela, wymagającej leczenia poprzez fizjoterapię, gorsetowanie czy leczenie operacyjne<sup>1</sup>.

Termin „wady postawy” jest używany przede wszystkim w odniesieniu do różnych odchyłeń od fizjologicznego kształtu kręgosłupa, a także innych nieprawidłowości w układzie ruchu. Do najczęściej spotykanych wśród dzieci i młodzieży należą:

- wady postawy:
  - plecy okrągłe (łac. *dorsum rotundum*),
  - plecy wklęsłe (łac. *dorsum concavum*),
  - plecy wklęsło-okrągłe (łac. *dorsum rotundo-concavum*),
  - plecy płaskie (łac. *dorsum planum*),
  - boczne skrzywienie kręgosłupa (łac. *scoliosis*);
- wady kończyn dolnych:
  - płaskostopie (łac. *pes planus*),
  - kolana szpotawe (łac. *genu varum*),
  - kolana koślawe (łac. *genu valgum*).

Wady postawy ciała mogą rozwijać się jako wady wrodzone lub wady wynikające z istniejących schorzeń, ale często rozwijają się 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<sup>2,3</sup>:

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Górecki A. i in. *Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania – rekomendacje*

- niewłaściwie dobrane stanowisko pracy ucznia (ławka, stół, 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 życia.

## I.2. Epidemiologia

Według danych Zakładu Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka aż 90% dzieci w Polsce cierpi obecnie na wady postawy<sup>4</sup>, szczególnie często dotyczące kręgosłupa, kolan i stóp. Natomiast wyniki raportu Health Behaviour in School-aged Children 2012 na temat zdrowia nastolatków w Europie (koordynowanego przez specjalistów z Instytutu Matki i Dziecka) pokazują, że w ostatnich latach znacznie zwiększyła się liczba czynników powodujących powstawanie wad postawy u dzieci i młodzieży. Zgodnie z treścią raportu Ośrodka Rozwoju Edukacji zniekształcenia kręgosłupa zdiagnozowano u 17,14 % populacji w wieku 0-18 lat oraz u 9,7% dzieci i młodzieży w wieku 2-9 lat. Z reguły są to wadliwe postawy nawykowe, które w znacznym stopniu wpływają na zwiększenie w populacji grupy osób z wadami postawy.

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 lat<sup>5</sup>. W przypadku powiatu cieszyńskiego zniekształcenia kręgosłupa w tej populacji stwierdzono<sup>6</sup>:

- w 2011 r. – u 2 040 osób (320 nowych przypadków), przy 45 748 w całym województwie śląskim (5 319 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),
- w 2014 r. – u 1 249 osób (188 nowych przypadków), przy 34 452 w całym województwie śląskim (3 639 przypadków nowych),
- w 2015 r. – u 1 121 osób (166 nowych przypadków), przy 33 144 w całym województwie śląskim (3 759 przypadków nowych).

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

Badania przesiewowe wad postawy ciała dzieci były prowadzone na terenie Cieszyna 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.), natomiast w latach 2011-2017 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 (w wyniku badań w roku 2007 wada postawy ciała stwierdzono u 99% dzieci, w latach 2011-2014 dzieci z wadami postawy ciała stanowiły od

---

ekspertów. Pol. Ann. Med., 2009; 16(1): 168-177.

<sup>3</sup> Ostrega W. *Wady postawy u dzieci i młodzieży. Przyczyny powstawania i zapobieganie w domu i szkole*. Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014.

<sup>4</sup> Michalski P. *Wady postawy u dzieci a powrót do szkoły*. Instytut Matki i Dziecka, www.imid.med.pl (dostęp w dniu 15 listopada 2017 r.).

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> Na podstawie danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego – Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, www.katowice.uw.gov.pl/wydzial/wydzial-zdrowia (dostęp w dniu 15 listopada 2017 r.).

50% do 79,7% populacji przebadanej, a w latach 2015-2017 – od 54,8% do 80% 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. Natomiast 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.

### **I.3. Populacja podlegająca jednostce samorządu terytorialnego i populacja kwalifikująca się do włączenia do programu**

Populacja mieszkańców miasta Cieszyna – według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) na dzień 31 grudnia 2016 r. – liczy 35 102 osoby. Natomiast populacja adresatów programu (patrz pkt III.1), czyli uczniów klas I-III cieszyńskich publicznych szkół podstawowych wynosi 1025 (dane Centrum Usług Wspólnych). Z uwagi na przewidywany zakres interwencji, adresatami programu będą również rodzice uczniów oraz nauczyciele wychowania początkowego oraz wychowania fizycznego, szacunkowa populacja kwalifikująca się objęcie programem wynosi ok. 2100 osób.

### **I.4. Obecne postępowanie**

Elementem profilaktyki wad postawy ciała jest odpowiednio wczesne ich rozpoznanie, co umożliwia dalsze postępowanie. Obecnie badania przesiewowe w kierunku wad postawy znajdują się w wykazie świadczeń gwarantowanych udzielanych przez pielęgniarki lub higienistki szkolne w środowisku nauczania i wychowania oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w ramach porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym przesiewowych i finansowanych ze środków publicznych w ramach kontraktów zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej NFZ). Badania pod kątem wady postawy ciała powinny być rutynowo wykonywane u dzieci w wieku 6 albo 7 lat, 10 lat, 12 lat, 13 lat i 16 lat<sup>7</sup>. W przypadku stwierdzenia wady postawy ciała, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej winien skierować dziecko do specjalisty w celu określenia zakresu problemu zdrowotnego i wskazania zakresu interwencji.

### **I.5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu**

Mając 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 wszystkim<sup>8</sup>:

- 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

<sup>7</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (tekst jednolity: Dz. U z 2016 r., poz. 86 z późn. zm.).

<sup>8</sup> 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.

odpowiedzialnych za wszechstronny rozwój dziecka – rodziców (opiekunów prawnych), wychowawców i nauczycieli (w tym przede wszystkim nauczycieli wychowania fizycznego i nauczycieli nauczania początkowego) 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.

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. 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, a następnie – wyniku zachodzących zmian prawnych – mogły być realizowane jedynie w ramach zajęć wychowania fizycznego, godzin do dyspozycji dyrektora oraz tzw. godzin karcianych prowadzonych z uwzględnieniem zapisów ustawy Karta Nauczyciela<sup>9</sup>, 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.

Mając na uwadze dostępne opracowania i źródła danych, można przyjąć, iż w ramach profilaktyki i korekcji wad postawy ciała wskazane i celowe jest prowadzenie następujących działań:

- coroczne wykonywanie badań kwalifikacyjnych w kierunku wad postawy wszystkich uczniów zwłaszcza młodszych klas szkół podstawowych (badania winny być realizowane przez prowadzących zajęcia gimnastyki korekcyjnej przy współpracy z pielęgniarkami /higienistkami szkolnymi);
- prowadzenie dla wymagających tego typu interwencji uczniów regularnych zajęć z zakresu gimnastyki korekcyjnej, jako zajęć dodatkowych, realizowanych na terenie placów szkolnych;
- 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.

Programy profilaktyki (i korekcji) wad postawy u dzieci i młodzieży wpisuje się w zakres następujących priorytetów zdrowotnych, określonych w rozporządzenia Ministra Zdrowia<sup>10</sup>:

<sup>9</sup> Art. 42 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 26 stycznia 1982 r. Karta Nauczyciela (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1189 z późn. zm.).

<sup>10</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. z 2009 r. Nr 137, poz. 1126).

- zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia;
- zmniejszenie przedwczesnej zachorowalności i ograniczenie negatywnych skutków przewlekłych schorzeń układu kostno-stawowego.

## **II. Cele programu**

### **II.1. Cel główny**

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

### **II.2. Cele szczegółowe**

- zwiększenie świadomości zdrowotnej uczniów, rodziców/opiekunów 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.

### **II.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.

### **II.4. Mierniki efektywności odpowiadające celom programu**

- wyniki badań przesiewowych dzieci objętych programem i uczestniczących w zajęciach gimnastyki korekcyjnej,
- wyniki ankiety przeprowadzonej wśród rodziców.

## **III. Adresaci programu**

### **III.1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe**

Program profilaktyki i korekcji wad postawy ciała skierowany jest do uczniów klas I-III publicznych szkół podstawowych, ich rodziców (opiekunów prawnych), nauczycieli i wychowawców, z tym że w części dotyczącej zajęć z zakresu gimnastyki korekcyjnej – wyłącznie do uczniów. Wielkość populacji objętej programem oszacowano w pkt. I.3.

### **III.2. Tryb zapraszania do programu**

Program skierowany jest przede wszystkim do uczniów klas I-III publicznych szkół podstawowych oraz ich rodziców (opiekunów prawnych). Informacje dotyczące możliwości uczestniczenia w programie będą przekazywane podczas zebrań klasowych dla rodziców uczniów. W programie będą uczestniczyć wyłącznie dzieci, których rodzice/opiekunowie wyrazili pisemną zgodę na udział w programie. Zebranie zgód rodziców/opiekunów będzie należało do obowiązków realizatora/realizatorów programu.

Informacja o programie będzie również przekazywana ogółowi społeczeństwa w ramach rutynowych działań promocyjno-informacyjnych Gminy Cieszyn na stronach internetowych Gminy oraz Urzędu Miejskiego w Cieszynie w lokalnych mediach.

## **IV. Organizacja programu**

### **IV.1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne**

1.1. Opracowanie programu (działanie krótkoterminowe).

1.2. Postępowanie organizacyjne:

- a. wybór prowadzącego/prowadzących zajęcia gimnastyki korekcyjnej w trybie konkursu ofert zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami<sup>11</sup>;
- 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. 1.3.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. 1.3.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.

1.3. Postępowanie medyczne:

- a. we wrześniu każdego roku prowadzący zajęcia gimnastyki korekcyjnej dokonuje/dokonują oceny uczniów klas I-III pod kątem wad postawy ciała w celu wyłonienia następujących grup uczniów (np. test Bertranda-Adamsa, wykorzystanie skoliometrów Bunnella, umożliwiających obiektywną ocenę zmian w jednej z trzech

---

<sup>11</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.).



płaszczyzn typowych dla skoliozy; sprzęt ten został zakupiony na potrzeby publicznych szkół podstawowych ze środków budżetu miasta):

- grupa A – dzieci bez nieprawidłowości postawy ciała i nie wymagające objęcia ćwiczeniami ukierunkowanymi na korygowanie wad postawy ciała;
  - grupa B – dzieci z nieprawidłowościami postawy ciała, nie wymagające uczęszczania na stałe w zajęciach gimnastyki korekcyjnej, mogące korygować nieprawidłowości postawy ciała poprzez ćwiczenia prowadzone w domu pod nadzorem rodziców;
  - grupa C – dzieci wymagające objęcia regularnymi zajęciami gimnastyki korekcyjnej w ramach szkolnych zespołów gimnastyki korekcyjnej, o różnym stopniu intensywności;
  - grupa D – dzieci wymagające leczenia w wyspecjalizowanych placówkach opieki zdrowotnej;
- b. podział przebadanej populacji uczniów na grupy ćwiczeniowe oraz grupy dzieci ćwiczących domu, wymagające instruktazu 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. instruktaz dzieci zakwalifikowanych do ćwiczeń domowych w ramach zajęć jak wyżej;
- e. powtórne wykonanie przez prowadzących zajęcia gimnastyki korekcyjnej oceny uczniów z grup B i C w kierunku wad postawy ciała w celu stwierdzeniu poprawy stanu zdrowia (ocena realizowana w czerwcu każdego roku lub na bieżąco);
- f. przekazanie rodzicom/opiekunom 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 – pisemne poinformowanie rodziców o konieczności uzyskania stosownego skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.
- 1.4. Postępowanie edukacyjne:
- a. edukacja rodziców/opiekunów w zakresie wad postawy ciała w ramach spotkań – zebrań dla rodziców w wymiarze 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 – w wymiarze co najmniej jednej godziny lekcyjnej.

## **IV.2. Planowane interwencje**

W ramach programu zaplanowano następujące działania/interwencje:

- edukację z zakresu profilaktyki i korekty wad postawy dla rodziców/opiekunów uczniów klas I-III (podczas spotkań klasowych), a także dla nauczycieli wychowania początkowego oraz wychowania fizycznego, mającą na celu zwiększenie świadomości zdrowotnej oraz zwrócenie uwagi na bezpieczne zachowania zdrowotne i zachęcenie do dbania o prawidłową postawę ciała poprzez profilaktyczne ćwiczenie korekcyjne;
- ocenę uczniów klas I-III pod kątem wad postawy ciała;
- instruktaz uczniów nie wymagających uczęszczania na stałe zajęcia gimnastyki korekcyjnej (grupa B – patrz pkt IV.1.3.a), w zakresie ćwiczeń niezbędnych do wykonywania w domu pod nadzorem rodziców, w celu skorygowania nieprawidłowości postawy ciała;

- objęcie zakwalifikowanych uczniów (grupa C – patrz pkt IV.1.3.a) regularnymi zajęciami gimnastyki korekcyjnej w ramach szkolnych zespołów gimnastyki korekcyjnej, o różnym stopniu intensywności.

#### **IV.3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników**

- do programu zostaną zaproszeni wszyscy uczniowie klas I-III publicznych szkół podstawowych z terenu Gminy Cieszyn (7 szkół) w danym roku szkolnym, w kolejnych latach realizacji programu (program adresowany do 100% tak określonej populacji);
- udział w programie wyłącznie uczniów, których rodzice/opiekunowie wyrazili stosowną zgodę;
- kwalifikacja do poszczególnych grup A, B, C oraz D będzie prowadzona przez realizator/realizatorów programu w oparciu o badania przesiewowe pod kątem wad postawy (patrz pkt IV.1.3.a).

#### **IV.4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu**

Spotkania edukacyjne dla rodziców/opiekunów prawnych uczniów klas I-III będą odbywały się oddzielnie dla poszczególnych roczników klas w każdej ze szkół. Wyłonieni w drodze konkursu realizatorzy programu są zobowiązani do przeprowadzenia spotkania edukacyjnego w wymiarze co najmniej 1 godziny lekcyjnej.

Zarówno kwalifikacja dzieci do grup (patrz pkt IV.1.3.a) przez realizatora/realizatorów, jak i zajęcia gimnastyki korekcyjnej dla grup B i C w wymiarze 1 godziny tygodniowo dla każdego oddziału przez cały rok szkolny, będą prowadzone w każdej ze szkół w oparciu o istniejące zaplecze lokalowe, z wykorzystaniem sprzętu będącego na wyposażeniu szkół (np. sprzęt do gimnastyki korekcyjnej, skoliometry Bunnella). Zajęcia te będą przeprowadzane w szkołach w ramach dodatkowych zajęć dla uczniów danej szkoły, w oparciu o ustalony z dyrektorami harmonogram. Realizatorem/realizatorami programu będą osoby posiadające uprawnienia do prowadzenia zajęć gimnastyki korekcyjnej oraz doświadczenie w prowadzeniu działalności w zakresie profilaktyki i korekcji wad postawy ciała.

#### **IV.5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych**

Na dzień opracowania niniejszego programu profilaktyka wad postawy ciała (rozumianego jako zajęcia gimnastyki korekcyjnej realizowanej w placówkach oświatowych) jest świadczeniem niedostępnym w systemie opieki zdrowotnej, w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ. Program umożliwia wybranej populacji adresatów dostęp do wiedzy dotyczącej wad postawy ciała (poprzez działania edukacyjne), wstępnej diagnozy oraz bezpłatnych ćwiczeń korekcyjnych. Poinformowanie rodziców/opiekunów dzieci objętych programem i zakwalifikowanych do grup B, C i D (patrz pkt IV.1.3.a) uświadomi im konieczność udania się do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w celu pogłębienia diagnostyki i podjęcia dalszych działań zdrowotnych w adekwatnym do potrzeb zakresie. Realizacja niniejszego programu jest uzupełnieniem świadczeń zdrowotnych, finansowanych przez NFZ.

#### **IV.6. Spójność merytoryczna i organizacyjna**

Świadczenia objęte niniejszym programem – przede wszystkim działania edukacyjne oraz zajęcia gimnastyki korekcyjnej – nie są świadczeniami gwarantowanymi, objętymi programami realizowanymi przez NFZ lub ministra właściwego ds. zdrowia. Co do przyjętych rozwiązań merytorycznych i organizacyjnych, niniejszy program jest spójny z rekomendacjami ekspertów<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> 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.

#### **IV.7. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu, jeżeli istnieją wskazania**

Uczestnictwo w programie ma na celu otrzymanie przez rodzica/opiekuna wstępnej diagnozy w zakresie wad postawy ciała jego dziecka wraz z możliwością skorzystania z profilaktyki poprzez uczestnictwo w zajęciach gimnastyki korekcyjnej lub ich realizacji w domu. Uczestnictwo danego dziecka w programie wymaga pisemnej zgody rodzica/opiekuna, a rezygnacja – również w formie pisemnej – będzie możliwa na każdym etapie trwania programu, bez konieczności podawania przyczyny rezygnacji.

W przypadku zaprzestania realizacji programu z przyczyn niezależnych, w szczególności:

- wycofania się Gminy Cieszyn z finansowania programu,
- włączenia profilaktyki wad postawy ciała do świadczeń finansowanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego,

możliwe będzie korzystanie ze świadczeń w zakresie wynikającym z obowiązujących regulacji formalno-prawnych.

#### **IV.8. Bezpieczeństwo planowanych interwencji**

Na dzień opracowania niniejszego programu polityki zdrowotnej, profilaktyka wad postawy ciała nie jest finansowana w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. Program polityki zdrowotnej zapewnia wybranej populacji adresatów dostęp do bezpłatnych konsultacji w zakresie wad postawy ciała, edukacji dla dzieci i rodziców/opiekunów, nauczycieli oraz bezpłatnych zajęć z gimnastyki korekcyjnych, które będą finansowane z budżetu miasta (Gminy Cieszyn).

Program polityki zdrowotnej zakłada, że świadczenia realizowane będą w placówkach oświatowych (szkołach podstawowych), co ułatwia pod względem organizacyjnym uczestnictwo dzieci w zajęciach. Dzieci zakwalifikowane do grup B i C (patrz pkt IV.1.3.a) będą mogły uczestniczyć w zajęciach pod nadzorem osoby posiadającej specjalistyczne kwalifikacje, natomiast rodzice uczniów z grupy D będą mogli podjąć we własnym zakresie i na własną odpowiedzialność działania w zakresie dalszej diagnostyki oraz leczenia stwierdzonych wad postawy ciała, np. za pośrednictwem odpowiedniej placówki medycznej, realizującej świadczenia w ramach kontraktu z NFZ. Realizacja programu jest uzupełnieniem świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ. Badanie w kierunku wykrycia wad postawy i skierowanie do dalszych oddziaływań korekcyjno-leczniczych refundowanych przez NFZ, odbywa się tylko po uzyskaniu skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, co często wiąże się z długoterminowym oczekiwaniem na wizytę, dlatego też realizacja przedmiotowego programu ułatwi uczniom klas I-III szkół podstawowych Gminy Cieszyn dostęp do wczesnej wstępnej diagnostyki w kierunku wykrycia wad postawy ciała, jak też oddziaływań terapeutycznych, nakierowanych na profilaktykę i korektę wad postawy.

#### **IV.9. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu**

Realizatorem/realizatorami programu będą osoby posiadające uprawnienia do prowadzenia zajęć gimnastyki korekcyjnej oraz doświadczenie w prowadzeniu działalności w zakresie profilaktyki i korekcji wad postawy ciała, zgodnie z wymogami przepisów odrębnych oraz lekarze specjaliści w zakresie wad postawy ciała (w przypadku realizacji pkt. IV.1.2.b). Przed przystąpieniem do programu zgodę na uczestnictwo musi wyrazić rodzic/opiekun prawny dziecka. Metody badań przesiewowych pod kątem wad postawy ciała są metodami bezinwazyjnymi.

Realizator programu będzie miał zabezpieczone odpowiednie warunki lokalowe oraz dostępu do sprzętu, niezbędnego do prawidłowego wykonania zajęć gimnastyki korekcyjnej z uwagi na realizację tych zajęć w szkołach podstawowych, posiadających niezbędne pomieszczenia i wyposażenie w tym zakresie. Obowiązkiem realizatora programu będzie posiadanie ważnej umowy/polisy w zakresie ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej. Szczegółowe warunki realizacji świadczeń w ramach programu zostaną określone w ogłoszeniu konkursowym na wybór realizatora.

#### **IV.10. Dowody skuteczności planowanych działań**

Prowadzenie programów wczesnej diagnostyki wad postawy ciała u dzieci i młodzieży jest powszechnie rekomendowane przez wielu ekspertów z zakresu ortopedii i rehabilitacji, pomimo braku przekonujących dowodów efektywności<sup>13</sup>.

Istnieje szereg negatywnych rekomendacji w zakresie prowadzenia programów przesiewowych (zarówno badań przesiewowych, jak i wczesnego leczenia za pomocą ćwiczeń) z uwagi na brak dowodów efektywności klinicznej – np. U.S. Preventive Services Task Force lub UK National Screening Committee. Przeciwnie stanowisko prezentują natomiast m.in. Academy of Orthopedic Surgeons, Scoliosis Research Society, Pediatric Orthopedic Society of North America, American Academy of Pediatrics. W Polsce w 2009 r. opublikowane zostały rekomendacje (opracowane na zlecenie Ministra Zdrowia) dotyczące profilaktyki wad postawy ciała u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania<sup>14</sup>, wskazujące – jako celowe i uzasadnione – działania profilaktyczne realizowane na terenie placówek oświatowo-wychowawczych poprzez m.in. dyrektorów, wychowawców, nauczycieli (w tym wychowania fizycznego), a także pielęgniarki/higienistki szkolne. Niniejszy program jest zgodny w swym zakresie z powyższymi rekomendacjami.

#### **IV.11. Informacje na temat podobnych programów zdrowotnych wykonywanych w zgłaszającej program lub w innych jednostkach samorządu terytorialnego**

Gmina Cieszyn realizuje program polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki wad postawy ciała od 2000 r. Podobne programy realizowało lub realizuje szereg innych jednostek samorządu terytorialnego w Polsce, między innymi:

- Pruszcz Gdański – „Program profilaktyki wad postawy u dzieci z klas 0-VI realizowany przez Gminę Miejską Pruszcz Gdański w 2014 roku” (opinia Prezesa AOTM nr 200/2014);
- Dobroń – „Program profilaktyki wad postawy u dzieci w wieku szkolnym” (opinia Prezesa AOTM nr 27/2016);
- Jastrzębie Zdrój – „Program profilaktyki otyłości i wady postawy wśród dzieci miasta Jastrzębie-Zdrój” (opinia Prezesa AOTM nr 119/2016);
- Płock – „Program profilaktyki wad postawy dla dzieci z klas I szkół podstawowych w latach 2016-2017” (opinia Prezesa AOTM nr 10/2017).

### **V. Koszty**

#### **V.1. Koszty jednostkowe**

Na koszt realizacji programu będą składały się koszty prowadzenia zajęć gimnastyki korekcyjnej klas I-III oraz spotkań edukacyjnych z nauczycielami i rodzicami. Program będzie realizowany będzie w wymiarze 1 godziny lekcyjnej zajęć gimnastyki dla każdego z oddziałów przez cały rok szkolny oraz co najmniej 1 godziny lekcyjnej dla nauczycieli z każdej szkoły i co najmniej 1 godziny lekcyjnej na spotkanie z rodzicami/opiekunami dla każdego rocznika w każdej ze szkół. Na podstawie doświadczeń z realizacji programu w 2017 r. można przyjąć, że jednostkowy koszt 1 godziny ww. zajęć wyniesie szacunkowo 50-60 zł brutto.

Koszt działań informacyjnych dotyczących wszystkich finansowanych z budżetu miasta Cieszyna programów polityki zdrowotnej nie jest wliczony w koszt realizacji programów polityki zdrowotnej.

#### **V.2. Planowane koszty całkowite**

Koszt ogółem realizacji programu w 2018 r. – przy założeniu, że programem zostanie objętych 41 oddziałów klas I-III funkcjonujących w roku szkolnym 2017/18 oraz tyle samo w roku

<sup>13</sup> Patrz m.in. opinia Prezesa AOTM nr 10/2017.

<sup>14</sup> 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.

szkolnym 2018/2019, w publicznych szkołach podstawowych na terenie Cieszyna – powinien zamknąć się w kwocie od **82 000 zł do 98 400 zł**. Należy zaznaczyć, że ostateczna liczba oddziałów szkolnych może ulec zmianie w kolejnym roku szkolnym.

Zbliżone koszty roczne należy przyjąć dla kolejnych lata realizacji programu (2019-2020).

### **V.3. Źródło finansowania**

Całość kosztów wynikających z realizacji niniejszego program będzie ponosić budżet Gminy Cieszyn.

### **V.4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne**

- według danych Zakładu Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka aż 90% dzieci w Polsce cierpi obecnie na wady postawy (głównie kręgosłupa, kolan i stóp) – skala problemu wskazuje, że jest to istotny problem zdrowotny dotyczący określonej populacji;
- w Polsce brak jest refundowanych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego lub systemu oświaty zajęć gimnastyki korekcyjnej;
- program został opracowany po rozpoznaniu lokalnych potrzeb i zasobów, w oparciu o dotychczasowe wieloletnie doświadczenia w zakresie realizacji podobnych działań;
- przyjęte założenia wyboru realizatora/realizatorów programu zapewnia optymalną dostępność do świadczeń objętych niniejszym programem;
- program umożliwi oddziaływanie edukacyjne i lecznicze skierowane do grupy docelowej dzieci zagrożonych utrwaleniem wad postawy;
- wybrana grupa adresatów – uczniów w wieku 7-9 lat raz ich rodziców/opiekunów jest zgodna z rekomendacjami ekspertów oraz optymalna w aspekcie możliwości finansowych Gminy Cieszyn.

## **VI. Monitorowanie i ewaluacja**

### **VI.1. Ocena zgłaszalności do programu**

Ocenię zostanie poddane zainteresowania ze strony rodziców/opiekunów udziałem w programie, wyrażone następującymi obiektywnymi wartościami:

- odsetek uczniów, których rodzice nie wyrazili zgody na uczestnictwo w programie (w odniesieniu do całej populacji objętej programem – uczniów klas I-III szkół podstawowych);
- odsetek rodziców/opiekunów, którzy zrezygnowali z udziału ich dzieci w programie (w odniesieniu do początkowej liczby udzielonych zgód na udział w programie).

### **VI.2. Ocena jakości świadczeń w programie**

W celu zapewnienia wysokiej jakości świadczeń udzielanych w ramach programu, Gmina Cieszyn określi w warunkach konkursowych wymagania niezbędne do realizacji programu, dotyczące odpowiedzialności cywilnej realizatorów za udzielanie lub zaniechanie udzielania świadczeń/intervencji objętych programem, obowiązku udzielania świadczeń z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej, etyki zawodowej i z poszanowaniem praw osób biorących udział w programie. Ponadto realizatorzy programu będą zobligowani do ochrony danych osobowych osób biorących udział w programie na podstawie zawartej stosownej umowy.

Każdy uczestnik programu będzie poinformowany o możliwości zgłaszania pisemnych uwag i skarg do organizatorów programu w zakresie ich jakości. Ocena jakości świadczeń w programie będzie dokonana na podstawie uwag i skarg zgłaszanych do Urzędu Miejskiego w Cieszynie przez osoby objęte programem.

### **VI.3. Ocena efektywności programu**

Ocena efektywności programu będzie prowadzona w oparciu o:

- odsetek dzieci, u których stwierdzono poprawę stanu zdrowia w wyniku przeprowadzonych interwencji (w odniesieniu do całkowitej liczby dzieci zakwalifikowanych do grup B i C – patrz pkt IV.1.3.a);
- odsetek dzieci zakwalifikowanych do poszczególnych grup (patrz pkt IV.1.3.a) w kolejnym roku szkolnym (w porównaniu do adekwatnych danych z roku poprzedniego).

### **VI.4. Ocena trwałości efektów programu**

Zakładany zakres i sposób realizacji programu umożliwi przeprowadzenie oceny jego efektywności w odniesieniu indywidualnie do każdego z uczniów, który może uczestniczyć w nim nawet przez trzy kolejne lata, co roku będąc poddany ocenie w ramach wstępnych badań przesiewowych (patrz pkt IV.1.2.c) i dzięki gromadzeniu stosownych danych w założonej przez realizatora/realizatorów programu indywidualnej dokumentacji dla każdego dziecka (patrz pkt IV.1.3.a).

### **Uwagi końcowe**

Program będzie realizowany w latach 2018-2020, z możliwością kontynuacji w latach następnych. W przypadku włączenia profilaktyki wad postawy do działań finansowanych w ramach systemu świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, niniejszy program może zostać zakończony wcześniej lub stosownie zmodyfikowany np. w zakresie grupy adresatów.