

Wady postawy u dzieci i młodzieży w percepcji pielęgniarek

Nurses' perception of postural defects among children and adolescents

Katarzyna Kurc¹, Elżbieta Krajewska-Kułak², Jolanta Lewko²

¹Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

²Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Elżbieta Krajewska-Kułak
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
e-mail: elzbieta.krajewska@wp.pl

STRESZCZENIE

Wady postawy u dzieci i młodzieży w percepcji pielęgniarek

Wprowadzenie. Występowanie wad postawy w wieku rozwojowym ocenia się w przybliżeniu na 50-60% populacji zależnie od regionu.

Cel pracy. ocena wiedzy pielęgniarek z zakresu najczęściej występujących wad postawy u dzieci i młodzieży, trybu życia dzieci i młodzieży oraz profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży.

Materiał i metody. Badaniem metodą sondażową wykorzystaniem kwestionariusza ankietowego objęto 100 losowo wybranych zawodowo czynnych studentów studiów drugiego stopnia kierunku pielęgniarstwo.

Wyniki. W opinii większości (89%) studentów duży odsetek dzieci ma wady postawy. Poprawnie scharakteryzowało plecy okrągłe – 42% pielęgniarek, plecy wklęsłe – 39%, kolana koślawe – 32%, kolana szpotawe – 34%, klatkę piersiową szewską – 62%, klatkę piersiową kurzą – 73%, stopę płaską – 83%. Zdaniem badanych wpływ na prawidłową postawę mają: ćwiczenia i prawidłowe odżywianie (93%), obuwie (86%), materac (67%), aktywność ruchowa na świeżym powietrzu (56%), pływanie (67%). Zdaniem 67% pielęgniarek na studiach jest przekazywany odpowiedni zasób wiedzy na temat wad postawy u dzieci/młodzieży, jednak aż 89% z nich chciałaby poszerzyć swoją wiedzę w tej kwestii. Według 64% pielęgniarek fizjoterapeuta, ze względu na częstotliwość występowania wad postawy u dzieci/młodzieży, powinien być zatrudniony na stałe w szkole.

Wnioski. Poziom wiedzy zawodowo czynnych studentów pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku na temat najczęściej występujących wad postawy u dzieci i młodzieży, trybu życia dzieci i młodzieży oraz profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży jest dobry. Najlepszym źródłem wiedzy na temat wad postawy według ankietowanych były informacje uzyskane w toku kształcenia na studiach. Według znacznej części ankietowanych fizjoterapeuta powinien być zatrudniony w szkole.

Słowa kluczowe: wady postawy, pielęgniarstwo, wiedza

ABSTRACT

Nurses' perception of postural defects among children and adolescents

Introduction. The occurrence of postural defects at the developmental age is estimated at approximately 50-60% of the population according to the region.

Aim. To assess nurses' knowledge about the most common postural defects among children and adolescents, the style of life of children and young people and prevention posture in children and adolescents.

Materials and methods. The present study included 100 randomly selected second-year nursing students. We used the original questionnaire.

Results. Most respondents (89%) reported that faulty postures were more frequent. Nurses gave correct answers about round back – 42%, the back concave – 39%, knee valgus – 32%, knee varus – 34%, pectus excavatum – 62%, chicken chest – 73% flat feet – 83%. According to the respondents the correct posture is influenced by exercise and proper nutrition (93%), footwear (86%), mattress (67%), physical activity in the fresh air (56%), swimming (67%). According to 67% of nurses, knowledge during studies was appropriate about posture in children and adolescents, and 89% of them would like to expand their knowledge in this field. According to 64% of the respondents due to a high prevalence of postural defects, physiotherapists should be employed in the school.

Conclusions. The level of professional knowledge of nursing students of the Faculty of Health Sciences, Medical University of Białystok on the most common postural defects in children and adolescents, lifestyle, and prevention of the postural defects in children and adolescents is good. The best source of knowledge about the postural defects was obtained in the course of education in university. According to most the surveyed nurses, physical therapist should be employed in the school.

Keywords: postural defects, nurse, knowledge

WPROWADZENIE

Wady postawy w dzisiejszych czasach zajmują istotne miejsce wśród zjawisk społecznych ze względu na częstotliwość ich występowania. Według Wilczyńskiego [1] „*postawa jest nawykiem ruchowym kształtującym się na określonym podłożu neurologicznym, kostno-stawowym, więzadłowo-mięśniowym, środowiskowym i emocjonalno-wolitionalnym*” oraz „*cechą charakterystyczną każdego człowieka, zmienną nie tylko w rozwoju osobniczym, ale także w ciągu dnia, a prawidłowa powinna: zapewnić zrównoważenie i stabilność ciała, stanowić dogodną pozycję wyjściową do różnych ruchów, zapewniać dużą wydolność statyczno-dynamiczną, zapewnić ekonomię wydatku energetycznego, nie zaburzać czynności narządów wewnętrznych oraz spełniać wymogi estetyczne i psychiczne*” [1].

Postawa zmienia się przez całe życie. W okresie pierwszego roku życia człowieka, za Bąk [2] następuje najintensywniejszy wzrost (o połowę długości) oraz trzykrotne zwiększenie wagi ciała. Zgodnie z prawem kranio-kaudalnym, za Kutzner-Kozińska [3] z indyferentnego morfologicznie ustawienia kręgosłupa w okresie niemowlęcym wykształcają się stopniowo krzywizny fizjologiczne pozwalające na przyjęcie postawy pionowej już pod koniec pierwszego roku życia, jednak ich kształt nadal podlega przemianom. W okresie ponimowlęcym i przedszkolnym istnieje jeszcze wyraźna labilność, a pełna stabilizacja następuje dopiero w okresie szkolnym (m.in. lordoza szyjna stabilizuje się około 7., a łędźwiowa około 12. roku życia) [1]. Zmiany obserwuje się również w obrębie kończyn – po fazie niemowlęcej szpotawości, kolana wykazują tendencję do niewielkiej koślawości, zaś z początkiem okresu szkolnego osiągają kształt charakterystyczny dla osób dorosłych. W przypadku stóp – po okresie fizjologicznego płaskostopia, między 4.–5. rokiem życia pojawia się łuk podłużny (obydwa łuki sklepienia, czyli podłużny dynamiczny i poprzeczny przedni, wyraźne są dopiero w wieku 6 lat, a ich proces kształtowania jest niemal zakończony w wieku lat 8) [1, 2, 3]. W okresie szkolnym szczególnej uwagi wymagają dwa okresy krytyczne posturogenezy (ze względu na pojawianie się największej ilości wad): pierwszy okres krytyczny w wieku 6–7 lat (związany ze zmianą trybu życia, przejściu ze swobodnej, indywidualnie regulowanej przez dziecko aktywności ruchowej w narzucony kilkugodzinny system przebywania w pozycji siedzącej, często w niedogodnych warunkach) i drugi okres krytyczny – u dziewcząt w wieku 11–13 lat, u chłopców w wieku 13–14 lat (związany ze skokiem pokwitaniowym, gdzie następuje intensywny przyrost długości kończyn dolnych i tułowia, zmiana proporcji ciała i dotychczasowego układu środków ciężkości oraz brak zrównoważenia tych zmian siłą mięśniową) [1, 4, 5]. Od skoku pokwitaniowego do 21.–25. roku życia występuje ostateczne ukształtowanie postawy, natomiast po 50.–60. roku życia pojawiają się zwykle wielo-

narządowe zmiany inwolucyjne w postaci zwiotczenia aparatu torebkowo-więzadłowego oraz zwyrodnienia stawów – istnieje możliwość pojawienia się „garbu starczego” oraz m.in. ustawienia zgięciowego kończyn dolnych [1].

Występowanie wad postawy w wieku rozwojowym ocenia się w przybliżeniu na 50–60% populacji zależnie od regionu [6]. Z reguły są to wadliwe postawy nawykowe, które w znacznym stopniu wpływają na zwiększenie w populacji grupy osób z wadami postawy. Na podstawie danych pochodzących z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) [6], sporządzonych w oparciu o druk MZ-11 sprawozdanie o działalności i pracujących w podstawowej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, w populacji dzieci i młodzieży w Polsce, w roku 2007 zdiagnozowano 417.381 zniekształceń kręgosłupa, co stanowiło 5,19% populacji w wieku 0–18 lat. Zmiany w elementach szkieletowych bezpośrednio związanych z kręgosłupem (klatka piersiowa, miednica) oraz zaburzenia pozostałych odcinków narządu ruchu (kończyn dolnych i górnych) stanowią w sumie 45–55% ogółu wad postawy [6].

Wady postawy można podzielić na dwie grupy [1]: wrodzone (osteogenne, miogenne, neurogenne) oraz nabyte (rozwojowe, nawykowe).

Wada postawy, jeśli nie jest wrodzona, posiada trzy charakterystyczne okresy zmian [2]:

- I okres (zmian czynnościowych), kiedy jedne grupy mięśni wykazują zwiększone napięcie, inne ulegają osłabieniu i rozciągnięciu. Takie ich działanie odpowiednio wpływa na stan więzadeł i torebek stawowych danego odcinka. Ruchomość stawów kręgosłupa jest zachowana, człowiek może przybierać prawidłową postawę, jeśli przyczyną zmian nie jest całkowite wypadnięcie czynności mięśni (porażenie);
- II okres (przykurczów) – w odpowiednich mięśniach i więzadłach wystąpiły zmiany morfotyczne (przykurcze lub rozciągnięcia), a ruchomość kręgosłupa jest ograniczona. Człowiek nie jest w stanie skorygować postawy. W tym okresie udaje się odpowiednim prowadzeniem leczenia zachowawczego uzyskać znaczną poprawę, a niekiedy nawet wyleczyć wadę;
- III okres (zmian strukturalnych kości, przykurczów utrwalonych) – wzrost w nieprawidłowym ustawieniu kręgów doprowadził do zmian tkanek miękkich i w kościach. Ruchomość w stawach jest zniesiona, przez co gimnastyka lecznicza może tylko zapobiegać pogarszaniu się wady lub sprowadzać niewielką poprawę.

Ze względu na wagę działania pielęgniarki w zakresie wad postawy [6] określenie stanu jej wiedzy z tegoż działu wydaje się być niezwykle istotne.

CEL PRACY

Celem pracy była ocena wiedzy pielęgniarek z zakresu najczęściej występujących wad postawy u dzieci i młodzieży,

trybu życia dzieci i młodzieży oraz profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży.

MATERIAŁ I METODY

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę RI-002/534/2012 Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, z dnia 25 października 2012 roku. Badania prowadzono od października 2012 roku do kwietnia 2013 roku. Badaniem objęto 100 losowo wybranych zawodowo czynnych studentów studiów drugiego stopnia kierunku pielęgniarstwo Wydziału Nauk o Zdrowiu UMB. Badania zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankietyowanego skonstruowanego na potrzeby obecnego badania, składającego się z dwóch części: ogólnej – zawierającej 8 pytań i szczegółowej – zawierającej 41 pytań.

Podczas analizy danych pochodzących z badań kwestionariuszowych, w celu opisu zgromadzonego materiału badawczego, jak i w celu określenia wiarygodności zależności zaobserwowanych w próbie i możliwości ich uogólnienia na całą populację, zastosowano wybrane narzędzia opisowe. Opis zgromadzonych danych polegał na przeprowadzeniu ich grupowania – dla cech nominalnych (z wyróżnieniem liczności i częstości występowania poszczególnych wariantów badanych cech) lub wyznaczeniu statystyk opisowych – dla cech mierzalnych. Wyniki zilustrowano za pomocą rycin.

WYNIKI

W grupie 100 badanych było 100 kobiet (100% badanych). Badane w wieku 21–30 lat stanowiły 67%, w wieku 31–40 lat – 31% oraz w wieku od 41. do 50. roku życia – 2%. Zdecydowana większość ankietowanych (89%) mieszkała w mieście i posiadała co najmniej wykształcenie wyższe niepełne (tj. licencjat – 63%).

Wśród badanych: 17% pracowało na oddziale zabiegowym (chirurgia onkologiczna – 2 osoby; chirurgia ogólna – 5 osób; chirurgia naczyń i transplantologii – 2 osoby; oddział intensywnej terapii – 3 osoby; chirurgia klatki piersiowej – 2 osoby; chirurgia dziecięca – 1 osoba; kardiocirurgia – 2 osoby). 27% badanych pracowało na oddziale zachowawczym (endokrynologia – 3 osoby; internistyczny – 4 osoby; gastrologia – 4 osoby; neurologia – 8 osób; kardiologia – 8 osób; gastroenterologia – 1 osoba). Na innych oddziałach pracowało 25% badanych (szpitalny oddział ratunkowy – 11 osób; stacja dializ – 2 osoby; hospicjum – 1 osoba; psychiatria – 2 osoby; pediatria – 9 osób), a 31% pracowało w poradniach (podstawowa opieka zdrowotna – 18 osób; ortopedyczna – 3 osoby; alergologiczna – 2 osoby; ginekologiczna – 3 osoby; chorób zakaźnych – 1 osoba; kardiologiczna – 4 osoby).

Spośród wszystkich respondentów specjalizację posiadało 39% (zachowawcza – 29 osób; anestezjologiczna – 18 osób; epidemiologiczna – 5 osób; medycyna ratunkowa – 11 osób; chirurgiczna – 7 osób; psychiatryczna 2 osoby, a niektórzy badani nawet po dwie specjalizacje).

Staż pracy ponad połowy badanych (59%) wynosił od 1 do 5 lat, natomiast 39% ankietowanych pracowało od 6 do 10 lat w zawodzie. Tylko 2 osoby posiadały staż pracy

od 11 do 15 lat. Wśród ankietowanych – 32% pracowało, jako pielęgniarki odcinkowe, 64% – jako pielęgniarki zabiegowe, 2% – jako pielęgniarki koordynujące oraz 2% na stanowisku rejestratorki medycznej (inne stanowisko).

Plecy okrągłe (pogłębiona kifoza odcinka piersiowego kręgosłupa) poprawnie scharakteryzowało 42% pielęgniarek. 28% z nich nie posiadało żadnej wiedzy z zakresu tejże wady postawy (manifestując to odpowiedzią „trudno powiedzieć”), a 30% udzieliło błędnej odpowiedzi.

W przypadku **pleców wklęsłych** (pogłębiona lordoza odcinka lędźwiowego kręgosłupa) poprawnej odpowiedzi udzieliło 39% osób, 30% osób źle scharakteryzowało tę wadę, a aż 31% osób nie posiadało żadnej wiedzy z tegoż zakresu.

Poprawnie scharakteryzować **kolana koślawe** (oś podudzia z osią uda tworzy kąt otwarty na zewnątrz) potrafiło 32% osób, błędnej odpowiedzi udzieliło 29% ankietowanych, natomiast 39% nie posiadało żadnej wiedzy z zakresu tej wady postawy.

W przypadku **kolan szpotawych** (oś uda z osią podudzia tworzy kąt otwarty do wewnątrz) 34% ankietowanych udzieliło poprawnej odpowiedzi, 25% osób – odpowiedziało błędnie, natomiast aż 41% z nich nie posiadało żadnej wiedzy z zakresu tejże wady.

Klatkę piersiową szewską (lejkowate zapadnięcie dolnej części mostka i przylegających odcinków żeber) poprawnie scharakteryzowało 62% studentów, 17% udzieliło błędnej odpowiedzi, natomiast 21% nie posiadało żadnej wiedzy z tego zakresu.

Klatkę piersiową kurzą (zniekształcenie mostka na kształt dzioba łodzi) poprawnie zdefiniowało 73% studentów, błędnej odpowiedzi udzieliło 5% studentów, natomiast 22% z nich nie posiadało żadnej wiedzy z zakresu tej wady postawy.

Poprawnej odpowiedzi z zakresu **stopy płaskiej** (obniżone sklepienie podłużne stopy) udzieliło 83% ankietowanych, błędnie odpowiedziało 5%, natomiast brak wiedzy wykazało 12% studentów.

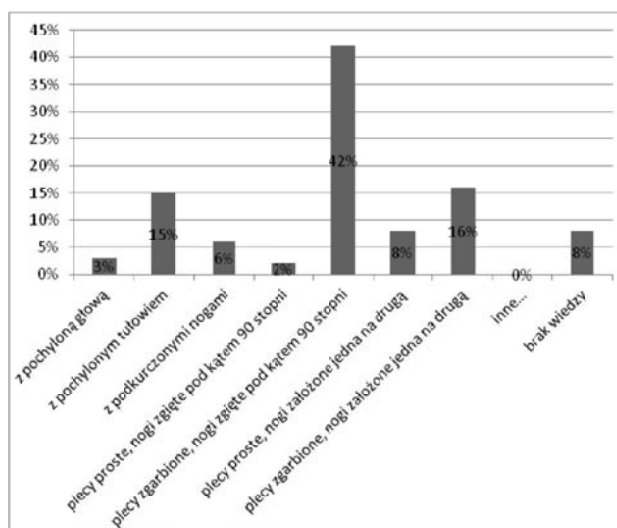
W opinii większości (89%) studentów duży odsetek dzieci ma wady postawy. Jedynie 9% z nich nie posiadało jakiegokolwiek wiedzy z tego tematu, a 2% stwierdziło, że problem wad postawy nie jest problemem na dużą skalę.

Podobna liczba pielęgniarek (87%) stwierdziła również, że wadliwa postawa ma ujemny wpływ na zdrowie człowieka, 7% nie posiadało żadnych informacji, a 6% uznało, że nie rzutuje ona na zdrowie człowieka.

Badane pielęgniarki zapytane o ilość czasu, jaką uczeń spędza siedząc w ławce w 44% zaznaczyły zakres od 6 do 7 godzin, 36% – do 5 godzin, 4% – od 7 do 9 godzin, a 16% osób nie potrafiło określić przedziału czasowego.

Kolejne pytanie dotyczyło długotrwałej pozycji siedzącej i jej ewentualnego wpływu na kształtowanie się postawy ciała – 72% ankietowanych stwierdziło, że ma ona wpływ, 9% nie zauważyło związku, a 19% nie posiadało wiedzy na ten temat.

W pytaniu odnoszącym się do pozycji jaką przyjmują uczniowie siedząc w ławkach – 42% respondentów wybrało plecy zgarbione, nogi zgięte pod kątem 90 stopni, 15% – z pochylonym tułowiem, 16% – plecy zgarbione, nogi założone jedna na drugą, a 8% osób nie potrafiło określić, w jaki sposób uczeń najczęściej siedzi w ławce. Pozostałe odpowiedzi zawiera rycina 1.



■ Ryc. 1. Pozycja jaką przyjmują siedzący w ławkach uczniowie (w %)

Według większości respondentów (89%) stoliki i krzesła nie są dostosowane do wzrostu uczniów (nie mają prawidłowych proporcji i wymiarów). Odmienne zdanie miało 8% osób, a 3% nie posiadało wiedzy z tego zakresu. W przypadku wagi plecaków/toreb – 76% badanych zauważyło, iż może on mieć wpływ na postawę ciała, 18% ankietowanych nie widziało takiego związku, natomiast 6% nie miało wiedzy na ten temat. 68% osób uważało, że uczeń najczęściej nosi plecak na jednym ramieniu, 24% – iż na obu ramionach, a 3% – że w ręku. Problem z jednoznaczną odpowiedzią miało 25% respondentów.

Odnosnie do gimnastyki śródlekcyjnej i jej wpływu na postawę ciała – 74% ankietowanych stwierdziło, że ma ona pozytywne znaczenie, 8% nie widziało pomiędzy tym związku, a 18% osób nie miało wiedzy na ten temat.

Według większości badanych gimnastyka taka powinna być prowadzona raz w ciągu wszystkich godzin zajęć dziennie (41%), 23% wybrało wariant że co drugą lekcję, 16% – że na każdej lekcji, natomiast 20% osób nie wykazało wiedzy w tym zakresie. Co do czasu trwania takiej gimnastyki, większość (77%) zdecydowała, że powinien być to zakres czasu od 1 do 2 godzin, że od 3 do 4 godzin – 8%, a 15% badanych nie potrafiło udzielić jednoznacznej odpowiedzi.

Zdaniem znacznej części ankietowanych (53%) uczniowie dziennie spędzają od 1 do 2 godzin na odrabianiu lekcji. O tym że zajmuje im to od 3 do 4 godzin przekonanych było 21% badanych, że powyżej 5 godzin – 6% badanych. Uczniowie zdaniem respondentów przyjmują przy tym pozycję pleców zgarbionych i nóg zgiętych pod kątem 90 stopni – 43% osób; pozycję z pochyloną głową – 7%; z pochylonym tułowiem – 11%; z podkurczonymi nogami – 3%; mają plecy proste, nogi zgięte pod kątem 90 stopni – 8%; plecy proste, nogi założone jedna na drugą – 14% lub plecy zgarbione, nogi założone jedna na drugą – 5%. Brak wiedzy na ten temat liczby godzin spędzanych przez dzieci przy odrabianiu lekcji – wykazało 20% osób, a brak wiedzy o przyjmowanej podczas tego pozycji – 9% badanych.

Według pielęgniarek uczniowie najczęściej (34%) spędzają dziennie przy komputerze od 3 do 4 godzin lub od 1 do 2 godzin – 32%. W opinii 19% badanych jest to nawet

więcej niż 5 godzin. Brak wiedzy w tej kwestii wykazało 15% osób. Respondenci uważali, że uczniowie w znacznej części przy komputerze przyjmują pozycję z plecami zgarbionymi, nogi założone jedna na drugą – 47%, mają pochyloną głowę – 2%; pochylony tułów – 6%; podkurczone nogi – 4%; plecy proste, nogi zgięte pod kątem 90 stopni – 2%; plecy zgarbione, nogi zgięte pod kątem 90 stopni – 22%; plecy proste, nogi założone jedna na drugą – 5%. Brak wiedzy w tym zakresie wykazało 12% osób.

Studenci w zdecydowanej większości stwierdzili, że ćwiczenia i prawidłowe odżywianie mają wpływ na postawę ciała (93%). Odmiennego zdania było 3% osób, a 4% nie wykazało wiedzy w tym zakresie.

W przypadku wpływu obuwia na postawę ciała – 86% badanych zauważyło go, 5% nie widziało związku, natomiast 9% nie posiadało wiedzy na ten temat.

Zdaniem 67% studentów materac ma wpływ na postawę ciała, w tym: materac miękki (43%), materac twardy (12%), a kolejne 12% nie potrafiło określić rodzaju materiału. Wiedzą w tej kwestii nie wykazało się 20% osób, a 12% stwierdziło, że materac nie ma związku z postawą ciała.

Ankietowani zapytani o systematyczność uczestniczenia dzieci/młodzieży w zajęciach wychowania fizycznego w 62% zgodzili się, że jest to udział systematyczny, 24% miało odmienne zdanie, a 14% studentów nie było zorientowanych w tym temacie.

Zdaniem respondentów dzieci/młodzież najczęściej preferują spędzanie wolnego czasu: przed komputerem (47%), przed telewizorem (22%), czytając książkę (3%), słuchając muzyki (6%), jeżdżąc na rowerze (2%) lub uprawiając jakąś dyscyplinę sportową – 3%. Aż 17% pielęgniarek nie udzieliło jednoznacznej odpowiedzi w tej kwestii.

Według 58% ankietowanych aktywność ruchowa na świeżym powietrzu ma wpływ na postawę ciała, 21% stwierdziło, że nie wpływa i kolejne 21% nie potrafiło odpowiedzieć na to pytanie.

Zdaniem 27% osób dzieci/młodzież spędzają na powietrzu od 2 do 3 godzin, 23% uznało, że jest to godzina dziennie, 19% respondentów stwierdziło, że zależy to od pory roku, natomiast 3%, że od pory dnia. Powyżej 5 godzin zaznaczyło 7% ankietowanych, a brak wiedzy w tym zakresie wykazało 21% studentów.

Zdaniem 67% osób na postawę ciała ma wpływ pływanie, z czym nie zgodziło się 14%, a brak zorientowania w tym temacie wykazało 19% studentów. Częstotliwość korzystania dzieci/młodzieży z pływalni została określona przez 48% ankietowanych jako sporadyczna, 6% uznało, że jest to raz w tygodniu, 2% 2-3 razy w tygodniu, natomiast 44% osób nie posiadało wiedzy z tego tematu.

Dostępność do badań diagnostycznych z zakresu wad postawy u dzieci/młodzieży 45% respondentów określiła jako dobrą, nie zgodziło się z tym 38% osób, a 17% studentów nie potrafiło odpowiedzieć.

Zdaniem 67% pielęgniarek na studiach jest przekazywany odpowiedni zasób wiedzy na temat wad postawy u dzieci/młodzieży, jednakże nie zgodziło się z tym pozostałe 33%. Za najlepsze źródło wiedzy w zakresie wad postawy 74% ankietowanych wskazało zajęcia na studiach; podręczniki fizjoterapii/rehabilitacji – 6%; Internet – 9%; TV – 2% i prasę fachową medyczną – 1%. Problem z udzieleniem jednoznacznej odpowiedzi miało – 8% badanych.

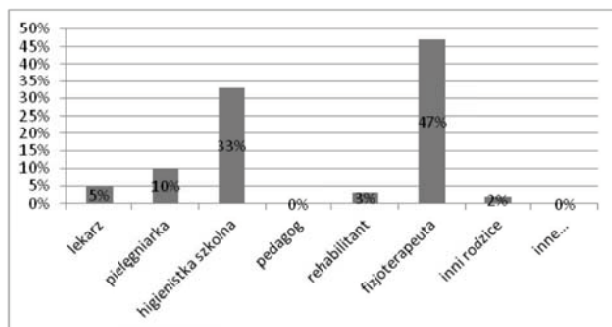
Respondenci, aż w 89% chcieliby poszerzyć swoją wiedzę na temat wad postawy, 4% osób nie wyraziło takiej chęci, a 7% nie było zdecydowanych w powyższej kwestii.

Wśród wymienionych przez badanych tematów, o jakie chcieliby poszerzyć swoją wiedzę znalazły się: podział wad postawy, szczegółowa znajomość objawów/ diagnostyka wad postawy (w tym: plecy okrągłe, plecy płaskie, plecy wklęsłe, kolana szpotawe, kolana koślawe, stopa płaska, skoliozy), przyczyny powstawania i mechanizm w/w wad postawy, szeroko rozumiana profilaktyka wad postawy (m.in. odpowiednio dopasowane obuwie, czas niezbędnego wysiłku fizycznego, odpowiedni materac, odpowiednio dostosowane krzesła i ławki, prawidłowa pozycja siedząca itp.), możliwa korekcja wad postawy, rehabilitacja w w/w wadach postawy, wpływ środowiska zewnętrznego na wady postawy u dzieci/młodzieży, skuteczność rehabilitacji w przypadku wad postawy oraz wpływ sportu (w tym pływania) na postawę ciała.

Według znacznej części (92%) ankietowanych wiedza z zakresu wad postawy powinna być przekazywana rodzicom. Z powyższym nie zgodziło się 3%, a pozostałe 5% osób nie potrafiło przedstawić swojego stanowiska.

Podobne wyniki uzyskała powinność przekazywania tej wiedzy dzieciom/młodzieży – 94% życzyłaby sobie tego, 2% były temu przeciwnie, natomiast 4% osób nie potrafiło udzielić jednoznacznej odpowiedzi.

Według niemalże połowy ankietowanych (47%) wiedzę taką powinien przekazywać fizjoterapeuta, 33% osób widziałoby w tej roli higienistkę szkolną, 10% – pielęgniarkę, 5% – lekarza, 3% – rehabilitanta, 2% – innych rodziców, natomiast nikt z respondentów nie wybrałby pedagoga. Pozostałe wskazania obrazuje rycina 2.



■ Ryc. 2. Osoby preferowane przez pielęgniarki do przekazywania im wiedzy

Najchętniej wybraną formą (46%) przekazywania wiedzy z zakresu wad postawy, w opinii respondentów były warsztaty oraz pogadanki (28%). Na rozmowy indywidualne zdecydowałoby się 19% osób, natomiast na prezentacje filmów – 7%.

Według 64% pielęgniarek fizjoterapeuta, ze względu na częstotliwość występowania wad postawy u dzieci/młodzieży, powinien być zatrudniony na stałe w szkole. Zdaniem 26% ankietowanych powinien być zatrudniony jedynie do prowadzenia ćwiczeń korekcyjnych, natomiast 3% respondentów nie widziało takiej potrzeby, a 7% nie potrafiło sprecyzować swojego zdania.

DYSKUSJA

Wady postawy ciała stały się zjawiskiem często występującym, szczególnie wśród dzieci i młodzieży, co wiąże się niejako z postępem cywilizacyjnym i zmianą trybu życia [7].

W literaturze przedmiotu, za Zielińskim [8], podkreśla się, iż w porównaniu z „kulturą zabaw ulicznych” w latach 50. i 60., można zauważyć, że dziś jest o wiele mniej przestrzeni do zabaw, gdyż podwórka, zieleńce, ogrody są bardzo często zorganizowane w sposób nieprzyjazny dzieciom [8].

Prawidłowemu rozwojowi postawy nie sprzyjają zwykłe również warunki środowiskowe w jakich przebywa dziecko, a które mają ogromny wpływ na powstawanie nabytych wad postawy.

Temat dużej częstotliwości występowania wad postawy wśród dzieci i młodzieży jest szeroko opisywany w literaturze, a liczni autorzy zauważają tendencję wzrostową występowania tychże nieprawidłowości [9–12].

Jankowicz-Szymańska i wsp. [13] stwierdzili, że 34,53% dzieci uczęszczających do szkół podstawowych mają stwierdzoną wadę postawy, w tym przede wszystkim skoliozę (25%), stopy płaskie (11,5%) oraz plecy okrągłe (5,8%).

Niemalże 90% pielęgniarek z badania Mrozkowiak [14] widziało problem wad postawy, jako częste zjawisko społeczne i było to potwierdzeniem rzeczywistego stanu rzeczy, bowiem w latach 2004–2006 odsetek dzieci z wadami postawy w samym województwie podlaskim wynosił około 87%.

Także prawie 90 spośród 100 obecnie badanych pielęgniarek zdawało sobie sprawę z faktu, iż wadliwa postawa ciała ma ujemny wpływ na zdrowie człowieka, a zaburzenie harmonii we wzajemnym ułożeniu poszczególnych części ciała, brak płynności i stabilności podporu z najmniejszym użyciem energii, pociąga za sobą niekorzystne zmiany kompensacyjne, powodujące zaburzenia w pracy narządu ruchu, a czasem także narządów wewnętrznych, co podkreśla także Kasperczyk [7].

Siła ciężkości i ciężar ciała powinny być przenoszone wzdłuż osi kręgosłupa, co za Borkowska, Gellera-Mac [15], zabezpiecza kręgosłup i krążki międzykręgowe przed przeciążeniami, a zatem pojawienie się np. wady postawy w płaszczyźnie strzałkowej (plecy wklęsłe, okrągłe) może w przyszłości doprowadzić do zmian degeneracyjnych i silnych dolegliwości bólowych.

Wydaje się, iż odpowiednia profilaktyka i/lub wczesna diagnostyka pozwoliłyby zmniejszyć odsetek dzieci, których dotyka tenże problem. Niestety nie zawsze rodzic jest pierwszą osobą zauważającą nieprawidłowości w postawie swojego dziecka, co wynika również z braku odpowiedniej wiedzy, a często pierwotne oznaki wykrywane są podczas badań przesiewowych w szkole, gdzie ogromną i niezwykle ważną rolę odgrywa pielęgniarka bądź higienistka szkolna.

Analiza obecnych wyników badań własnych ukazała, że poprawnie scharakteryzować poszczególne wady postawy (tj. plecy okrągłe i wklęsłe, klatkę piersiową szewską i kurzą, kolana koślawe i szpotawe oraz stopę płaską) potrafiła średnio ponad połowa pielęgniarek.

Największym problemem dla badanych okazało się określenie wady kolan koślawych (32% poprawnych odpowiedzi).

Pozostałe wady postawy nie stanowiły większej trudności w ich scharakteryzowaniu, szczególnie w wypadku stopy płaskiej, gdzie aż 84% pielęgniarek prawidłowo ją opisało. Wydaje się to niezwykle istotne, gdyż nieprawidłowe obciążanie stopy, za Kostrzębskim [16], wpływa na statykę miednicy, stawów biodrowych i stawów kolanowych, a nieodpowiednio funkcjonująca stopa rzutuje (w pozycji stojącej oraz szczególnie podczas chodu) na całą postawę ciała.

Prawie połowa ankietowanych stwierdziła, że uczeń spędza średnio od 6 do 7 godzin siedząc w ławkach, a ponad 70% zauważyła, iż długotrwała pozycja siedząca ma wpływ na kształtowanie się postawy ciała.

Najczęściej postrzeganą przez badanych pozycją, jaką przyjmują uczniowie w ławkach była pozycja ze zgarbionymi plecami i kończynami dolnymi zgiętymi w stawach biodrowych i kolanowych pod kątem 90 stopni, czyli nieprawidłowa (szczególnie w zakresie prawidłowego utrzymywania fizjologicznych krzywizn kręgosłupa).

Długotrwałe siedzenie w pozycji przygarbionej (zły nawyk, nieskorygowane wady wzroku, niewygodna ławka itp.) w okresie wzrostu prowadzi do jego utrwalenia i rozciągnięcia odpowiedniego odcinka mięśni grzbietu. Zmiany te nie są bez wpływu na wzrost kości, ponieważ odcinek kości bardziej obciążony, jak podkreśla Bąk [2] rośnie wolniej od mniej obciążonego (tzw. prawo Delpecha-Wolffa).

Jak zauważa Kasperczyk [17] podstawowym warunkiem zapewnienia równowagi mechanicznej, w ramach zrównoważenia „całości”, jest zrównoważenie się środków ciężkości poszczególnych segmentów – głowy, klatki piersiowej, miednicy. Jeśli jeden segment przemieści swój środek ciężkości, ulega zaburzeniu ogólna równowaga, powodując kompensacyjne przemieszczanie innych segmentów (najczęściej przez wygięcie którejs z krzywizn kręgosłupa czy pochyleń miednicy) [17].

Zdaniem zdecydowanej większości pielęgniarek stoliki i krzesła uczniów nie są odpowiednio przystosowane do ich wzrostu (prawidłowe proporcje i wymiary), co często ma odzwierciedlenie w przyjmowanej przez nich pozycji podczas siedzenia w ławce.

Kaczan i Sobieralska [18] zauważają, że środowisko szkolne ma ogromny wpływ na rozwój zdrowia dzieci ze względu na liczbę godzin jakie w niej spędzają, stąd eliminowanie negatywnych czynników oraz stwarzanie im jak najlepszych warunków pracy, powinno być podstawowym obowiązkiem i zadaniem szkoły, a wszelkie oddziaływania zapobiegawcze, wyrównujące i kompensujące – integralną częścią programów szkolnych i pozaszkolnych.

Znaczna część respondentów zauważyła również wpływ ciężkości i sposobu noszenia plecaków, czy toreb przez dzieci na postawę ciała – najczęściej wybieraną odpowiednią w drugim wypadku było noszenie plecaka na jednym ramieniu, co w konsekwencji wiąże się z asymetrycznym obciążaniem jednego z ramion.

W literaturze [3] podkreśla się, iż ciężar toreb i plecaków również ma wpływ na postawę, ponieważ dziecko chcąc zrównoważyć zbyt duże obciążenie, pochyla się do przodu (ergonomia chodu).

Ćwiczenia w ramach gimnastyki śródplecyjnej według ponad obecnie 70% ankietowanych mają wpływ na postawę ciała – większość z nich stwierdziła, że powinna ona trwać od 1 do 2 godzin, jednorazowo w ciągu wszystkich godzin zajęć.

Kutzner-Kozińska [3] uważa, że działanie ćwiczeń gimnastyki śródplecyjnej skierowane jest na aktywowanie rozciągniętych na skutek siedzenia w ławkach grup mięśniowych, z jednoczesnym rozciągnięciem i rozluźnieniem mięśni nadmiernie napiętych – wciągnięcie do pracy większych zespołów mięśniowych oraz układu krążenia i oddechowego. Mają one stanowić przeciwwagę dla monotypii pozycji pracy, odprężyć dziecko fizycznie i psychicznie, gdyż głównym mankamentem pracy i odpoczynku dzieci jest sedentaryjność (siedzący tryb życia) [3]. Można więc stwierdzić, że gimnastyka śródplecyjna powinna być nieodłączną częścią codziennego życia ucznia.

Zdaniem większości pielęgniarek dziecko spędza średnio od 1 do 2 godzin na odrabianiu lekcji, przyjmując w domu taką samą pozycję jak w szkole podczas siedzenia w ławce, czyli plecy zgarbione, kończyny dolne zgięte w stawach biodrowych i kolanowych do kąta 90 stopni.

Odnosnie ilości czasu, jaki dziecko spędza przed komputerem, najwięcej respondentów stwierdziło, że jest to od 3 do 4 godzin (34%) lub od 1 do 2 godzin (32%), przyjmując przy tym pozycję podobną do powyższej, z tym że kończyna dolna założona bywa jedna na drugą. Można zatem stwierdzić, że zdaniem pielęgniarek dziecko spędza w pozycji siedzącej (bardzo często nieprawidłowej) ok. 13 godzin (mniej więcej 6 godzin w domu oraz około 7 godzin w szkole).

Jako najczęstszą formę spędzania wolnego czasu wybraną przez dzieci i młodzież respondenci wybrali siedzenie przed komputerem (niemalże 50%) oraz oglądanie TV (ponad 20%). Tylko 7% pielęgniarek stwierdziła, że dzieci aktywnie spędzają czas wolny (jazda na rowerze, sport), co niestety jest zgodne z rzeczywistym stanem rzeczy.

Powyższe potwierdzają badania Piekarskiego i wsp. [19], które dotyczyły 100 uczniów Publicznego Gimnazjum Nr 1 w Jelnicy w powiecie bialskim w województwie lubelskim. Uzyskane wyniki pozwoliły autorom [19] na stwierdzenie, że najczęściej (65%) badani korzystali z Internetu codziennie, prawie 24% robiło to kilka razy w tygodniu, 2% – raz w tygodniu, 1% – kilka razy w miesiącu, 4% – rzadziej niż raz w miesiącu, a 4% – nie sprecyzowało częstości korzystania z Internetu. Trzynastu osób uważało, że spędza zbyt mało czasu w Internecie i podobna liczba osób (12), sądziła, że poświęca na to zbyt dużo czasu. 60% gimnazjalistów uznało natomiast, że czas spędzany przez nich w Sieci był wystarczający, zaś 15% miało problem z konkretną deklaracją. Uczniowie spędzali zróżnicowaną liczbę godzin przed komputerem, w tym 26% poświęcało na tę czynność 0,5–1 godziny dziennie, 21% – 3 godziny, 19% – 2 godziny, 12% – 4 godziny, 6% – 7 godzin, po 4% – 5 lub 6 godzin, 1% – 8 godzin, a 1% nie zadeklarowało jednoznacznie czasu spędzanego w sieci. W ujęciu tygodniowym – 33% badanych spędzało do 10 godzin w sieci, 20% – 11–20 godzin, 16% – 21–30 godzin, 12% – 31–40 godzin, 6% – 51–60 godzin, 4% – 41–50 godzin, 1% – 61–70 godzin, a 1% nie zadeklarowało jednoznacznie czasu spędzanego w sieci [19].

Kutzner-Kozińska [3] zaznacza, iż stwierdzane ograniczenie aktywności ruchowej na rzecz siedzącego trybu życia przyczyniają się do powstawania określonych zmian adaptacyjnych, które upośledzają wydolność, dlatego też drogą doboru odpowiednich czynników wewnątrz i zewnątrz środowiskowych należy ograniczyć, bądź usunąć ich negatywny wpływ [3].

Prawie wszystkie wśród badanych pielęgniarek (94%) stwierdziły, że ćwiczenia i prawidłowe odżywianie mają wpływ na postawę ciała.

Jak zauważa Zalewska [20] młodzież i dzieci często z niechęcią ustosunkowują się do jakiejkolwiek aktywności fizycznej, co potwierdzają badania Najwyższej Izby Kontroli [21]. Nasila się również proces wiotczenia mięśni, zmniejsza tempo metabolizmu i zwiększa zaś tendencja do odkładania tkanki tłuszczowej. Powoduje to dalszy spadek ogólnej sprawności fizycznej i wydolności organizmu. Żywnienie również powinno stanowić bardzo istotny element promocji zdrowia w szkole. Należy pamiętać, iż jedynie prawidłowo skomponowana dieta umożliwia człowiekowi prawidłowe funkcjonowanie w różnych warunkach i stanach fizjologicznych, dlatego też podstawowe zadania szkoły w zakresie „zdrowego” żywienia powinny w głównej mierze koncentrować się na przedstawianiu zasad żywienia w profilaktyce chorób cywilizacyjnych i zasad komponowania zbilansowanej diety [20]. Autorka [20] zaznacza również, że złe dobrana dieta oraz ograniczona aktywność fizyczna są czynnikami ryzyka w złożonej etiologii tzw. metabolicznych schorzeń cywilizacyjnych (schorzenia układu sercowo-naczyniowego, cukrzyca insulinozależna, otyłość, osteoporoza i inne). Prawidłowe żywienie połączone z regularnie podejmowaną aktywnością fizyczną są kluczowymi czynnikami środowiskowymi warunkującymi optymalny rozwój oraz utrzymanie wysokiego potencjału zdrowotnego człowieka (w tym prawidłowej postawy ciała) [20].

Zdaniem znacznej większości obecnych respondentów, odpowiednie obuwie ma wpływ na postawę ciała. Borkowska i Gellea-Mac [15] zaznaczają, iż buty wywierają szczególny wpływ na rosnące nogi dziecka. Najmłodsze dzieci, jak najdłużej i jak najczęściej, powinny chodzić boso po różnorodnym podłożu. But powinien wzmacniać stabilizację stopy, ale jednocześnie nie może ograniczać jej fizjologicznych ruchów podczas chodzenia i uciskać stopy (prowadzi to do zaburzeń czucia i ukrwienia, tworzenia się odcisków i otarć skóry). Istotne jest również zapewnienie dobrej amortyzacji (wpływ na kręgosłup) oraz fizjologicznych punktów podparcia (prawidłowo usytuowany środek ciężkości ciała) [15]. Zdaniem 67% obecnych badanych odpowiedni materac wpływa na postawę ciała.

W literaturze [9] podkreśla się, iż leżenie i spanie zajmuje człowiekowi średnio 1/3 życia i powinno mu służyć do wypoczynku i regeneracji, a prawidłowa pozycja leżąca jest pozycją najmniej obciążającą aparat stabilizujący i ruchowy (mając szczególnie na względzie kręgosłup i krążki międzykręgosłupowe). Wybór materaca powinien być zatem przemyślany. Według autorek [9] materac nie powinien być zbyt miękki (by się w nim nie zapadać), dodatkowo powinien dopasować się do fizjologicznych krzywizn kręgosłupa, co gwarantuje równomierne rozłożenie nacisku i powinien również zapobiegać zatrzymywaniu ciepła i wilgoci [9].

Ponad połowa obecnie ankietowanych pielęgniarek stwierdziła, że dzieci systematycznie uczestniczą w zajęciach wychowania fizycznego.

Badania Najwyższej Izby Kontroli dotyczące uczestnictwa uczniów w zajęciach wychowania fizycznego [21] wykazały, że w latach 2008-2009 liczba obecnych i ćwiczących uczniów na lekcji wynosiła średnio 77,5% (uwzględniając II, III i IV etap edukacji). Najczęstszymi przyczynami braku aktywności na zajęciach (mimo formalnej obecności) były: brak stroju sportowego (33, 1%); zwolnienie, udzielone przez rodziców (22,8%); zwolnienie lekarskie (17,7%) oraz okresowe zwolnienia udzielone przez dyrektora szkoły na podstawie opinii lekarza (9,8%) [21].

Niestety w niemalże w 90% szkół dyrektorzy nie badali problematyki obecności i aktywnego udziału uczniów w zajęciach wychowania fizycznego i dodatkowo, w porównaniu do lat wcześniejszych, odnotowano spadek aktywności ćwiczących uczniów w zajęciach wychowania fizycznego. NIK zwraca uwagę również na fakt, iż w skontrolowanych szkołach z etapu na etap edukacji wzrasta krytyczne postrzeganie przez uczniów uczestnictwa w zajęciach wychowania fizycznego. Opinię, że zajęcia te nie są interesujące, wyraziła w ankietach prawie jedna piąta uczniów ostatnich klas szkół podstawowych, jedna czwarta uczniów gimnazjów i jedna trzecia uczniów szkół ponadgimnazjalnych [21]. Przypadek częstego udzielania zwykle bezpodstawnych zwolnień przez rodziców, obnaża brak wiedzy opiekunów z zakresu wpływu ogólnej aktywności ruchowej na kształtowanie się postawy ciała, a zjawisko to sprzyja powstawaniu wad postawy (gdyż, jak już wspomniałam, zdecydowaną większość czasu dzieci w obecnej dobie spędzają w nieprawidłowej pozycji siedzącej).

W obecnym badaniu 58% respondentów twierdziło, iż aktywność ruchowa na świeżym powietrzu ma wpływ na postawę ciała, a 50% sądziło, iż dzieci spędzają na powietrzu tylko 50% czasu wolnego.

Niemalże 70% pielęgniarek zauważyło wpływ pływania na kształtowanie się postawy ciała.

W opinii Owczarka [22] hydrokinezyterapia sprzyja: poprawie wydolności ogólnej przez aktywizację układu krążeniowo-oddechowego; wzmacnianiu siły mięśniowej – ruch w wodzie i pływanie angażują niemal wszystkie zespoły dynamiczne organizmu, powodując ich wzmocnienie; ponadto pozorną utratę masy ciała w wodzie pozwala na wykonywanie ruchów w pełnym zakresie, nawet przy znacznej utracie siły mięśniowej; poprawie wytrzymałości – dzięki pokonywaniu długich dystansów oraz poprawie koordynacji nerwowo-mięśniowej – czemu sprzyja rozluźnienie mięśni i odciążenie związane z pozorną utratą masy ciała w wodzie.

Ponadto autor [22] zauważa, że pływanie i ćwiczenia w wodzie mają korzystny wpływ na proces korekcji wad postawy – środowisko wodne zapewnia odciążenie kręgosłupa, sprzyja rozluźnieniu mięśni i elongacji kręgosłupa, a przez to ułatwia przyjęcie poprawnej postawy. Korygowanie wad postawy dzięki zajęciom na pływalni jest bardzo lubianą przez dzieci formą terapii [22].

Mimo powyższych faktów, prawie połowa obecnie ankietowanych uznała, że dzieci i młodzież korzystają z pływalni sporadycznie.

Wyniki badań NIKu [21] ukazały, iż tylko 9% szkół skoryzystało z innej niż w szkole realizacji czwartej godziny zajęć wychowania fizycznego np. na basenie [21].

Prawie połowa ankietowanych stwierdziła, że dostęp do badań diagnostycznych wśród dzieci i młodzieży jest dobry.

Najnowszy raport UNICEF (*United Nations International Children's Emergency Fund*) [23] ukazuje, iż sytuacja zdrowotna dzieci wpływa nie tylko na ich rozwój fizyczno-psychologiczny, ale jest również podstawą, na której opiera się jakość życia przyszłych dorosłych pokoleń, co oznacza, że stopień i sposób dbania o zdrowie dzieci przekłada się bezpośrednio na kondycję przyszłego społeczeństwa. Niezwykle istotne jest zatem stałe monitorowanie stanu zdrowia dzieci oraz podejmowanie działań mających na celu zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej gwarantującej odpowiednią jakość i dostępność [23], a jednym ze sposobów monitorowania stanu zdrowia dziecka jest przeprowadzanie badań profilaktycznych, zwanych bilansami. Badania te przeprowadzane są w konkretnych grupach wiekowych [23]: wśród noworodków, 2-latków, 4-latków, 6-latków, 10-latków, 13-latków, 16-latków i 18-latków i mają na celu nie tylko ocenę stanu zdrowia dziecka, lecz również wczesne wykrycie wszelkich nieprawidłowości zdrowotnych i rozwojowych. Niestety według powyższego raportu [23] we wszystkich grupach wiekowych odsetek dzieci przebadanych jest niezadowalający.

Wśród 2-latków w 2011 roku badaniom poddano 76,3% ogółu dzieci w tym wieku, ale 4-latków już tylko 67,0%. Nieco lepiej wygląda sytuacja wśród dzieci w wieku 6, 10 i 13 lat, których w 2011 roku przebadano odpowiednio 78,6%, 79,6% oraz 75,9% [23]. Obniżenie poziomu zbadanych dzieci następuje ponownie w wieku 16 i 18 lat, przy czym ostatnia ze wskazanych grup odznacza się najniższym odsetkiem realizacji badań bilansowych ze wszystkich analizowanych grup (w roku 2011 zbadano 67,0% ogółu 16-latków i 53,1% ogółu osób w wieku 18–19 lat) [23]. Liczba uczniów zbadanych na terenie szkoły była stosunkowo niska niezależnie od tego, czy jest to szkoła podstawowa, gimnazjalna, czy też ponadgimnazjalna (udział dzieci zbadanych na terenie szkoły w ogóle zbadanych dzieci w wieku 6 lat, 13 lat i 18–19 lat wynosi: 6,7%, 11,8% i 7,3%) [23].

W obecnym badaniu, zdaniem aż 67% pielęgniarek, na studiach jest przekazywany odpowiedni zasób wiedzy na temat wad postawy u dzieci/młodzieży.

Według znacznej części (92%) ankietowanych wiedza z zakresu wad postawy powinna być przekazywana rodzicom, głównie przez fizjoterapeutę i higienistkę szkolną. Jedynie 10% badanych widziało w tej roli pielęgniarkę.

Preferowaną formą (46%) przekazywania wiedzy z zakresu wad postawy, w opinii ankietowanych były warsztaty oraz pogadanki (28%).

Według 64% studentów fizjoterapeuta, ze względu na częstotliwość występowania wad postawy u dzieci/młodzieży, powinien być zatrudniony na stałe w szkole.

Powyższe potwierdzają także wyniki badań Biskupa i Marczewskiego [24], które wykazały iż także wiedza studentów i maturzystów o problemach związanych z wadami postawy okazała się niewystarczająca, przy czym studenci fizjoterapii uzyskali istotnie lepsze wyniki niż stu-

denci pedagogiki i maturzyści. Autorzy [24] nie wykazali istotnych różnic w zakresie posiadanej wiedzy między studentami pedagogiki i maturzystami, niezależnie od profilu klasy, co ich zadaniem wskazuje to na potrzebę uwzględniania w programach liceów i studiów pedagogicznych wiadomości na temat kształtowania prawidłowej postawy ciała [24].

Jankowicz-Szymańska i wsp. [13] badaniami objęli grupę 388 rodziców dzieci uczęszczających do szkół podstawowych z terenu obejmującego obszar wszystkich województw w kraju. Autorzy [13] stwierdzili, że wiedza rodziców z zakresu działań profilaktycznych oraz leczenia wad postawy ciała jest zaskakująco niska, ale jednocześnie ankietowani wyrażali gotowość do poszerzania wiadomości. Jedynie co czwarty rodzic otrzymał w szkole, do której uczęszczało jego dziecko, jakiejkolwiek informacje na temat wad postawy ciała, co nie stawia tej instytucji jako propagatora działań profilaktycznych w dobrym świetle, a głównym źródła pozyskiwania przez rodziców informacji na temat wad postawy ciała są: lekarz (24,22%), telewizja (20,1%), znajomi (13,91%), Internet (12,88%), szkoła (10,56%).

Współczesne przeobrażenia społeczne, polityczne i ekonomiczne nie pozostają bez wpływu na opiekę zdrowotną, a zwłaszcza na praktykę pielęgniarską i znacząco wpływają na charakter, zadania i cele pracy pielęgniarki [25].

Pielęgniarka, przygotowana dotychczas do świadczenia usług pielęgnacyjnych, wykonywania szeregu czynności na rzecz pacjenta chorego i cierpiącego, nie zawsze dostrzega znaczenie edukacji i doradztwa. Tymczasem proponowane zmiany w modelach ochrony zdrowia i koncepcji pielęgnowania traktują pacjenta jako w znacznym zakresie odpowiedzialnego i działającego na rzecz swojego zdrowia. Także upodmiotowienie opieki zdrowotnej oraz pielęgnowania w zdrowiu i w chorobie powoduje konieczność przekazania niektórych zadań pacjentowi i jego rodzinie, a także podkreśla potrzebę ogólnej i specyficznej edukacji zdrowotnej oraz stałego doradztwa związanego ze zmianami stanu pacjenta [25].

Z profilaktyką, za Pike [26], rozumianą według WHO (World Health Organization), jako zespół przedsięwzięć mających na celu obniżenie częstości zachorowań przez zmniejszenie ryzyka powstawania choroby, ściśle związane są problemy edukacji zdrowotnej, a pielęgniarki, z racji swych funkcji zawodowych i wykonywania odpowiednich czynności związanych z procesem pielęgnowania, odgrywają kluczową rolę w edukacji zdrowotnej pacjentów, ich rodzin oraz pozostałego personelu.

Pielęgniarki, jako osoby pierwszego kontaktu z osobami chorymi i ich rodzinami, mają możliwości zastosowania metod skutecznych w likwidacji lub znacznym ograniczeniu szerzenia się wielu chorób. Mogą rozpoznać ich początki, zasygnalizować to pacjentowi i lekarzom, nauczyć zasad profilaktyki oraz kontrolować ich realizację. Stąd istotne wydaje się ich dobre przygotowanie do pełnienia funkcji edukacyjnych.

WNIOSKI

1. Poziom wiedzy zawodowo czynnych studentów pielęgniarstwa Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Me-

- dycznego w Białymstoku z zakresu najczęściej występujących wad postawy u dzieci i młodzieży, trybu życia dzieci i młodzieży oraz profilaktyki wad postawy u dzieci i młodzieży jest dobry.
- Respondenci postrzegali problem występowania wad postawy wśród dzieci i młodzieży, jako zjawisko często występujące.
 - Najlepszym źródłem wiedzy z zakresu wad postawy według ankietowanych były informacje uzyskane w toku kształcenia na studiach.
 - Zdecydowana większość badanych wyraziła chęć poszerzenia swojej wiedzy z zakresu wad postawy, najchętniej w formie warsztatów bądź pogadanek.
 - Ankietowani deklarowali potrzebę edukacji rodziców oraz dzieci/młodzieży – najlepiej przez fizjoterapeutę bądź pielęgniarkę szkolną.
 - Według znacznej części badanych fizjoterapeuta, ze względu na częstość występowania wad postawy, powinien być zatrudniony w szkole.

PIŚMIENNICTWO

- Wilczyński J. Korekcja wad postawy człowieka. Starachowice: Wyd. Anthropol, 2001.
- Bąk S. Postawa ciała, jej wady i leczenie. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL, 1965.
- Kutner-Kozińska M. red. Proces korygowania wad postawy. Warszawa: Wyd. AWF, 2001.
- Dega W. red. Ortopedia i rehabilitacja. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL, 1968.
- Wolański N. Krytyczny wiek w kształtowaniu postawy ciała. Chirurgia Narządu Ruchu i Ortopedia Polska. 1958; 23: 129.
- Górecki A, Kiewierski I, Kowalski I i wsp. Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania. http://www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/profil_wad_postawy_24022010.pdf, data pobrania 14.05.2013.
- Kasperczyk T. Postawa ciała a wybrane cechy morfologiczne i funkcjonalne u dzieci w wieku 8–15 lat. Kraków: Wyd. AWF, 1988.
- Zieliński J. Wady postawy ciała i płaskostopie a rozwój fizyczny i sprawność dzieci i młodzieży. Kultura fizyczna. 1980; 34: 12–16.
- Kempf H-D, Fischer J. Ćwiczenia kręgosłupa dla dzieci. Warszawa: Wyd. ABA, 2006.
- <http://www.nj24.pl/article/coraz-wiecej-dzieci-z-wadami-postawy>, data pobrania: 18.04.2013.
- Grudzień M, Kowalski P. Wady postawy w płaszczyźnie strzałkowej oraz wady kończyn dolnych wśród uczniów bielskich szkół. <http://www.gkk.pl/index.php/artkuay/83-wady-postawy-w-płaszczyźnie-strzałkowej-oraz-wady-konczyn-dolnych-wsrod-uczniow-bielskich-szkol>, data pobrania 14.05.2013.
- Gątkiewicz M, Górecka U, Motylewski S. i wsp. Postawa ciała a wskaźniki antropometryczne. Kwartalnik Ortopedyczny. 2011; 1: 50.
- Jankowicz-Szymańska A, Nowak B, Słomski Ł. Wiedza rodziców na temat wad postawy ciała. Fizjoterapia. 2010; 18(2): 44–55.
- Mrozowski M. Zróżnicowanie wiekowe występowania postaw ciała prawidłowych, wadliwych i skolioz u dzieci i młodzieży 4–19 lat w wybranych województwach Polski. Lublin: Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej Akademia Medyczna, V. LXII, Suppl. XVIII. 2007; 7: 189–192.
- Borkowska M, Gellea-Mac I. Wady postawy i stóp u dzieci. Warszawa: Wyd. Lekarskie PZWL, 2009.
- Kostrzebski P. Funkcjonalne ujęcie mechaniki stawu biodrowego i kończyny dolnej, http://www.fizjoart.pl/index.php?option=com_k2&view=item&id=27:funkcjona, data pobrania: 11.05.2013.
- Kasperczyk T. Wady postawy ciała- diagnostyka i leczenie. Kraków: Wyd. Kasper, 2004.
- dorota.kaczan.fm.interia.pl/strona/pdf/wady.pdf, data pobrania: 18.04.2013.
- Piekarski LA, Krajewska-Kułak E, Kowalczyk K. Ocena zagrożenia wybranymi uzależnieniami w populacji młodzieży gimnazjalnej. Probl. Hig. Epidemiol. 2012; 93(3): 499–509.
- Zalewska M. Aktywność fizyczna oraz racjonalne odżywianie drogą do zachowania zdrowia i pięknej sylwetki. <http://www.kajet.pl/publikacje-190.html>, data pobrania 16.05.2013.
- Najwyższa Izba Kontroli: Informacja o wynikach kontroli Wychowanie fizyczne i sport w szkołach publicznych, http://www.studentfit.eu/download/publikacje/informacja_o_wynikach_kontroli_wychowanie_fizyczne_i_sport_w_szkolach_publicznych.PDF, data pobrania 15.05.2013.
- Owczarek S. Korekcja wad postawy – pływanie i ćwiczenia w wodzie. Warszawa: Wyd. WSiP, 1999.
- RAPORT UNICEF, <http://www.unicef.pl/Co-robimy/Aktualnosci/Konferencja-UNICEF-prezentacja-raportu-Warunki-i-jakosc-zycia-w-krajach-rozwinietych>, data pobrania 15.05.2013.
- Biskup M, Marczewski K. Ocena wiedzy o wadach postawy kręgosłupa i ich skutkach wśród maturzystów i studentów. Zamojskie Studia i Materiały. 2011; 1: 23–26.
- Kawczyńska – Butrym Z. Rodzina-zdrowie-choroba, koncepcja i praktyka pielęgniarstwa rodzinnego. Lublin: Wyd. Czelej, 2001.
- Pike S, Foster D. Promocja zdrowia dla wszystkich. Lublin: Wydawnictwo Czelej, 1998.

Praca przyjęta do druku: 10.07.2013

Praca zaakceptowana do druku: 17.08.2013