

DOI: <https://dx.doi.org/10.21784/IwP.2022.018>

Wady postawy u dzieci – profilaktyczna rola pielęgniarki

Children's posture defects – preventive role of a nurse

ANNA ANTCHAK-KOMOTERSKA¹, ANETA LEWIŃSKA²

¹ Państwowa Akademia Nauk Stosowanych we Włocławku, Wydział Nauk o Zdrowiu

² Centrum Diagnostyczno – Lecznicze „Barska” we Włocławku

Streszczenie

Wstęp. Wady postawy są obecnie problemem zdrowotnym i społecznym. Obserwujemy, coraz większą liczbę nieprawidłowości w rozwoju narządu ruchu i statyki ciała u dzieci i młodzieży. Wzrastający z roku na rok procent dzieci z wadami postawy, zmusza do szerszego zainteresowania się tą problematyką.

Cel. Celem pracy było przedstawienie charakterystyki wad postawy u dzieci i działań pielęgniarki w zakresie ich prewencji.

Materiał i metody. Metoda zastosowana w pracy to analiza literatury.

Przeгляд. Profilaktyka i edukacja zdrowotna w zakresie wad postawy jest najważniejsza w walce z błędami w zachowaniu zdrowotnym i zakorzenionymi nawykami. Najbardziej podatną na edukację jest grupa dzieci i młodzieży. Okres wzrastania jako najbardziej plastyczny w rozwoju, jest bardzo podatny na naukę prawidłowych wzorców i korektę nieprawidłowości postawy. Rodzina, przedszkole, szkoła to środowiska, które wywierają duży wpływ na tworzenie i utrwalanie różnych zachowań.

Wnioski. Postawy życiowe i zachowanie zdrowotne kształtujące się w tym okresie sprawiają, że promowanie zdrowia poprzez edukację zdrowotną kierowaną do dzieci i młodzieży jest bardzo istotnym elementem pracy pielęgniarki.

Słowa kluczowe: wady postawy, profilaktyka, pielęgniarka

Summary

Introduction. Posture defects are currently a health and social problem. We observe an increasing number of abnormalities in the development of the musculoskeletal system and body statics in children and adolescents. The percentage of children with posture defects, which is increasing year by year, forces a wider interest in this issue.

Aim. The aim of the study was to present the characteristics of postural defects in children and the nurse's activities in the field of their prevention.

Material and methods. The method used in the work is the analysis of literature.

Overview. Prevention and health education in the field of posture defects is the most important in the fight against errors in health behaviour and ingrained habits. The group of children and youth is the most susceptible to education. The period of growth as the most plastic in development is very susceptible to learning the correct patterns and correction of posture abnormalities. Family, kindergarten, school are environments that have a large impact on the creation and consolidation of various behaviours.

Conclusions. Life attitudes and health behaviours shaped during this period make promoting health through health education addressed to children and adolescents a very important element of the nurse's work.

Keywords: posture defects, prophylaxis, nurse

Wstęp

Wady postawy są obecnie problemem zdrowotnym i społecznym. Obserwujemy, coraz większą liczbę nieprawidłowości w rozwoju narządu ruchu i statyki ciała u dzieci i młodzieży. Wzrastający z roku na rok procent dzieci z wadami postawy, zmusza do szerszego zainteresowania się tą problematyką.

Cel

Celem pracy było przedstawienie charakterystyki wad postawy u dzieci i działań pielęgniarki w zakresie ich prewencji.

Przegląd

Postawa ciała i jej rozwój

Postawa jest definiowana jako technika utrzymywania pozycji stojącej, wpływająca na figurę człowieka, która jest cechą osobistą. Po danym rodzaju sylwetki możemy rozróżnić ludzi. Z kolei na postawę mają wpływ nie tylko czynniki wrodzone dziedziczone po rodzicach, ale również działanie organów wewnętrznych oraz pozostałe uwarunkowania zewnętrzne [1].

Postawa ciała to inaczej indywidualna cecha ludzi prezentująca ich sylwetkę. Przedstawia ona przyzwyczajanie fizyczne, które może być tworzone i zmieniane w czasie wzrostu człowieka. Na postawę ciała wpływa wiele czynników takich jak na przykład: płeć, wiek, somatyczny rodzaj sylwetki, poziom aktywności fizycznej, rodzaj trybu życia, struktura somatyczna układu kostno-stawowo-mięśniowego [2,3].

Zeyland-Malawska podaje następującą definicję prawidłowej postawy „to taki kształt sylwetki wynikający z budowy, nawykowego usytuowania poszczególnych elementów ciała, który sprzyja podstawowym funkcjom organizmu. Postawa ciała ma charakter indywidualny i kształtuje się w procesie długofalowym” [4].

Istnieją następujące cechy obrazujące odpowiednią postawę ciała:

- Proste ustawienie głowy,
- Prawidłowo wysklepiana klatka piersiowa,
- Prosty układ miednicy podtrzymany głowami kości udowych,
- Naturalne skrzywienia kręgosłupa na powierzchni strzałkowej i prawidłowy układ w płaszczyźnie czołowej,
- Proste nogi z poprawnie wypukłymi stopami [5].

Trzeba podkreślić, że zajmowanie choćby bardzo komfortowej pozycji przez długi czas, może prowadzić do kłopotliwości, a niekiedy wywoływać schorzenia, które będą się wzmacniać potrzebą utrzymania pozycji nieodpowiedniej. Finalnie nie występuje jedna idealna pozycja dla ludzi. Należy jednak podkreślić, że podczas odpoczywania najwłaściwszą pozycją jest leżenie, z kolei podczas uprawiania sportu istotna

jest odmienność ze wskazaniem na pozycję siedzącą, postawa pionowa jest w najmniejszym stopniu optymalna dla człowieka [6].

Każdy młody organizm rozwija się w sposób indywidualny stosownie do własnego, okolicznościowego genetycznie i dziedzicznie programu, na który istotnie oddziałują przede wszystkim czas rozwoju indywidualnego, uwarunkowania hormonalne, a także wszelkiego rodzaju bodźce środowiskowe takie jak na przykład: odżywianie, tryb życia czy poziom aktywności ruchowej. Podstawą do prawidłowego rozpoznania stopnia rozwoju dziecka powinna być wiedza obejmująca szybkość zachodzącą w procesach wzrostu i dojrzewania. Jest to o tyle istotne, ponieważ dzięki wyżej wymienionej wiedzy mamy orientację o odpowiednim poziomie rozwoju i rokowaniach co do kolejnych etapów rozwijania się dziecka [2].

Rozwój dziecka charakteryzowany jest jako zbiór procesów funkcjonujących w rozwoju osobniczym czego przyczyną jest rozwinięcie się struktury ciała człowieka. Ponadto dzięki wyżej wspomnianym procesom następuje krystalizowanie struktur wewnętrznych powodujące usprawnienia funkcjonalne organizmu. Dokonując podziału procesów na płaszczyźnie biologicznej wyróżniono cztery podstawowe typy:

- Wzrastanie bazujące na powszechnym zwiększaniu się rozmiarów ciała oraz jego indywidualnych elementów,
- Różnicowanie charakteryzujące się powstawaniem z budowy pierwotnej, struktury nowej pod kątem poziomu,
- Dojrzewanie polegające na tworzeniu się nowej struktury w skład, której wchodzi już występujące elementy,
- Zanik cechujący się etapowym wracaniem określonej funkcji lub ścisłym zatraceniem pewnego organu.

Ewolucja dziecka w początkowym etapie nauki obejmuje czas pomiędzy 7 a 10 rokiem życia. Okres ten odznacza się powolnym wzrostem i niskim przyrostem masy, a także dynamicznym rozwojem psychoruchowym. W tym czasie występuje widoczny progres koordynacji ruchowej. U dziecka doskonalą się zdolności zręcznościowe, a także następuje poprawa takich cech jak dokładność czy precyzyjność. Ponadto

widoczne jest poszerzenie zakresu słownictwa oraz optymalizowanie czynności manualnych. W tym czasie dziecko udoskonala swoją pamięć oraz pracuje nad sensownym myśleniem. Ponadto w analizowanym okresie uwidacznia się również pierwszy cykl krytyczny w rozwoju sylwetki dziecka co jest spowodowane modyfikacją trybu życia. Jest to efekt nakładania się zobowiązań szkolnych przejawiających się spędzaniem dużej ilości czasu siedząc, niekiedy w nieprawidłowych warunkach. Podstawą formowania się prawidłowej postawy ciała w rozwoju człowieka jest kręgosłup a składnikami powodującymi mu udźwignięcie pokąźnych ciężarów są jego fizjologiczne krzywizny będące konsekwencją pionizacji. Dopiero, gdy dziecko osiągnie około 7 lat, czyli w wyżej wymienionym okresie krytycznym, w rezultacie przednio-tylnego wygięcia kręgosłupa można mówić o wykształceniu się rodzaju postawy dziecka. Z kolei w wieku 8-11 lat z powodu rozwoju mięśni dochodzi do potęgowania lordozy lędźwiowej, a w kolejnych okresach do kifozy piersiowej. Faktyczna postawa ciała człowieka normuje się definitywnie około osiągnięcia pełnoletniości [7].

Definicja wad postawy

Wyróżniamy także wadliwą postawę. Charakteryzuje się ona tym, że z powodu pojawienia się wady powstają zniekształcenia w budowie kręgosłupa, klatki piersiowej czy nóg. Według Zeyland-Malawskiej wadliwą postawę charakteryzujemy jako kształt ciała, wynikający ze struktury ciała człowieka oraz nawykowej lub przymusowej lokalizacji różnych części ciała, które w sposób nieprawidłowy oddziałują na organizm.

Z kolei Nowotny nieodpowiednią postawę ciała określał jako wszelakie zaburzenia stylu trzymania się pozycji stojącej, ujawniające się innym od prawidłowego układem ciała [8].

W literaturze wada postawy określana jest również jako cykliczne albo stałe nieprawidłowości odpowiedniej postawy ciała. Wada postawy może prowadzić do powstawania zakłóceń statyki innych fragmentów narządów ruchu, niekiedy także narządów wewnętrznych [9].

Wady postawy to również wszelkie zaburzenia względem odpowiedniej postawy ciała człowieka. Są to przekształcenia ugruntowane w aparacie kostnym i prowadzą do wszelakich nieprawidłowości.

Nieprawidłowa postawa ciała charakteryzuje się kilkoma cechami. Kasperczyk głosił, że w tego typu wadach głowa przemieszczona jest do przodu albo w kierunku bocznym, a klatka piersiowa spłaszczona, zapadnięta bądź zdeformowana. Barki z kolei są wysunięte do przodu, natomiast brzuch jest wypukły, wysunięty do przodu lub wiotki. Plecy w postawie wadliwej są zgarbione i zaokrąglone, miednica ma za wysokie nachylenie, a stopy są płaskie [8].

Rodzaje wad postawy

Według Tajchmana wady postawy możemy podzielić na:

- Wady klatki piersiowej: klatka piersiowa lejkowata, klatka piersiowa kurza,
- Wady kończyn dolnych: kolana koślawe, kolana szpotawe, płaskostopie, stopy koślawe, stopy szpotawe,
- Wady kręgosłupa: plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy płaskie, skolioza [10].

Klatka piersiowa lejkowata inaczej zwana szewską charakteryzuje się lejkowatym zapadnięciem dolnego fragmentu mostka ze stykającymi się żebrami. Owe zapadnięcia układają się w typowy lejek. W pewnych uwarunkowaniach mostek może łączyć się z kręgosłupem. Trzeba podkreślić, że jednocześnie z opisywaną wadą współwystępuje wada rozwojowa przepony. Jest to wada o charakterze wrodzonym [2].

Klatka piersiowa kurza odznacza się uwypukleniem mostka do przodu przy jednoczesnej wklęsłości sąsiadujących żeber na wysokości pod sutkami. Efektem tego jest powiększenie wielkości klatki piersiowej na powierzchni strzałkowej i równoczesne zapadnięcie się po bokach. Ponadto cechami charakterystycznymi klatki piersiowej kurzej są osłabione mięśnie zazwyczaj skośne jamy brzusznej i grzbietu oraz przykurcze pojawiające się wielokrotnie w stawach barkowych i kręgosłupa [2].

Kolana koślawe ukazują się w pozycji stojącej. Młoda osoba utrzymująca pozycję stojącą wraz ze złączonymi kolanami, które są niepołączone oraz nie zachodzą na siebie nie może złączyć stóp. Przerwa między kostkami większa od 5 cm wskazuje na wyżej wymienioną wadę [11]. Można wyszczególnić kilka typów kolan koślawych między innymi: wrodzone, porażenne, pourazowe czy statyczne powstałe na skutek przeciążenia nóg [8].

Kolana szpotawe przedstawiają się, gdy dziecko zajmuje pozycję stojącą. Młody osobnik podczas połączenia stóp nie może złączyć kolan. W przypadku gdy odległość pomiędzy kolanami przekracza 5 cm mamy do czynienia z opisywaną wadą. W kolanach szpotawych wielokrotnie można dostrzec łukowate wygięcie trzonów kości uda i podudzia w stronę zewnętrzną [11]. Analizowana wada naturalnie ukazuje się zazwyczaj pomiędzy 1 a 3 rokiem życia dziecka. Cechą charakterystyczną zaburzenia jest skrzywienie nogi w stronę wewnętrzną [8].

Płaskostopie uwidacznia się poprzez opuszczenie naturalnych łuków wysklepiających stopę. Ponadto analizowana wada prowadzi do redukcji sprawności stopy. Występowaniu tej wady wielokrotnie asystuje nieodpowiednie rozmieszczenie kości piętowej. Płaskostopie niekiedy współistnieje z wadą kolan [11]. Poprzez zachodzące nieprawidłowości stopa staje się całkowicie płaska. Struktura zdrowej stopy powoduje, że nie dotyka ona całą powierzchnią podłoża, z kolei w płaskostopiu niemalże cała stopa ma kontakt z podłożem [9].

Stopy koślawe charakteryzują się skrzywieniem pięty w kierunku zewnętrznym. Ponadto w nielicznych sytuacjach wewnętrzna krawędź stopy dotyka ziemi [10].

Stopy szpotawe odmiennie jak w stopach koślawych ukazują się skrzywieniem pięty w stronę wewnętrzną. W tej wadzie charakterystyczne jest, że stopa jest sztywno napięta [10].

Plecy okrągłe (hiperkfioza) są efektem nasilania się krzywizny odcinka piersiowego kręgosłupa. Owa wada ujawnia się słabnięciem mięśni grzbietowych, a także przykurczem mięśni klatki piersiowej. Postawa ciała dziecka odznacza się widocznym pochyleniem ciała do przodu,

zwłaszcza głowy i barków. W opisywanej wadzie uwidaczniają się odstające łopatki oraz zapadnięta klatka piersiowa. Takie objawy powodują powstawanie problemów związanych z wentylacją płuc. Oznaką okrągłych pleców jest tak popularne „garbienie” [12]. W momencie, gdy kręgosłup na pełnej długości wygięty jest do tyłu mamy do czynienia z tzw. kifozą totalną. Chorzy na plecy okrągłe w większym stopniu doświadczają stanów zapalnych górnych dróg oddechowych, cierpią na bóle głowy oraz mają nieprawidłowości trawienne [2].

Plecy wklęsłe są skutkiem powiększenia się krzywizny odcinka lędźwiowego kręgosłupa [12]. Owa wada charakteryzuje się natężeniem lordozy lędźwiowej. Postawa człowieka cierpiącego na plecy wklęsłe cechuje się wypukłym brzuchem, wypiętymi pośladkami oraz ugięciem w stawach biodrowych. Zazwyczaj osoby chorujące na analizowaną wadę postawę ciała narzekają na dolegliwości kręgosłupa, nieprawidłowości związane z trawieniem, zakłócenia krążenia w jamie brzusznej czy problemy z nerkami.

Plecy płaskie polegają na spłaszczeniu naturalnych krzywizn kręgosłupa. W tej wadzie zredukowany jest kąt przodopochylenia miednicy, z kolei kąt nachylenia miednicy jest mniejszy niż 50 stopni. Należy zaznaczyć, że w opisywanej wadzie postawy ruchomość kręgosłupa jest na odpowiednim poziomie. Ludzie, którzy chorują na plecy płaskie mają płaską klatkę piersiową, obniżone i przemieszczone ku przodowi barki i odstające łopatki. Ponadto cechą charakterystyczną są również opuszczone narządy wewnętrzne. Nieobecność naturalnych krzywizn skutkuje niesprawności amortyzacji kręgosłupa, którego pojedyncze części poddawane są przeciążeniu powodując tym samym nieprawidłowości [2].

Następną wadą postawy ciała jest skolioza. Ukazuje się poprzez wielopłaszczyznowe odchylenie linii kręgosłupa od położenia właściwego. W dodatku skolioza posiada trójwymiarowy charakter. Na powierzchni czołowej odznacza się wygięciem kręgosłupa w kierunku bocznym, w płaszczyźnie strzałkowej występują nieprawidłowości kifozy odcinka piersiowego lub lordozy odcinka piersiowego, zaś na

powierzchni poprzecznej ujawnia się poprzez występowanie cyrkulacji osiowej kręgow. Skolioza dotyka dziewczyny jak również chłopców, jednakże dziewczyny są w większym stopniu narażone na rozwój analizowanej wady postawy. Najczęściej przejawia się jako wygięcie kręgosłupa w kierunku bocznym na odcinku piersiowo-lędźwiowym albo lędźwiowym w stronę lewą, niekiedy również w stronę przeciwną[2].

Kolejnym rodzajem wady postawy jest stopa płasko-kośława określana jako opuszczenie łuku podłużnego i poprzecznego o jego zupełnym oparciu o podłoże. W dodatku u cierpiących na wskazaną dolegliwość pojawia się krzywe ustawienie pięty. Na ogół początkowa faza tego zaburzenia ma charakter niedokuczliwy, natomiast jednocześnie z postępem choroby powstają modyfikacje odchyłeń w pobliżu układu kostno-stawowego, a wraz z nimi także odczucie bólu[1].

Mniej popularną wadą postawy ciała jest boczne skrzywienie kręgosłupa. Owa wada o kącie przekraczającym 10 stopni dotyczy niskiego odsetka młodych osób. Istnieje zależność, że jeżeli opisywane zaburzenia wcześniej się ukazują tym szybciej się pogłębiają i ciężiej się je leczy. Najbardziej niebezpieczne są nieprawidłowości powstałe pomiędzy 6 miesiącem a 3 rokiem życia dziecka. Do charakterystycznych objawów bocznego skrzywienia należą asymetryczny układ łopatek, obniżenie jednego z barków w stosunku do drugiego, dysproporcja w długości nóg czy układ kręgosłupa widziany z boku w kształcie litery „S” lub przybierający postać łuku. W takich przypadkach należy skonsultować się z ortopedą. Rychły rozwój skoliozy jest zauważalny w czasie, gdy dziecko szybko rośnie i z tego właśnie powodu w tych fazach należy bacznie obserwować postawę dziecka [1].

Nadmierna kifoza pogłębiona to zwyrodnienie kręgosłupa, którego cechą szczególną jest zbytnie wygięcie kręgosłupa do tyłu w odcinku piersiowym i krzyżowym. Owa wada postawy postępuje etapowo tworząc patologiczne zmiany. W takim przypadku bardzo ważna jest konsultacja ze specjalistą, ponieważ nieleczone nadmierne kifoza pogłębiona wzmaga skutki opisywanej wady postawy na przykład poprzez powstanie garba, ale również może spowodować skomplikowane

komplikacje ujawniające się przykładowo poprzez trudności w oddychaniu. Trzeba zaznaczyć, że nadmierna kifoza swoim patologicznym działaniem dotyka zarówno kości jak i mięśnie oraz więzadła [1].

Przyczyny wad postawy

Dzieci wielokrotnie przyjmując postawę ciała lub różnego rodzaju pozycje naśladują swoich bliskich. Często dziedziczą od swoich rodziców czy dziadków tendencje przyswajania konkretnych postaw. Niewątpliwie do zmian zachodzących w ciele człowieka prowadzą również przebyte urazy. Ponadto niekorzystnie na prawidłową postawę ciała wpływa za duża aktywność w czasie wykonywania ćwiczeń mięśni czy też ciągłe pochylenie sylwetki ciała wynikające z przyzwyczajenia podczas wykonywania prac siedzących. Do przyczyn tworzenia się wad postawy zaliczamy niedostatek związków mineralnych niezbędnych w fazie wzrostowej. Cykliczne i długotrwałe przeciążenia mięśnia biodrowo-lędźwiowego zauważalne zwłaszcza u kobiet w ostatnich tygodniach ciąży czy u ludzi otyłych powodują deformacje w układzie kostnym [13].

Skutki wad postawy

Skutki zaburzeń wad postawy dzielą się i odnoszą do poszczególnych składowych ciała. Zachodzące konsekwencje można dostrzec w kościach. Rezultatem nieodpowiedniego ustawienia jest niewłaściwe funkcjonowanie kości, a także stawów z nią powiązanych, które może prowadzić do powstawania bólu w okolicach oddzielnej tkanki kostnej, stawów lub powiązanych z tymi układami mięśni.

Z kolei jeśli chodzi o mięśnie to można zbiorowo określić następstwa deformacji równowagi w obszarze tkanki mięśniowej. Owe konsekwencje ukazują się poprzez wzrost prawdopodobieństwa zmęczenia mięśni wywołany ich skróceniem albo wydłużeniem czy też poprzez rozszerzenie bądź skrócenie obszaru ruchomości stawów. Ponadto w opisywanym zakresie skutkiem jest również zwiększenie się zagrożenia powstania urazów stawowych. Jako konsekwencje należy również ująć dolegliwości obciążonych mięśni, a także nieprawidłowości funkcji.

Następnym obszarem, w którym widoczne są skutki istniejących wad postawy są stawy. Zarysowują się za pomocą ewolucji zwyrodnieniowych chrząstki stawowej i intensywnych degeneracji stawów. Powstałe nieprawidłowości powodują z kolei kompresję nerwów co prowadzi do wystąpienia bolesności w obrębie barków, ramion i szyi.

Do składowej ciała, w której widoczne są konsekwencje zaliczamy więzadła. Ich rozciągnięcie prowadzi nie tylko do obniżenia trwałości określonego stawu, lecz także wywołuje gorszą równowagę stawów umiejscowionych wyżej i niżej. Osoby cierpiące na dolegliwości nieumiarkowanego wydłużenia więzadeł w stawie kolanowym znajdują się w grupie podwyższonego ryzyka powstania urazów stawu biodrowego i skokowego po tej samej stronie ciała. Z kolei osoby mające problemy z wydłużeniem więzadła stawu łokciowego są narażone na niesprawności w obrębie stawów barkowych i stawu nadgarstkowego tej samej ręki [13].

Profilaktyka wad postawy

Najbardziej sprzyjającym czasem do przeciwdziałania powstawaniu wad postawy jest dzieciństwo. Wpojone od najmłodszych lat zwyczaje odpowiednich postępowań zdrowotnych procentuje w wieku dorosłym witalnością, zręcznością i wyższym poziomem życia [14]. Działania zapobiegawcze stosowane za pomocą opieki zdrowotnej wśród dzieci są skierowane na jak najszybsze ujawnienie zaburzeń rozwoju dziecka [15].

Należy podkreślić, że niestety układ działalności profilaktyczno-korekcyjnej w placówkach oświatowych ma niski poziom efektywności. Ponadto rodzice nie mają wiedzy o procedurze takich zajęć. Większość rodziców nie posiada również odpowiednich informacji ogólnych o wadach postawy ciała. Z powyżej przytoczonych powodów niezbędne jest wdrażanie w placówkach szkolnych działań zapobiegawczych powstrzymujących wady postawy, a także hamujących ich nasilanie. Istotną kwestią w analizowanym temacie jest również nauczanie rodziców z aspektów powstawania wad postawy. Staranność o polepszenie postawy ciała, odpowiednie jej formowanie i przeciwdziałanie czynnikom

powodującym powstawanie wad postawy to ogromna próba sił dla rodziców, rehabilitantów czy pedagogów [16].

Profilaktykę wad postawy ciała można podzielić na pierwszorzędową i drugorzędową. Pierwszy z wyżej wymienionych typów profilaktyki swoim zakresem obejmuje wykluczanie przyczyn wpływających na postęp wad postawy oraz formowanie odpowiedniej sylwetki ciała. Z racji niebezpieczeństwa ujawniania się analizowanych wad w każdej fazie życia, czynności profilaktyczne są nieustannie konieczne na każdym etapie rozwoju dziecka. Z tego powodu nieodzowna jest edukacja z zakresu czynności prozdrowotnych jak i również wartość odpowiedniej postawy ciała i sposób jej tworzenia. Ważną rolę odgrywają również trafna argumentacja do szerzenia takich ideologii, kompetencje i faktyczne działania zapobiegawcze. Szczególną rolę w środowisku szkolnym w kreśleniu postaw prozdrowotnych odgrywają nauczyciele wychowania fizycznego i biologii. Pierwsi z wyżej wymienionych nauczycieli mają za zadanie głównie pilnować jak najwyższej jakości lekcji wychowania fizycznego, mobilizować młode osoby do uprawiania sportu, a także dążyć do kompleksowego rozkwitu ruchowego uczniów. Wyjątkową misję w powstrzymywaniu wad postawy mają nauczyciele najmłodszych uczniów, ponieważ rozpoczęcie nauki powoduje ryzyko dla odpowiedniej postawy poprzez modyfikację trybu życia dziecka oraz przypadający wtedy pierwszy skok wzrostowy. Ci pedagodzy są odpowiedzialni za wybór adekwatnych do wzrostu mebli szkolnych, przypominanie dzieciom o odpowiedniej postawie w szkole czy przeprowadzanie aktywności fizycznych w młodszych grupach wiekowych [17].

Niestety u nielicznych dzieci, mimo prowadzenia działań zapobiegawczych ewoluują nieprawidłowości postawy ciała. W takim przypadku przymusowa jest profilaktyka drugorzędowa. W celu poprawy jej efektywności, istotne jest jak najszybsze wychwycenie ze społeczności uczniowskiej tych zagrożonych rozwojem zaburzeń postawy poprzez wykonywanie badań przesiewowych przez pielęgniarkę środowiskową, a także bilansów zdrowotnych przeprowadzanych przez lekarza pierwszego kontaktu. Pomyślność tych postępowań jest składową współ-

działania pielęgniarki i lekarza. W czasie pomiędzy badaniami odsetek grupy dzieci powinien być bacznie obserwowany, zaś pozostali powinni być poddawani czynnościom korekcyjnym. Głównym założeniem przytoczonych czynności korekcyjnych jest powstrzymywanie dalszego rozwoju wady postawy jak również powstawania i umacniania negatywnych zmian wtórnych. Kluczowym detalem takiej metodyki jest formowanie na nowo zwyczaju odpowiedniej postawy, a także wtórna nauka dziecka przyjmowania i instynktownego utrzymywania poprawnego układu ciała. W opisywanych działaniach profilaktycznych wyjątkową rolę odgrywają nauczyciele wychowania fizycznego, ponieważ oni pierwsi mogą zaobserwować nieprawidłowości w postawie swoich uczniów. Ponadto muszą koniecznie pamiętać, aby dzieci z wadami postawy nie wykonywały ćwiczeń zabronionych, ale jednocześnie brały udział w zajęciach wychowania fizycznego. Produktywność działań zapobiegawczych przeciw powstawaniu wad postawy jest zależna od potrzeby zażyłej współpracy każdego z podmiotów powiązanych z otoczeniem nauczania i wychowania. Z tego właśnie powodu trafne jest przystępowanie do prób systemowego rozwiązania problemu poprzez aktywizację współdziałania pomiędzy młodymi osobami, ich rodzicami oraz pracownikami placówek szkolnych i służby zdrowia [17].

Występuje również profilaktyka trzeciorzędowa adresowana do osób cierpiących na wady postawy, u których nastąpiły już zmiany zarówno funkcjonalne jak i strukturalne. Odtworzenie odpowiedniej postawy dla wskazanej powyżej grupy ludzi jest nierealne. Wyłącznym zamierzeniem podjętych czynności jest zastopowanie postępu wady, a także osłabienie następstw poprzez redukcję ich do jak najniższego poziomu [12].

Działania profilaktyczne dotyczące wad postawy wśród młodzieży szkolnej spełniane są poprzez:

- regularną troskę o utrzymywanie prawidłowej postawy ciała,
- systematyczne badanie stanu zdrowia,
- neutralizowanie przyczyn powodujących powstawanie wad,

- gwarantowanie dziecku właściwej dla jego osoby ilości aktywności fizycznej powodującej uniwersalny i regularny rozkwit fizyczny [17].

W otoczeniu dydaktycznym o zdrowie uczniów troszczy się pielęgniarka środowiskowa nauczania i wychowania. Do jej głównych obowiązków należy przede wszystkim przeprowadzanie i analizowanie testów przesiewowych, umożliwiających szybkie rozpoznanie kłopotów zdrowotnych. Wykonanie wyżej wymienionych czynności ułatwia pielęgniarce przyglądanie się procesowi dojrzewania wśród młodych osób. W zaistniałej sytuacji rozpoznanie komplikacji zdrowotnych ukazujących się wśród wyżej wymienionej grupy służy planowaniu specjalistycznej opieki nad problemami zdrowotnymi wskazanymi osobom [18].

Rozpoznanie danej wady w początkowym stadium jej rozwoju, a także jej korekcja umożliwiają osiągnięcie zamierzonych wyników zdrowotnych, które istotnie redukują destrukcyjność powstałych wad, jak również ich oddziaływanie na równowagę życiową w dorosłym życiu. Zauważając rosnący odsetek dzieci otyłych, szybka poprawa stanu zaburzeń wady postawy może także odgrywać ważną rolę w zapobieganiu nadwagi [19].

Wnioski

Wiek rozwojowy, w którym kształtuje się postawa ciała jest najbardziej narażony na szkodliwe procesy zmian i odchyłeń od normy. Obszarem zainteresowania pielęgniarki w zagadnieniach związanych z profilaktyką wad postawy są dzieci i młodzież, ich rodziny oraz środowisko społeczne, a przede wszystkim przedszkola i szkoły. W czasach współczesnych rola opieki pielęgniarki nad zdrowiem dzieci i młodzieży ulega ciągłym przemianom rozwojowym. Konieczny jest proces, który warunkuje skuteczność zapewniania świadczeń profilaktycznych i zdrowotnych. Na początku pielęgniarka powinna zidentyfikować potrzeby dzieci i młodzieży w zakresie zapobiegania i leczenia wad postawy i określić, jaką rolę i funkcję zapewni ona, a jaką inni profesjonaliści. Postawy życiowe i zachowanie zdrowotne kształtujące się w tym okre-

się sprawiają, że promowanie zdrowia poprzez edukację zdrowotną kierowaną do dzieci i młodzieży jest bardzo istotnym elementem pracy pielęgniarki.

Bibliografia / Bibliography:

1. Borkowska M Galleta I. Wady postawy i stóp u dzieci. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2015:1.
2. Maciałyzyk-Paprocka K. Epidemiologia wad postawy u dzieci i młodzieży. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Wydział Lekarski I. Praca doktorska napisana pod kierunkiem prof. UM dr hab. Alicji Krzyżaniak. Poznań 2013: 13-34.
3. Maciałyzyk-Parocka K. Krzyżaniak A. Kotwicki T. Kałużny Ł. Przybylski J. Postawa ciała dzieci w wieku przedszkolnym. *Probl Hig Epidemiol* 2011;92(2):287.
4. Brzeska P. Sokołowska E. Baumgart M. Zmiany postawy ciała u dzieci w wieku przedszkolnym w ciągu roku. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Prace Instytutu Kultury Fizycznej* 2012;28:771,205.
5. Pańczyszak B. Krajczyk M. Łuniewski J. Bogacz K. Szczegielniak J. Ocena postawy ciała dziecka. *Rehabil. Prakt.* 2019;(1):12.
6. Bogucki A. Wady postawy u dzieci. *Klinika Pediatryczna* 2017;25,5:5079.
7. Modrzejewska J. Malec Z. Wady postawy ciała uczniów w młodszym wieku szkolnym. *Komunikaty i sprawozdania z badań/NIS* 2017;3,63: 86,88-90.
8. Rosa K. Muszkieta R. Żukow W. Napierała M. Cieślicka M. Częstość występowania wad postawy u dzieci z klas I-III szkoły podstawowej. *Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy.* 2013;3(12):109-124.
9. Stryły W. Pogorzała A. Rehabilitacja medyczna. *Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu.* Poznań 2012:156-162.
10. Tajchman L. Wady postawy u dzieci. *Wydawnictwo Literat.* Toruń 2016:5-17.

11. Kędra E. Wybrane zagadnienia pediatrii i opieki nad dzieckiem niepełnosprawnym. Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy. Wydanie I, Legnica 2011:19.
12. Muchacka R., Pyclik M. Wady postawy u dzieci i młodzieży – charakterystyka i etiologia. *Prace Naukowe WSZiP* 2016;37(1):69-87.
13. JohsonJane. Korekcja postawy ciała. Wydawnictwo Urban&Partner. Wrocław 2018;5,10-13.
14. Skawiński D. Zaworska-Winiarska A. Sikora D. Horecka-Lewitowicz A. Szpringer M. Ocena poziomu wiedzy z zakresu profilaktyki wad postawy wśród dzieci i młodzieży. *Studia Medyczne* 2011:16-21.
15. Wawrzyniak A. Tomaszewski M. Mews J. Jung A. Kalicki B. Wady postawy u dzieci i młodzieży jako jeden z głównych problemów w rozwoju psychosomatycznym. *Pediatr Med. Rodz* 2017;13(1):73-77.
16. Szczepanowska-Wołowiec B. Wołowiec P. Kotela P. Wady postawy populacji dzieci w wieku 10-12 lat na terenie gminy Masłów. *Studia Medyczne* 2010:17,41.
17. Górecki A. Kiwerski J. Kowalski I. Marczyński W. Nowotny J. Rybicka M. Jarosz U. Suwalska M. Szelachowska-Kluza W. Profilaktyka wad postawy u dzieci i młodzieży w środowisku nauczania i wychowania – rekomendacje ekspertów. *Pol. Ann Med.* 2009;16 (1):172-174.
18. Kocka K. Kachaniuk H. Bartoszek A. Fałdyga U. Charzyńska-Gula M. Najczęstsze problemy zdrowotne dzieci w wieku szkolnym – na przykładzie szkoły podstawowej i gimnazjum w Lublinie. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013;19,4:508.
19. Hrycyna M. Kołakowski Ł. Ocena postawy ciała dzieci w wieku 7-9 lat. *Aktywność Fizyczna i Zdrowie* 2018;13:15.