

Krzysztof Leśniak

Organizacja procesu korekcji wad postawy w Tarnowie

Problemy Współczesnej Pedagogiki 1/1, 57-70

2015

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Organizacja procesu korekcji wad postawy w Tarnowie

Krzysztof Leśniak

Wydział Zarządzania i Turystyki, Małopolska Wyższa Szkoła Ekonomiczna w Tarnowie

A b s t r a k t: Wraz z rozwojem cywilizacji notuje się coraz częściej wady postawy oraz większą liczbę dzieci i młodzieży o nadmiernej masie ciała. W okresie dziecięcym i młodzieńczym usuwaniem nieprawidłowości w budowie rozwijającego się organizmu powinna zajmować się gimnastyka korekcyjna. By jednak była ona efektywna, musi być w odpowiedni sposób zorganizowana. Chcąc dokonać oceny organizacji procesu korekcji wad postawy w Tarnowie, badaniu ankietowemu poddano dyrektorów lokalnych szkół podstawowych oraz przeanalizowano dane dostarczone przez Wydział Edukacji Urzędu Miasta Tarnowa. Uwzględniono dane dotyczące organizacji zajęć kompensujących wady postawy w szkołach w latach 2010/2011–2012/2013. Analiza wyników badań dowodzi, że gimnastyka korekcyjna nieodpłatnie dostępna jest, poza jednym wyjątkiem, w klasach I–III szkół podstawowych, a odpłatnie we wszystkich przedszkolach. Tylko jedna szkoła oferuje zajęcia również w klasach IV–VI dwa razy w tygodniu. Uczniowie gimnazjów i szkół ponadgimnazjalnych nie mają możliwości uczestnictwa w tego rodzaju ćwiczeniach. Najlepszy dostęp do zajęć korekcyjnych mają uczniowie szkół specjalnych (blisko 50%) i Szkoły Podstawowej nr 18 (ponad 30%). W badanych latach tylko odpowiednio 6,35%, 4,49%, 8,78% dzieci z pozostałych placówek miało możliwość korzystania z korekcji wad postawy.

S ł o w a k l u c z o w e: kompensacja postawy, organizacja procesu korekcji wad postawy, zdrowie dziecka, korekcja wad postawy u dzieci

1. Wstęp

Rozwój cywilizacji sprawia, że wadliwa postawa ciała u dzieci i młodzieży występuje coraz częściej. Badania przeprowadzone przez Agnieszkę Pawlicką-Lisowską i współautorów (2011, s. 137) wykazały u 75% uczennic klas maturalnych złą postawę ciała. Jacek Wilczyński (2006, s. 351) stwierdził boczne skrzy-

Korespondencja w sprawie artykułu: dr Krzysztof Leśniak, Małopolska Wyższa Szkoła Ekonomiczna, Wydział Zarządzania i Turystyki, Katedra Turystyki i Rekreacji, ul. Waryńskiego 14, 33-100 Tarnów, Poland, tel. +48 14 65 65 528, e-mail: krzysztof.lesniak@mwse.edu.pl.

wienia kręgosłupa u 69% chłopców do 16. roku życia ze Starachowic, a Wojciech Hagner i współautorzy (2011, s. 29) odnotowali w regionie mławskim wady postawy u 73% dziesięciolatków i 54% trzynastolatków. Witold Furgał i Anna Adamczyk (2009, s. 198) zwracają uwagę, że sedenteryjny sposób spędzania czasu wolnego nie sprzyja kształtowaniu prawidłowej postawy, natomiast Izabela Korabiewska i współautorzy (2008, s. 28) donoszą, że najczęstszą formą odpoczynku wśród młodych ludzi jest oglądanie telewizji i gra na komputerze.

Zdaniem badaczy skrajne wartości wskaźnika BMI², a zwłaszcza tendencja do nadwagi nie sprzyjają prawidłowej budowie kolan i stóp (Mikołajczyk, Jankowicz-Szymańska, 2010, s. 12–19). Nadwagą i otyłością charakteryzuje się coraz większy odsetek dzieci, młodzieży oraz dorosłych na świecie. International Obesity Task Force (IOTF) i Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacują, że w 2025 roku otyłość będzie charakteryzować ponad połowę mieszkańców Australii, USA i Wielkiej Brytanii. W Polsce, zależnie od regionu, nadwaga i otyłość występują u 6–22% przedszkolaków, dzieci i młodzieży (Mazur, 2011, s. 158–160).

W opracowanej przez Ministerstwo Zdrowia Strategii Rozwoju Ochrony Zdrowia na lata 2007–2013 dostrzeżono konieczność wczesnego diagnozowania deficytów rozwojowych i wynikających z nich problemów zdrowotnych u dzieci i młodzieży. Zaplanowano również w tym zakresie interwencję, która ma zapobiegać poważnym patologiom zdrowotnym w późniejszym wieku oraz zwiększać szanse na pełne zdrowie, zmniejszając tym samym nakłady na świadczenia zdrowotne związane już nie z profilaktyką, a leczeniem w późniejszym okresie życia. Kwestia dbałości o postawę ciała jest wielokrotnie przytaczana także przez prawo oświatowe, jednak Mirosław Nowakowski i Ewa Zeyland-Malawka (2009, s. 116–128) zwracają uwagę na brak uregulowań prawnych zapewniających obowiązek prowadzenia zajęć korekcyjnych w szkołach. Prawo oświatowe wskazuje jedynie możliwości prowadzenia takich zajęć, które ze względów ekonomicznych rzadko są wykorzystywane. Autorzy podkreślają, że wprowadzane regulacje, mimo zapewniania dbałości o postawę, sukcesywnie utrudniają realizowanie gimnastyki korekcyjnej w szkołach, w których powinna następować diagnoza i korekta postawy ciała.

Z rachunku ekonomicznego wynika, że lepiej zapobiegać, niż leczyć. Idea wczesnej rehabilitacji jest pomoc w początkowej fazie wady, tak aby nieinwazyjnie, bezzwłocznie zahamować jej rozwój. W początkowej fazie wada postawy nie jest chorobą i nie da się jej leczyć w ramach NFZ. Sytuacja niejako „polepsza się”, gdy wada rozwinię się w takim stopniu, że będzie można sklasyfikować ją jako chorobę i leczyć w ośrodkach służby zdrowia. Problem polega jednak na tym, że wtedy leczenie wymaga zazwyczaj kosztownych operacji ortopedycznych, których wcześniej być może udało się uniknąć.

Żaden zakład opieki zdrowotnej w Tarnowie nie oferuje nieodpłatnej gimnastyki korekcyjnej dzieciom wymagającym takich zajęć. Prywatne placówki w mie-

² BMI (Body Mass Index, wskaźnik masy ciała) – współczynnik obliczany jako iloraz masy ciała (podanej w kilogramach) i kwadratu wysokości (podanej w metrach).

ście proponują usługi fizjoterapeutyczne dla dzieci dotkniętych dysfunkcjami postawy w cenie 5 złotych za 30 minut zajęć. W cenę wliczony jest zestaw ćwiczeń dla dziecka bez ciągłego nadzoru fizjoterapeuty. Brak nadzoru fachowca może doprowadzić do odwrotnych skutków niż zamierzone. 45 minut zajęć indywidualnych z rehabilitantem kosztuje około 25 złotych.

W związku z wydłużaniem się okresu życia w Polsce, wydłużeniem okresu pracy zawodowej oraz starzeniem się społeczeństwa zasadne jest dbanie o stan zdrowia obywateli od najmłodszych lat, by umożliwić im utrzymanie aktywności zawodowej do 67. roku życia oraz satysfakcję z zasłużonej emerytury. Aspekt ekonomiczny wymaga również, by jak największy odsetek osób w wieku produkcyjnym pracował, utrzymując starzejące się społeczeństwo. Jak wynika z danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), do 2035 roku liczba osób w tzw. wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 6,4 mln do 9,6 mln. W rezultacie na jednego emeryta przypadają będą tylko dwie osoby w wieku produkcyjnym, podczas gdy dziś jest ich dwa razy więcej.

By praca ta była efektywna, społeczeństwo musi podlegać diagnozie i leczeniu wszelkich dolegliwości na każdym etapie życia. W okresie dziecięcym i młodzieńczym nieprawidłowości w budowie rozwijającego się organizmu powinny zapobiegać ćwiczenia korygujące zwane potocznie gimnastyką korekcyjną. Takie zajęcia są specyficzną formą ćwiczeń ruchowych, które zostały podporządkowane celom terapeutycznym. Wykorzystywane tu zestawy ćwiczeń mają doprowadzić do korekcji postawy ciała, co powoduje, że specyficzne są również zasady i metody stosowane podczas zajęć. Aby gimnastyka korekcyjna była efektywna, musi być w odpowiedni sposób zorganizowana.

Celem niniejszej pracy jest ocena poziomu organizacji procesu korekcji wad postawy w Tarnowie.

2. Postawa ciała i jej korekcja

Postawa ciała podlega ciągłym zmianom pod wpływem wielu czynników głównie w czasie rozwoju osobniczego, ale także w cyklu dobowym, przez co trudno określić, czym w danym czasie powinna charakteryzować się postawa prawidłowa, a co i kiedy zakwalifikować jako wadę. Przyczyn nieprawidłowości w postawie ciała upatruje się w braku lub zbyt małej aktywności ruchowej, nadmiernej masie ciała, zaburzeniach czucia głębokiego, wadach wzroku i słuchu czy upośledzeniu fizycznym i umysłowym, a czynnik ten bywa idiopatyczny szczególnie w przypadku skolioz.

Nieprawidłowa postawa to inny od spotykanego najczęściej układ poszczególnych części ciała w pozycji stojącej. Defekty budowy ciała nie oznaczają jedynie pogorszenia efektu wizualnego, ale w przyszłości mogą powodować poważne skutki zdrowotne. Ćwiczenia korekcyjne są podstawą nieinwazyjnego leczenia wad postawy. Ze względu na to, że proces ten jest długotrwały i nie przynosi szybkich oczekiwanych efektów, powoduje zniechęcenie i budzi niepokój ćwiczących i ro-

dziców. Osiągnięcie celu korekcyjnego wymaga precyzyjnego naśladowania ćwiczeń instruktora, który nadzoruje poprawność, tempo i liczbę powtórzeń ich wykonania. Utrzymanie prawidłowej postawy przez ćwiczące dziecko z wadą jest dla niego męczące, a więc jest odrzucane. Poprawę postawy dokonuje się przez wzmocnienie gorsetu mięśniowego, zwłaszcza mięśni stabilizujących kręgosłup, pośladków i brzucha, a także usunięcie przykurczów przez stosowanie ćwiczeń rozciągających. Jako uzupełnienie wprowadza się ćwiczenia oddechowe, ogólnorozwojowe, a nawet ćwiczenia w wodzie, która z powodu większej gęstości niż powietrze stawia naturalny opór podczas ćwiczeń.

Głównym celem gimnastyki korekcyjnej jest tzw. reedukacja posturalna, czyli przywrócenie nawyku przyjmowania i utrzymywania prawidłowej postawy. Wilczyński (2005, s. 118) wymienia pięć etapów reedukacji posturalnej:

- uświadomienie osobie specyfiki jej wady,
- przywrócenie prawidłowej ruchomości kostno-stawowo-więzadłowej i mięśniowej,
- wyrobienie umiejętności korekcji lokalnych i globalnych,
- wyrobienie wytrzymałości posturalnej, tj. zdolności do długotrwałego utrzymania prawidłowej postawy,
- utrwalenie osiągniętej korekcji postawy ciała.

Poprawa błędów w postawie ciała nie jest możliwa wyłącznie dzięki ćwiczeniom korekcyjnym. Jednocześnie należy określić przyczyny powstawania wady i je wyeliminować. Proces korekcji bywa żmudny zwłaszcza wtedy, gdy etiologia wady jest trudna do wychwycenia. Wymusza to konieczność indywidualnego podejścia prowadzącego do każdego przypadku, co jest trudne lub wręcz niemożliwe przy dużych liczebnie grupach.

3. Podstawy organizacji korekcji wad postawy w tarnowskiej oświacie

Skuteczność procesu korekcji wad postawy jest warunkowana szerszym spojrzeniem w przyszłość, a to wymusza na decydentach urzędów miast i gmin podejmowanie wielu zadań w ramach prowadzonej polityki oświatowej.

Poparty wynikami badań wzrost częstotliwości występowania wad postawy ciała oraz otyłości i nadwagi wśród dzieci i młodzieży powinien skłonić rządzących do opracowania strategii wykrywania, przeciwdziałania i korygowania tych wad. Jednakże polityka zdrowotna opiera się na liczbie zgonów, a profilaktyka i leczenie są skierowane tam, gdzie śmiertelność wywołana danym zjawiskiem jest największa. Autor niniejszej pracy nie dotarł do danych na temat liczby zgonów z powodu wad postawy, choć Jerzy Leowski (2004, s. 84) podaje, że rocznie na świecie umiera 0,5 mln osób z powodu otyłości, która jest jedną z przyczyn powstawania wad postawy. Z danych GUS wynika, że w Polsce jest ponad 5 mln osób niepełno-

sprawnych powyżej 15. roku życia, a 2,5% z nich pozostaje bezrobotna. Być może część byłaby pełnosprawna dzięki uczęszczaniu w młodości na zajęcia gimnastyki korekcyjnej.

Do roku szkolnego 2011/2012 prowadzenie ćwiczeń korekcyjnych w szkołach było możliwe dzięki asygnowaniu puli godzin przez dyrektorów z tzw. godzin do dyspozycji dyrektora. Stopniowo wprowadzana do szkół w roku szkolnym 2009/2010 nowa podstawa programowa doprowadziła wraz z likwidacją godzin dyrektorskich do kasacji gimnastyki korekcyjnej w dotychczasowej formie.

Obecnie obowiązkowe zajęcia wychowania fizycznego dla uczniów mają formę zajęć klasowo-lekcyjnych oraz zajęć do wyboru przez uczniów. Zajęcia do wyboru przez uczniów mogą być realizowane m.in. jako zajęcia sprawnościowo-zdrowotne. Dyrektor szkoły, przygotowując propozycję zajęć do wyboru przez uczniów, powinien uwzględnić potrzeby zdrowotne uczniów, w tym m.in. wymagania dotyczące korekty wad postawy i związane z tym zajęcia z gimnastyki korekcyjnej. W związku z konfliktem interesów, jaki zachodzi w szkole (chcący jak najmniej wydać urząd miasta *versus* potrzeby uczniów i ambicje rodziców), dyrektor szkoły musi tak zaplanować pracę szkoły, by spełnić wymagania ustawowe, potrzeby środowiska, jednocześnie nie przekraczając przeznaczonego dla placówki budżetu wynikającego z liczby uczniów (Leśniak, 2011, s. 217).

W tarnowskich szkołach, które są finansowane z budżetu miasta, od kilku lat stosowany jest system tzw. przeliczników godzinowych. Przeliczniki są kształtowane na różnych poziomach w zależności od typu szkoły. Przelicznik pomnożony przez liczbę uczniów danej szkoły stanowi liczbę godzin dydaktycznych, wpływając tym samym na etaty pedagogów danej placówki. Im większa liczba uczniów w klasie, tym większą pulą godzin może dysponować dyrektor szkoły. Jeżeli powstaje nadwyżka godzin, w gestii dyrektora szkoły leży to, czy zostanie ona przeznaczona na zajęcia językowe, czy na przykład korekcyjne. Wielkość przeliczników jest na niskim poziomie, bo wielu dyrektorom wystarcza godzin tylko na zajęcia obowiązkowe, zatem szans na asygnowanie środków na realizację gimnastyki korekcyjnej w tarnowskich szkołach, jako aktywności nieobowiązkowej, upatruje się w decyzji Wydziału Edukacji Urzędu Miasta.

Szkoła jest instytucją umożliwiającą ochronę zdrowia, masowe działania profilaktyczne i edukację zdrowotną populacji w wieku szkolnym. Dyrektorzy szkół wiedzą, ilu uczniów wymaga wykonywania ćwiczeń korekcyjnych, na podstawie wyników badań bilansowych. Bilanse zdrowia dziecka są pogłębionymi i kompleksowymi badaniami lekarskimi przeprowadzanymi w wieku 2, 4, 6, 10, 14, 16 i 18 lat. Służą systematycznej kontroli stanu zdrowia dziecka i jego rozwoju oraz wczesnemu wykrywaniu wszelkich nieprawidłowości zdrowotnych, w tym nieprawidłowości narządu ruchu. W badaniach tych od czwartego roku życia lekarze powinni kontrolować prawidłowość budowy kręgosłupa i występowanie zniekształceń statycznych kończyn dolnych. Wyniki badań profilaktycznych gromadzi pielęgniarka lub higienistka szkolna, która jako pracownik służby zdrowia jest odpowiedzialna

za bieżącą opiekę medyczną nad uczniami i pracownikami szkoły. Do jej zadań należy również doradzanie dyrektorowi w planowaniu i realizacji edukacji zdrowotnej, w tym profilaktyki i korekcji wad postawy. Co jednak ma zrobić dyrektor, który nie może zorganizować zajęć korekcyjnych?

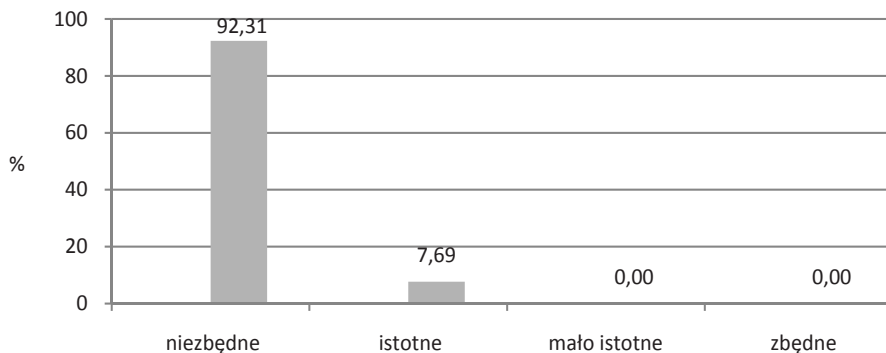
Proces organizacji korekcji wad postawy można zatem ująć jako zestaw następujących zadań: diagnoza postawy, zalecenie leczenia, udział w zajęciach, diagnoza i eliminacja przyczyn wady, kontrola postępów. Zadania te są skoncentrowane wokół różnych działów organizacyjnych, tj. lekarz służby zdrowia / pielęgniarka szkolna, urząd miasta/gminy, dyrektor szkoły, nauczyciel wychowania fizycznego, rodzic, dziecko.

4. Badania organizacji procesu korekcji wad postawy w Tarnowie

Badanie organizacji procesu korekcji wad postawy przeprowadzono w szkołach podstawowych miasta Tarnowa w 2013 roku. Badaniami z wykorzystaniem techniki wywiadu objęto dyrektorów wszystkich publicznych szkół, w liczbie siedemnastu. Ankiety, które wypełniali dyrektorzy badanych placówek oświatowych, zawierały pytania dotyczące organizacji zajęć gimnastyki korekcyjnej w podległych im jednostkach w latach 2010/2011, 2011/2012 i 2012/2013. W tym czasie do badanych szkół uczęszczało odpowiednio w poszczególnych latach: 5677, 5575 i 5397 uczniów. Sondażowi diagnostycznemu poddano również publiczne i niepubliczne przedszkola, szkoły gimnazjalne i ponadgimnazjalne, a także publiczne i prywatne placówki służby zdrowia oferujące gimnastykę korekcyjną.

Odpowiedzi dyrektorów szkół na zadane w ankiecie pytania przedstawiono na rysunkach 1–6.

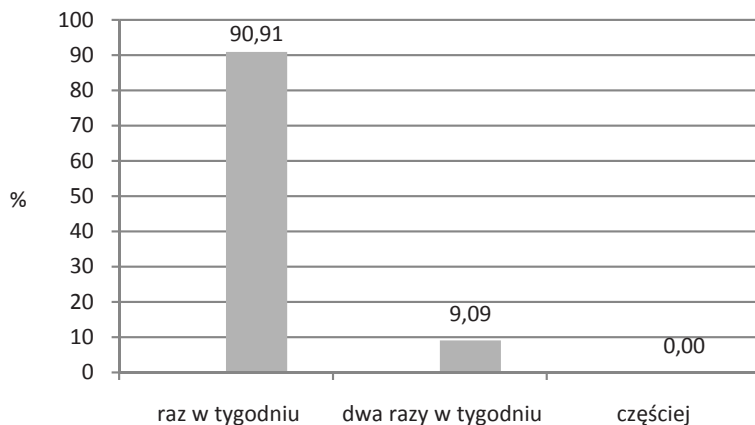
Prawie wszyscy dyrektorzy ankietowanych szkół określili prowadzenie zajęć gimnastyki korekcyjnej w podległych im placówkach jako niezbędne, a tylko jeden jako istotne (rysunek 1).



Rysunek 1. Prowadzenie zajęć z gimnastyki korekcyjnej w Państwa szkole jest...

Źródło: opracowanie własne.

Ponad 90% badanych szkół tarnowskich prowadzi zajęcia raz w tygodniu, a tylko jedna placówka dwa razy tygodniowo (rysunek 2). Zdaniem Katarzyny Walickiej-Cupryś i współautorów (2006, s. 213–214) ćwiczenia prowadzone zbyt rzadko i zbyt krótko nie mogą dawać pozytywnego efektu korekcyjnego.

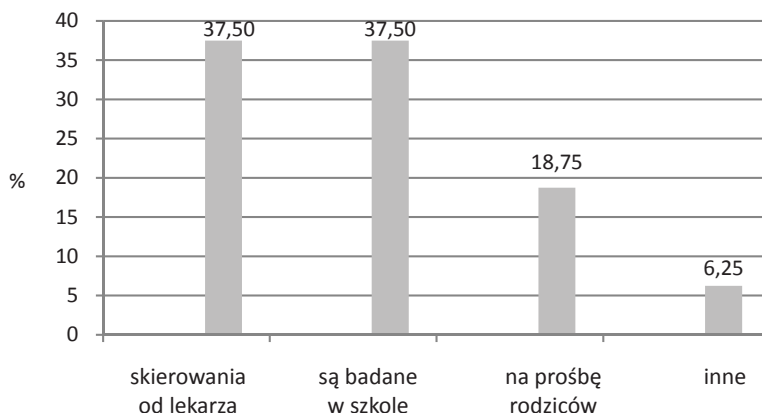


Rysunek 2. Jak często odbywały się zajęcia?

Źródło: opracowanie własne.

Z analizy ankiet wynika, że w żadnej tarnowskiej szkole nie prowadzi się zajęć fizjoterapeutycznych, organizując grupy ćwiczebne pod kątem wady postawy, a na zajęcia zgłasza się część uczniów danej klasy z różnymi wadami. Podobne badania prowadzone w szkołach Zagłębia Dąbrowskiego wykazały, że 18% szkół podstawowych tamtego regionu tworzy grupy ćwiczebne, biorąc pod uwagę rodzaj wady (Polechoński, Zając-Gawlak, 2011, s. 27). Na nieprawidłową organizację zajęć gimnastyki korekcyjnej w polskich szkołach zwraca uwagę Ewa Demczuk-Włodarczyk. Zdaniem autorki błędem jest uczęszczanie na zajęcia gimnastyki korekcyjnej grupy uczniów jednej klasy z różnymi dysfunkcjami zamiast wyselekcjonowanych dzieci z różnych klas z tą samą wadą. Badaczka twierdzi również, że błędny jest pogląd, jakoby jakikolwiek ruch u dzieci z wadą był lepszy od braku ruchu (Demczuk-Włodarczyk, 2009, s. 89).

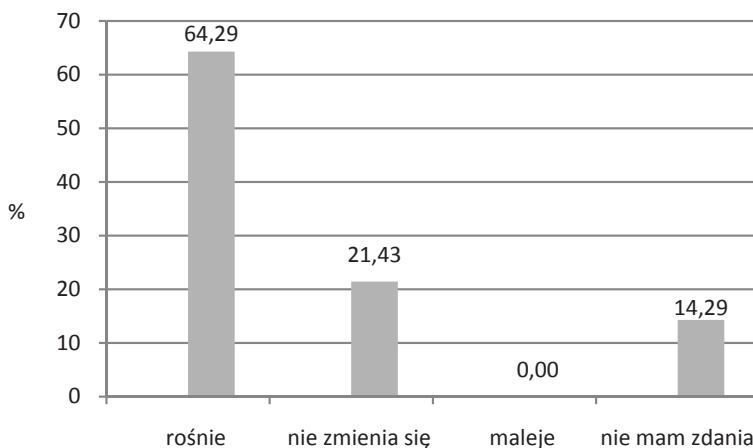
Dyrektorzy wskazywali na różne możliwości skierowania uczniów do udziału w zajęciach korekcyjnych. Łącznie w 75% szkół na zajęcia kwalifikują lekarze w placówkach zdrowia lub pielęgniarki w szkole. Prowadzący szkoły są przychylni rodzicom, którzy chcą udziału swoich dzieci w zajęciach fizjoterapeutycznych. W ponad 6% przypadków do zajęć kwalifikują także nauczyciele wychowania fizycznego (rysunek 3).



Rysunek 3. Na jakiej podstawie dzieci kierowane są na zajęcia gimnastyki korekcyjnej?

Źródło: opracowanie własne.

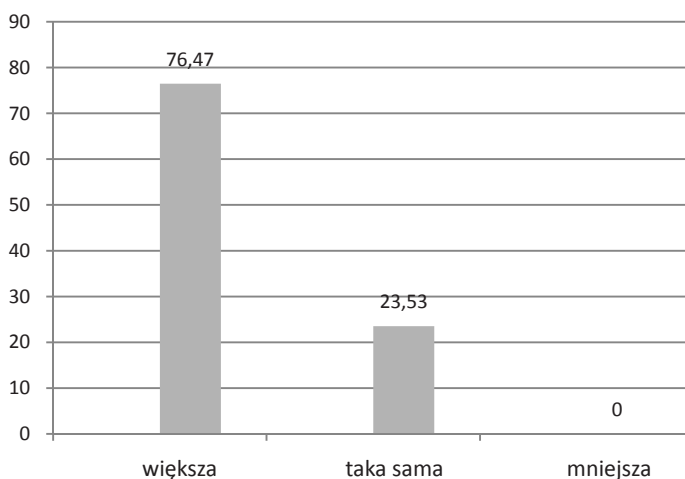
Zdaniem 65% badanych dyrektorów liczba uczniów wymagających udziału w zajęciach korygujących wady postawy zwiększa się, a zdaniem 22% nie zmienia się. Dwie osoby nie miały zdania w tej kwestii (rysunek 4).



Rysunek 4. Jak Państwa zdaniem zmienia się liczba uczniów wymagających udziału w zajęciach gimnastyki korekcyjnej?

Źródło: opracowanie własne.

Ponad trzy czwarte ankieterowanych dyrektorów chciałoby mieć możliwość przeznaczania jakiegokolwiek liczby godzin na takie zajęcia, gdyż obecnie nie dysponują żadnymi godzinami na ten cel (rysunek 5).



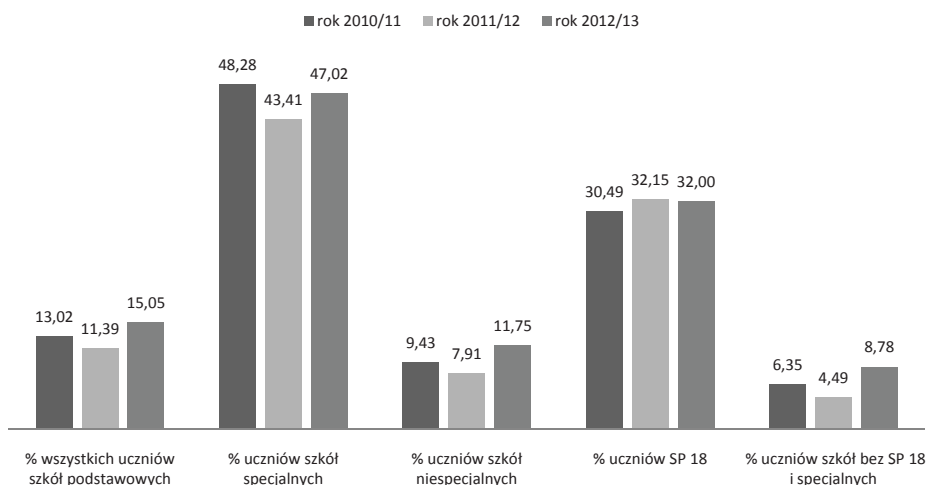
Rysunek 5. Liczba godzin przeznaczana przez organ prowadzący na zajęcia gimnastyki korekcyjnej powinna być...

Źródło: opracowanie własne.

Z analizy danych dostarczonych przez Wydział Edukacji Urzędu Miasta Tarnowa wynika, że w żadnym z prowadzonych przez gminę przedszkolu, gimnazjum czy szkole ponadgimnazjalnej uczęszczającym tam młodym ludziom nie jest oferowana korekcja wad postawy. W Tarnowie, poza dwoma palcówkami dla dzieci ze specyficznymi problemami, jest ona prowadzona w szkołach podstawowych wyłącznie w klasach I–III (z jednym wyjątkiem). Wynika to z podstawy programowej, w której dla tego typu placówek nie przewidziano obowiązku prowadzenia takich zajęć. Przedszkola oferują możliwość udziału dzieci w odpłatnych zajęciach korekcyjnych.

W posturogenezie kształtowania się postawy wyróżniamy dwa okresy krytyczne, w których powstaje najwięcej wad. Pierwszy z nich, przypadający na wiek 6–7 lat, wiąże się ze zmianą trybu życia wynikającą z rozpoczęcia nauki szkolnej. Drugi okres krytyczny – związany ze skokiem pokwitaniowym – przypada u dziewcząt na 11.–13. rok życia, a u chłopców dwa lata później (13–15 lat). Okres ten stwarza ostatnią szansę wyrównania braków w postawie, które znacznie zmniejszają się po zakończeniu procesu rośnięcia (Wilczyński, 2005, s. 40). Dlatego wydaje się niezbędne prowadzenie zajęć korekcyjnych w klasach IV–VI szkoły podstawowej, a także w gimnazjum. Z przeprowadzonego badania wynika, że tylko jedna szkoła oferowała swoim uczniom zajęcia korekcyjne w klasach IV–VI, a jedynie w Specjalnym Ośrodku Szkolno-Wychowawczym (SOSW) i Zespole Szkół dla Niesłyszących i Słabo Słyszących (SNISS) taka możliwość istnieje przez cały okres nauki, czyli w przypadku SOSW od przedszkola do szkoły ponadgimnazjalnej, a w SNISS od szkoły podstawowej do wieku gimnazjalnego.

W roku szkolnym 2010/2011 dwie tarnowskie szkoły podstawowe spośród osiemnastu nie prowadziły gimnastyki korekcyjnej, a już w roku kolejnym co druga placówka nie oferowała tego typu zajęć. Dane te kształtują się lepiej w porównaniu ze szkołami Zagłębia Dąbrowskiego, gdzie 38% placówek tego regionu nie prowadziło tej formy zajęć fizjoterapeutycznych (Polechoński, Zająć-Gawlak, 2011, s. 26). W Tarnowie w roku szkolnym 2012/2013 sytuację znacznie poprawił wprowadzony projekt „Indywidualizacja procesu nauczania i wychowania uczniów klas I–III szkół podstawowych”, do którego nie przystąpiły jedynie SOSW, Szkoła Podstawowa nr 11 z oddziałami integracyjnymi i Szkoła Podstawowa nr 20. Dwie pierwsze placówki wspólnie z SNISS, dzięki innym ramowym planom nauczania i innym przelicznikom godzin, mogły zaoferować prawie co drugiemu podopiecznemu możliwość udziału w zajęciach korekcyjnych (rysunek 6).



Rysunek 6. Zestawienie procentowe uczestników gimnastyki korekcyjnej w różnych typach szkół Tarnowa

Źródło: opracowanie własne.

Zdaniem badaczy osoby niepełnosprawne częściej narażone są na defekty postawy. Grzegorz Przysada i współautorzy (2010, s. 166) zwracają uwagę, że 80% dzieci z niepełnosprawnością intelektualną charakteryzuje się wadami stóp, a Bartosz Bolach i współautorzy (2009, s. 50) stwierdzili znaczny odsetek nieprawidłowości w postawie ciała u młodzieży niedowidzącej.

Dzięki projektowi „Indywidualizacja...” 288 dzieci w roku szkolnym 2012/2013 raz w tygodniu uczęszczało na zajęcia korygujące ich wady w maksymalnie pięcioosobowych grupach, a od września do grudnia 2013/2014 roku ćwiczyło dwa razy tygodniowo. Liczba dzieci ćwiczących w ramach projektu stanowiła 35% ogółu objętych kompensacją postawy w tym roku w Tarnobrzegu. Gdyby nie

projekt, liczba dzieci objętych gimnastyką korekcyjną w roku szkolnym 2012/2013 wyniosłaby 524, co stanowiłoby 9,71% ogółu.

Na rysunku 6 przedstawiono procentowy udział uczniów w zajęciach korygujących postawę ciała w stosunku do ogółu uczniów różnych typów. W badanym okresie największy udział uczniów korzystających z zajęć gimnastyki korekcyjnej odnotowano w szkołach specjalnych, a następnie w SP 18. W pozostałych szkołach poddanych badaniom odsetek ten jest znacząco niższy. Biorąc pod uwagę dane uzyskane w latach 2010–2013 dla wszystkich typów szkół, można zauważyć niejednoznacznie zarysowujący się trend wzrostowy, który w związku z istotnym udziałem szkół specjalnych i SP 18 w organizacji zajęć korekcyjnych nie może stanowić podstawy do wyciągania ogólnych wniosków.

Z analizy udziału uczniów w zajęciach korekcyjnych w latach 2010–2012 wynika, że gdyby nie projekt „Indywidualizacja...”, liczba ćwiczących zmniejszałaby się corocznie o około 2%, z 13,02% w 2010, przez 11,39% w 2011, do 9,71% w 2012 roku (rysunek 6, tabela 1). Wprowadzenie projektu nie tylko zahamowało tendencję malejącą, ale nawet spowodowało wzrost odsetka ćwiczących do 15%, mimo zmniejszającej się liczby uczniów związanej z niżem demograficznym (rysunek 6, tabela 1).

Tabela 1. Zestawienie liczby uczniów korzystających z zajęć gimnastyki korekcyjnej (GK) i ich udziału w ogólnej liczbie uczniów w różnych typach szkół Tarnowa

	Rok szkolny 2010/2011		Rok szkolny 2011/2012		Rok szkolny 2011/2012	
	L	%	L	%	L	%
Uczniowie korzystających z GK we wszystkich typach szkół	739	13,02	635	11,39	812	15,05
Uczniowie korzystających z GK szkół specjalnych (SOSW, SP 11, SNISS)	253	48,28	237	43,41	237	47,02
Uczniowie korzystających z GK poza szkołami specjalnymi	486	9,43	398	7,91	575	11,75
Uczniowie korzystających z GK w SP 18	200	30,49	200	32,15	200	32,00
Uczniowie korzystających z GK szkół z wyłączeniem SP 18 i szkół specjalnych	286	6,36	198	4,49	375	8,79

Źródło: opracowanie własne.

Uwagę zwraca to, że prawie co trzeci uczeń Szkoły Podstawowej nr 18 korzystał z zajęć fizjoterapeutycznych, a w pozostałych szkołach podstawowych, z wyłączeniem szkół specjalnych, taką możliwość miał tylko co dziesiąty wychowanek. Wynika to z faktu, że Urząd Miasta finansuje w tej szkole dużą liczbę godzin gimna-

styki korekcyjnej, nie przeznaczając żadnej godziny na tego typu zajęcia w placówkach o innym statusie niż placówka specjalna. Z jednej strony można taką szkołę stawiać za wzór organizacyjny korekcji wad postawy (tylko tam zajęcia odbywają się dwa razy w tygodniu), z drugiej wydaje się, że dostęp tarnowskich uczniów do procesu kompensacji postawy jest nierównomierny. Jak wynika z danych zawartych na rysunku 6, poza SP 18 i szkołami specjalnymi w latach 2010–2012 odpowiednio tylko 6,35%, 4,49% i 8,78% dzieci pozostałych placówek miało możliwość korzystania z korekcji wad postawy. Na zasadę równości dostępu do ochrony zdrowia zwraca uwagę Joanna Niżnik (2004, s. 53–54), twierdząc, że sprawiedliwy jest równy dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej.

Organizacja gimnastyki korekcyjnej w Tarnowie wydaje się na wysokim poziomie w szkołach dla dzieci niepełnosprawnych i na dostatecznym w szkołach ogólnodostępnych. Wyjątkiem jest tu Szkoła Podstawowa nr 18, w której swoją postawę koryguje co trzeci uczeń. Dużym mankamentem jest to, że na zajęcia chodzą dzieci w zależności od tego, do której klasy uczęszczają, a nie ze względu na podobny charakter wady postawy. Mimo małej częstotliwości zajęć udział w zajęciach gimnastyki korekcyjnej prowadzonych fachowo, głównie w formie zabawowej, pozwala na wzmocnienie słabych mięśni, usuwanie dystonii mięśniowej oraz zmianę negatywnego nawyku utrzymania wadliwej postawy ciała. Niebagatelne jest również zwiększanie świadomości uczniów i rodziców na temat potrzeby dbania o właściwą postawę ciała.

5. Wnioski

1. Organizacja polityki oświatowej pod kątem dbałości o higienę postawy i korektę nabytych wad postawy stanowi ważny filar prozdrowotnej myśli strategicznej dla Polski.
2. Sukces budowy dalekosiężnych strategii społecznych, w tym przede wszystkim dotyczących wychowania i zdrowia młodych pokoleń, opiera się, po pierwsze, na pobudzaniu poznania naukowego, które dostarcza odpowiedzi na pytania, jak było i jak jest, po drugie, na szeroko zakrojonych społecznie pedagogicznych aktywnościach podnoszących świadomość dzieci i rodziców, po trzecie, na skutecznych próbach politycznego wdrożenia koniecznych udoskonaleń istniejących rozwiązań.
3. Polityka prozdrowotna obejmująca zadania oświatowe w ramach procesu organizacji korekcji wad postawy w tarnowskich szkołach daleko odstaje od naglących potrzeb uczniów i nie wspomaga ich rodziców.
4. Do dalszej realizacji strategii zdrowej i produktywnej społeczności Tarnowa nieuniknione są większe nakłady ekonomiczne ze strony Urzędu Miasta w celu finansowego wsparcia procesu korekcji wad postawy w szkołach.

Bibliografia

- Bolach, B., Bolach, E., Józefowski, P. (2009). Ocena aktywności ruchowej i postawa ciała u młodzieży niedowidzącej. *Postępy Rehabilitacji*, 4, 45–51.
- Demczuk-Włodarczyk, E. (2009). Diagnostyka i terapia deformacji stóp w szkolnej gimnastyce korekcyjnej. W: J. Nowotny (red.). *Wady postawy ciała u dzieci i młodzieży*. Bielsko-Biała: Wyższa Szkoła Administracji.
- Furgał, W., Adamczyk, A. (2009). Ukształtowanie sklepienia stopy u dzieci w zależności od wskaźnika masy ciała. *Medycyna Sportowa*, 3, 189–199.
- Hagner, W., Bąk, D., Lulińska-Kuklik, E., Hagner-Derengowska, M. (2011). Częstość występowania wad postawy u dzieci 10- i 13-letnich w regionie mławskim. *Kwartalnik Ortopedyczny*, 1, 24–30.
- Korabiewska, I., Sasin, M., Lewandowska, M., Białoszewski, D., Kłoda, M. (2008). Występowanie wad postawy u dzieci ze Szkoły Podstawowej im. Jana Pawła II w Duczkach a ich aktywność fizyczna. *Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja*, 1, 55–59.
- Leowski, J. (2004). *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*. Warszawa: CeDeWu.
- Leśniak, K. (2011). Dyrektor szkoły jako menedżer. *Zeszyty Naukowe Małopolskiej Wyższej Szkoły Ekonomicznej w Tarnowie*, 18(1), 209–223.
- Mazur, A. (2011). Epidemiologia nadwagi i otyłości u dzieci na świecie, w Europie i w Polsce. *Przeгляд Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, 2, 158–163.
- Mikołajczyk, E., Jankowicz-Szymańska, A. (2010). Wpływ otluszczenia na wysklepienie stóp i ukształtowanie kończyn dolnych u 7-latków. *Fizjoterapia*, 2, 10–20.
- Niżnik, J. (2004). *W poszukiwaniu racjonalnego systemu finansowania ochrony zdrowia*. Bydgoszcz; Kraków: Oficyna Wydawnicza Brandta.
- Nowakowski, M., Zeyland-Malawka, E. (2009). Uregulowania prawne ćwiczeń korekcyjnych prowadzonych w szkole. W: J. Nowotny (red.). *Wady postawy ciała u dzieci i młodzieży*. Bielsko-Biała: Wyższa Szkoła Administracji.
- Pawlicka-Lisowska, A., Lisowski, J., Motylewski, J., Gątkiewicz, M., Zientala, A., Poziomska-Piątkowska, E. (2011). Próba oceny postawy ciała na tle wybranych parametrów krążeniowo-oddechowych. *Kwartalnik Ortopedyczny*, 2, 133–144.
- Polechoński, J., Zając-Gawlak, I. (2011). Organizacja gimnastyki korekcyjnej w szkołach Zagłębia Dąbrowskiego. *Rehabilitacja w Praktyce*, 4, 25–30.
- Przysada, G., Luszowska, A., Drużbicki, M., Depa, A., Wolan-Nieroda, A. (2010). Wady stóp u dzieci z niepełnosprawnością intelektualną. *Молода спортивна наука України*, 3, 163–168.
- Walicka-Cupryś, K., Ćwirlej, A., Domka-Jopek, E., Kuźdzał, A. (2006). Ocena wysklepienia stóp dzieci przedszkolnych przed i po gimnastyce korekcyjnej. *Medycyna Sportowa*, 4, 208–214.
- Wilczyński, J. (2005). *Korekcja wad postawy człowieka*. Starachowice: Anthropolos.
- Wilczyński, J. (2006). Najczęściej występujące wady postawy u chłopców w wieku 13–16 lat badanych komputerową metodą Moiré. *Medycyna Pracy*, 4, 347–352.

The organisation of posture correction in Tarnów

A b s t r a c t: Along with the development of civilisation, a considerable increase in the number of children and youth with posture problems and overweight is noticed. The stage of child and youth life, the time when the body is growing, is pivotal in terms of imperfect posture and weight correction. To improve defects in the posture of the growing body, corrective gymnastics is crucial. For corrective gymnastics to be effective, it has to be organised properly.

To evaluate the organisation of the process of posture correction in Tarnow, a survey of school headmasters was undertaken, and an analysis of the data delivered by the Department of Education of Tarnow Municipal Office was carried out. The analysis encompasses the organisation of classes formed to compensate posture defects at schools in the school years 2010/2011–2012/2013. As a result, the analysis shows that the pupils of almost all Tarnow primary schools (grades 1–3) and kindergartens have access to corrective gymnastics. In primary schools the access is free of charge and in kindergartens it is for a fee. Only one school offers classes also in grades 4–6 two times a week. There is no corrective gymnastics for students of lower secondary and secondary schools. Students of special schools are embraced by the most frequent and accessible gymnastics toward the posture correction. In the school years 2010/2011–2012/2013, respectively 6.35%, 4.49%, 8.78% of children and youth of regular public schools had access to corrective gymnastics (except for students of special schools who had the access in nearly 50% and students of Primary School No. 18, with the access for over 30%).

K e y w o r d s: posture compensation, organisation of the process of posture correction, child's health, posture correction in school children
