

Załącznik
do uchwały Nr CCLXI/5096/2018
Zarządu Województwa Lubelskiego
z dnia 27 marca 2018 r.

**Program profilaktyki wad postawy
i zaburzeń rozwoju ruchu wśród uczniów w wieku 10-14 lat
z terenu województwa lubelskiego
na lata 2018 - 2020**

wersja uwzględniająca uwagi zawarte w opinii Prezesa AOTMiT nr 33/2018

z dnia 20 marca 2018 r.



Okres realizacji: 2018 – 2020

Podstawa prawna realizacji programu:

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych art. 48 a ust. 1 (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.)
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137, poz. 1126)
3. Program Strategiczny Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020
4. Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020
5. Wytyczne w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020
6. Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020
7. Regionalny Program Operacyjny Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020

Autorzy programu: Samorząd Województwa Lubelskiego w Lublinie

Kontynuacja/trwałość programu: Niniejszy program jest programem nowowdrażanym. Profilaktyka wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu to jeden z obszarów zdrowotnych określonych m.in. w Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014- 2020, Programie Strategicznym Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020 tj. realizacja działań na rzecz dzieci dotkniętych problemem nadwagi, otyłości, wad postawy oraz zaburzeniami rozwoju układu ruchu.

SPIS TREŚCI

1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO	5
1.1. Problem zdrowotny	5
1.2. Epidemiologia.....	10
1.2.1. Sytuacja epidemiologiczna na świecie.....	10
1.2.2. Sytuacja epidemiologiczna w Polsce	10
1.2.3. Sytuacja epidemiologiczna w województwie lubelskim	11
1.3. Populacja zamieszkała na terenie danej jednostki samorządu terytorialnego kwalifikująca się do włączenia do programu	15
1.4. Dotychczasowe działania mające na celu rozwiązanie problemu zdrowotnego	15
1.5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu.....	15
2. CELE PROGRAMU	17
2.1. Cel główny	17
2.2. Cele szczegółowe	18
2.3. Oczekiwane efekty	18
3. MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI ODPOWIADAJĄCE CELOM PROGRAMU	19
4. ADRESACI PROGRAMU	20
4.1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe	20
4.2. Tryb zapraszania do programu.....	20
5. ORGANIZACJA PROGRAMU	21
5.1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne	21
5.2. Planowane interwencje, w tym informacja o planowanych konkursach na realizatorów projektów profilaktycznych współfinansowanych ze środków EFS	25
5.3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników	26
5.4. Zasady udzielania świadczeń w ramach programu.....	27
5.5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych	28
5.6. Spójność merytoryczna i organizacyjna.....	28
5.7. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu	28
5.8. Bezpieczeństwo planowanych interwencji – działania zgodne z aktualną wiedzą medyczną, sprawdzone klinicznie	29
5.9. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu	29
5.10. Dowody skuteczności planowanych działań	29
6. KOSZTY	30
6.1. Koszty w przeliczeniu na jednego uczestnika	30

6.2. Planowane koszty całkowite	30
6.3. Źródła finansowania	30
6.4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne	30
7. MONITOROWANIE I EWALUACJA	32
7.1. Ocena zgłaszalności do programu	32
7.2. Ocena jakości świadczeń w programie	32
7.3. Ocena efektywności programu	33
7.4. Ocena trwałości efektów programu	33
8. ZAŁĄCZNIKI	35
Załącznik nr 1	35
Załącznik nr 2	36
Załącznik nr 2a	38
Załącznik nr 3	40
Załącznik nr 3a	41
Załącznik nr 4	42

1. OPIS PROBLEMU ZDROWOTNEGO

1.1. Problem zdrowotny

Wady postawy i zaburzenia rozwoju ruchu stanowią obecnie istotny problem zdrowotny dzieci w wieku szkolnym¹. Wada postawy to wszelkie odchylenia od postawy prawidłowej. Są to zmiany utrwalone w aparacie kostnym, które powodują różnego rodzaju deformacje w narządach ruchu np. wady klatki piersiowej, wady pleców bądź też kończyn dolnych², natomiast zaburzenia rozwoju ruchu to grupa zaburzeń neurologicznych, którymi głównymi objawami są objawy ruchowe m.in. bradykinezja – spowolnienie ruchowe czy akinezja – brak ruchu³. Pomijając różne przyczyny genetyczne, neurologiczne efektem jest dysfunkcja układu mięśniowo – szkieletowego.

Główną przyczyną tego zjawiska jest m.in. bardzo szybkie tempo życia, nadmiar obowiązków szkolnych i pozaszkolnych, ograniczenie aktywności fizycznej i złe nawyki żywieniowe, co ma negatywny wpływ na zdrowie. Problem ten dotyczy dużej części populacji. Grupą szczególnie narażoną są już dzieci w wieku 6-7 lat oraz dziewczęta w wieku 11-13 lat i chłopcy w wieku 13-14 lat. Zmiany w postawie ciała związane są m. in. z intensywnym przyrostem długości kończyn dolnych i tułowia, zmianą proporcji ciała oraz dotychczasowego układu środków ciężkości. Jakkolwiek definiować wady postawy zawsze będą to odchylenia od ogólnie przyjętych norm, które należy jak najwcześniej wykrywać, kontrolować i leczyć⁴. Zgodnie z wytycznymi Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS), Scoliosis Reserch Sociotety (SRS), Pediatric Orthopedic Society of North America (POSNA) oraz American Academy of Pediatric, badania przesiewowe w kierunku wykrycia skoliozy powinien być przeprowadzany dwukrotnie wśród dziewcząt – w wieku 10 i 12 lat, natomiast u chłopców jednokrotnie w wieku 13 lub 14 lat.⁵

Etiologia wad postawy jest różna. Istnieje wiele czynników istotnie wpływających, predysponujących i stymulujących zaburzenia rozwoju biologicznego dzieci tj. czynniki fizjologiczne, środowiskowe i morfologiczne.

Czynniki fizjologiczne obejmują nawyki, które w prezentowanym problemie najczęściej dotyczą nawyku nieprawidłowej postawy. Jest on na tyle mocno utrwalony w organizmie młodego człowieka, że nie odczuwa on tego faktu – nie czuje, że ma wadę postawy.

¹ Zdrowie Publiczne (red.) M. Latański, T.B. Kulik, Wyd. CZELEJ, 2002

² Tylman D. (1972). Patomechanika bocznych skrzywień kręgosłupa. Wydawnictwo PZWL, Warszawa, s. 21.[data dostępu: 1.09.2017]

³ https://pl.wikipedia.org/wiki/Zaburzenia_ruchowe [data dostępu: 1.09.2017]

⁴ Nowak E., (2007), Materiały konferencyjne z III Międzynarodowej Konferencji Naukowej – Projektowanie ergonomiczne dla szkół. Zintegrowane stanowisko pracy z komputerem, Warszawa: Instytut Wzornictwa Przemysłowego

⁵ M. Timothy Hresko, MD; Vishwas R. Talwalkar, MD; Richard M. Schwend, MD
Position Statement - Screening for the Early Detection for Idiopathic Scoliosis in Adolescents
SRS/POSNA/AAOS /AAP Position Statement, 9/2/2015 v2

W niniejszej grupie mieszczą się m.in. wady wzroku i wady słuchu, często wywołujące wadę postawy, zwłaszcza przy zbyt późnym ich rozpoznaniu oraz stres; wysoki poziom lęku uogólnionego czy trema mogą mieć znaczący wpływ na powstawanie i rozwój wad postawy. Kolejna grupa czynników wpływających na zaburzenia rozwoju biologicznego dziecka to **czynniki środowiskowe**, do których zalicza się zastraszająco niską aktywność ruchową, przy jednoczesnym nadmiernym obciążeniu dzieci nauką (szczególnie w pozycji siedzącej), nieergonomiczne meble w szkole i w domu, złe oświetlenie, noszenie ciężkich plecaków (niejednokrotnie na jednym ramieniu).

Z kolei do czynników morfologicznych należą wszelkie odstępstwa od symetrii i norm statycznych, np. asymetryczne osłabienie mięśni. Wraz ze wzrostem dziecka będzie uwidaczniała się coraz większa wada⁶.

U dzieci w wieku szkolnym - grupy docelowej niniejszego programu najczęściej występują wady kręgosłupa w płaszczyźnie: strzałkowej i czołowej, wady klatki piersiowej oraz wady kończyn dolnych. Wynika to przede wszystkim z siedzącego trybu życia. Pozycja siedząca powoduje osłabienie układu mięśniowego, zwłaszcza mięśni grzbietu i brzucha⁷.

Cechą znamionującą wady kręgosłupa w płaszczyźnie strzałkowej jest zwiększenie lub zmniejszenie fizjologicznych krzywizn kręgosłupa. Charakterystyczne wady to plecy okrągłe, plecy wklęsłe, plecy okrągło-wklęsłe, plecy płaskie.

Plecy okrągłe. Jest to wada postawy, która charakteryzuje się nadmiernym wygięciem kręgosłupa ku tyłowi. Wada ta lokalizuje się w odcinku piersiowym, jest to tzw. hiperkifoza lub też pogłębiona kifoza piersiowa⁸. W wadzie tej osłabieniu i rozciągnięciu ulegają mięśnie grzbietu: mięsień równoległoboczny, mięsień czworoboczny, mięśnie karku oraz prostowniki grzbietu, których dysfunkcja powoduje pochYLENIE tułowia w przód, rozsunięcie łopatek, oraz wysunięcie barków do przodu⁹. Mięśnie, które są napięte i nadmiernie przykurczone to: mięśnie klatki piersiowej, mięśnie zębate oraz międzyżebrowe. Plecy okrągłe mogą występować w dwóch postaciach, jako plecy nabyte lub wrodzone. Inną bardzo ważną przyczyną dysfunkcji jest dystonia mięśniowa, gdzie jedna grupa mięśni ulega rozciągnięciu i osłabieniu a przeciwna jej grupa ulega przykurczeniu i osłabieniu. Spowodowane jest to m.in. przyjmowaniem złych pozycji, źle dostosowanym sprzętem, przeciążeniami i przemęczeniem dzieci, a także wadami wzroku, wstydlivością okresu dojrzewania oraz zbyt małą ruchliwością wśród dzieci¹⁰.

⁶<http://idn.org.pl/lodz/Mken/MKEN%202003/referaty/Kucharska%20Praca%20ca%C5%82o%C5%9B%C4%87.pdf> [data dostępu: 15.01.2017]

⁷ Tylman D. Patomechanika bocznych skrzywień kręgosłupa. Wydawnictwo Severus, Warszawa 1995.

⁸ Owczarek S. (1998). *Atlas ćwiczeń korekcyjnych*. WSiP, Warszawa, s.20.

⁹ Owczarek S., Bondarowicz M.(1997). *Zabawy i gry ruchowe w gimnastyce korekcyjnej*. WSiP Warszawa s. 26.

¹⁰ Owczarek S. Bondarowicz M.(1997). *Zabawy i gry ruchowe w gimnastyce korekcyjnej*. WSiP, Warszawa, s. 9.

Natomiast w grupie pleców okrągłych wrodzonych wymienia się plecy dziedziczne okrągłe, często występujące rodzinnie, które ze względu na wczesny okres powstawania zmian, są na ogół dość znaczne i trudne do wyrównania¹¹.

Plecy wklęsłe. Jest to wada kręgosłupa w odcinku lędźwiowym. U osób zdrowych charakterystyczne dla tego odcinka jest wygięcie kręgosłupa do przodu, a więc lordoza, której wielkość i ukształtowanie są zmienne i uwarunkowane szeregiem czynników tj. wiek, płeć, ustawienie miednicy, napięcie i długość mięśni stabilizujących stawy biodrowe¹². Natomiast u osób posiadających plecy wklęsłe widoczne jest pogłębione wygięcia kręgosłupa w tym odcinku, czyli tzw. hiperlordoza lędźwiowa¹³. Podobnie jak w przypadku pleców okrągłych, plecy wklęsłe mogą być nabyte lub wrodzone¹⁴.

Plecy okrągło – wklęsłe to wada postawy, w której występują zarówno objawy pleców okrągłych jak i wklęsłych. Charakterystyczną cechą tej wady jest zwiększona lordoza lędźwiowa oraz pogłębiona kifoza piersiowa.

Istnieje wiele przyczyn powstawania tej wady. Mogą to być wady wzroku, zmiany pourazowe, złe nawyki oraz wady wrodzone. Główną jednak przyczyną występowania pleców wklęsło-okrągłych jest dystonia mięśniowa – jest to połączenie dystonii występującej w plecach okrągłych i wklęsłych. Postępowanie korekcyjne u dzieci z tą wadą jest takie same jak w przypadków wyżej wymienionych wad, z tym że należy pamiętać tutaj o zasadzie stabilizacji odcinkowej kręgosłupa, która mówi o tym że „ruch korekcyjny z jednego odcinka kręgosłupa nie powinien być przenoszony na odcinki sąsiednie, gdyż może być dla nich (i najczęściej jest) szkodliwy”¹⁵.

Z kolei **plecy płaskie** to wada postawy, która charakteryzuje się spłaszczeniem obu krzywizn fizjologicznych. Wada ta może występować w przypadkach skrajnych zarówno u dzieci, które mają asteniczną budowę ciała (są wątle), charakteryzują się ogólnie słabym umięśnieniem¹⁶, jak i u dzieci silnie umięśnionych, wcześniej i intensywnie ćwiczących (zwłaszcza mięśnie grzbietu)^{17,18}.

W obu przypadkach zmniejszenie krzywizn fizjologicznych obniża wytrzymałość kręgosłupa, którego normalne ukształtowanie z zachowanymi krzywiznami ma siedemnastokrotnie

¹¹ Kutzner- Kozińska M. (2001). *Proces korygowania wad postawy*. Wydawnictwo AWF, Warszawa, s. 137.

¹² Kasperczyk T. (1998). *Diagnostyka i leczenie*. Wydawnictwo Kasper, Kraków, s. 48.

¹³ Owczarek S. (1998). *Atlas ćwiczeń korekcyjnych*. WSiP, Warszawa, s. 164.

¹⁴ Owczarek S., Bondarowicz M. (1997). *Zabawy i gry ruchowe w gimnastyce korekcyjnej*. WSiP, Warszawa, s. 167.

¹⁵ Owczarek S. (1998). *Atlas ćwiczeń korekcyjnych*. WSiP, Warszawa, s. 326.

¹⁶ Kutzner- Kozińska M., Włażnik K. (1995). *Gimnastyka korekcyjna dla dzieci 6 – 10 letnich*. WSiP, Warszawa, s. 84.

¹⁷ Kutzner- Kozińska M. (2001). *Proces korygowania wad postawy*. Wydawnictwo AWF, Warszawa, s. 222.

¹⁸ Kutzner- Kozińska M. (2001). *Proces korygowania wad postawy*. Wydawnictwo AWF, Warszawa, s. 223.

większą wytrzymałość¹⁹. Nieleczone plecy płaskie mogą prowadzić do skolioz i inwersji krzywizn fizjologicznych. Plecy płaskie jak większość wad mogą być wrodzone i nabyte. Do wad wrodzonych zaliczamy dziedziczne genetycznie plecy płaskie jak i wiotkie, asteniczny typ budowy (słabe umięśnienie). Podstawową przyczyną występowania pleców płaskich nabytych jest siedzący tryb życia, dłuższe przebywanie w pozycji siedzącej, co powoduje powstawanie hipotonii i dystonii mięśniowej. Z kolei, w przypadku wad kręgosłupa w pozycji czołowej, jak potwierdzają dane statystyczne charakterystyczne jest boczne skrzywienie kręgosłupa. Występowanie wad postawy z roku na rok ulega zwiększeniu a ich obecność notuje się u coraz młodszych dzieci, nawet u 5- i 6-latków; biorąc pod uwagę płeć, występuje ona aż 7-krotnie częściej u dziewczynek niż u chłopców²⁰.

Nieleczona skolioza niesie ze sobą wiele następstw m.in.: problemy związane z układem krążeniowo-oddechowy, postępujące zmiany prowadzące do deformacji kręgosłupa, które nasilają się wraz z wiekiem. Spośród wszystkich rodzajów skolioz najczęściej występuje skolioza idiopatyczna, stanowi ona ok. 85% wszystkich skolioz. Natomiast wadami, które w znacznym stopniu pogarszają statykę ciała oraz zmieniają postawę ciała są wady kończyn dolnych. Wady kończyn dolnych to wady, które mogą być wrodzone, występować jako następstwo asymetrii w budowie wyżej położonych części ciała lub też jako efekt przeciążeń pracą statyczną. Najczęściej spotykane deformacje kończyn dolnych to koślawość kolan, szpotawość kolan oraz wady stóp, tj. stopa płaska, stopa płasko-koślawą, stopa wdrażona, stopa płaska poprzecznie^{21,22}.

Koślawość kolan jest to obustronna wada kończyn dolnych, która charakteryzuje się przyśrodkowym ułożeniem kolan w kształcie litery X. Za koślawość fizjologiczną uważa się odchylenie nie większe niż 10-15 stopni. O koślawości mówimy wówczas, jeśli odległość między kostkami przyśrodkowymi przekracza 4-5 cm przy zwartych i wyprostowanych kolanach w wieku powyżej 6 -7 lat ²³. Biorąc pod uwagę koślawość kolan wyróżniamy kolana koślawe wrodzone, pokrzywicze, pourazowe, porażenne oraz statyczne, które wynikają z przeciążeń kończyn dolnych. W wadzie tej występują:

- zmiany mięśniowo-więzadłowe
- zmiany kostne.

Zmiany mięśniowo-więzadłowe polegają na rozciągnięciu więzadła pobocznego piszczelowego, natomiast skróceniu więzadła pobocznego strzałkowego. Mięśnie, które są nadmiernie rozciągnięte to: mięsień półścięgniasty, półbłoniasty, krawiecki oraz głowa przyśrodkowa mięśnia czworogłowego. Natomiast mięśnie przykurczone to mięśnie

¹⁹ Kutzner- Kozińska M., Właźnik K.(1995). *Gimnastyka korekcyjna dla dzieci 6 – 10 letnich*. WSiP, Warszawa, s. 85.

²⁰ <http://bolekgregoslupa.vertebralia.pl/wady-postawy/>

²¹ Kopaniarz IA. Przyczyny powstawania i korekta wad postawy. *Lider* 2003;4:42-43.

²² Kasperczyk T.(1998). *Wady postawy ciała diagnostyka i leczenie wad postawy*. Wydawnictwo KASPER, Kraków, s. 61.

²³ Dziak A.(1980). *Chcę mieć zdrowe nogi*. PZWL ,Warszawa, s. 40

dwugłowe uda oraz pasma biodrowo-piszczelowe. Zmiany kostne, które charakteryzują kolana koślawe to przede wszystkim przerost kłykcia wewnętrznego kości udowej. Kość udowa lub piszczelowa ulega skrzywieniu a podudzia zostają skręcone na zewnątrz. Ponadto występuje przeprost w stawach kolanowych²⁴.

Kolejną deformację stanowi **szpotawość kolan** - u niemowląt jest fizjologią i zanika około 1 - 3 roku życia. Charakterystyczne objawy związane ze szpotawością to skręcenie kończyny do wewnątrz. Objawy kolan szpotawych widoczne są, gdy odstęp między kolanami jest większy niż 4-5 cm, towarzyszy temu charakterystyczny objaw - nogi przy złączonych stopach przyjmują kształt litery 'O'. Najczęściej spotykaną przyczyną tej wady jest krzywica spowodowana niedoborem witaminy D3, nadwaga dzieci i młodzieży oraz długie przebywanie w pozycji siedzącej z nogami skrzyżowanymi. W szpotawości kolan rozciągnięte zostają mięśnie dwugłowe uda oraz strzałkowe. Poprzez wygięcie trzonu kości udowej, strzałkowej i piszczelowej rozciągnięciu ulegają więzadła poboczne zewnętrzne, a skróceniu więzadła poboczne wewnętrzne. Kolejne objawy to nadmiernie napięte i przykurczone mięśnie tj. mięsień półścięgnisty, półbłoniasty oraz dwugłowy uda²⁵. Wady postawy mogą pojawić się w każdym wieku i w każdym wieku możemy je korygować. Najkorzystniejszym okresem dla profilaktyki wad postawy jest dzieciństwo. Profilaktyka wad postawy to m.in. wczesna diagnostyka. Prawidłowo przeprowadzone badanie diagnostyczne powinno obejmować badanie ortopedyczne składające się z badania klinicznego. Jednak pierwszoplanowe znaczenie w diagnozowaniu skolioz ma badanie radiologiczne., powinno być ono wykonywane już na zlecenie ortopedy w trakcie leczenia specjalistycznego. Badanie radiologiczne określa m.in. stopień skrzywienia kręgosłupa, rotację, torsję oraz sklinowacenie kręgów, dynamikę procesu skrzywienia, nieprawidłowości szkieletowe; szczególnie klatki piersiowej i miednicy. Wszystkie ww. parametry służą do dokładnej oceny postępu skrzywienia, rokowania oraz sposobu właściwego leczenia²⁶.

Zasadniczym warunkiem pomyślnego wyniku leczenia jest podjęcie właściwego postępowania w możliwie wczesnym okresie. Leczenie wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu powinno być oparte na dokładnym wyniku badania, współpracy fizjoterapeuty z dzieckiem i opiekunami prawnymi oraz systematycznych ćwiczeniach wg ustalonego planu. Podstawą leczenia w skoliozach idiopatycznych jest kinezyterapia, której celem jest wyrównanie lub zmniejszenia skrzywienia kręgosłupa, usunięcie przykurczów więzadeł i mięśni, zrównoważenie sił układu mięśniowego, wyrobienie nawyku prawidłowej postawy ciała i podniesienie ogólnej wydolności fizycznej organizmu²⁷.

²⁴ Sawczyn J. Probnik A.(1998). Gimnastyka korekcyjna w szkole cz .II. Wydawnictwo Sport, Bydgoszcz, s. 39.

²⁵ Sawczyn J. Probnik A.(1998). Gimnastyka korekcyjna w szkole cz .II. Wydawnictwo Sport, Bydgoszcz, s. 39.

²⁶ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Skolioza> [data dostępu:15.01.2017]

²⁷ <https://pl.wikipedia.org/wiki/Kinezyterapia> [data dostępu:15.01.2017]

Jednak większość wad wymaga długotrwałego i wielostronnego oddziaływania korekcyjnego. Pozytywny wynik ingerencji korekcyjnej zależy w dużej mierze od skorelowania środków oddziaływania: biologicznego, psychopedagogicznego, społecznego²⁸. Ponadto przyswojone w dzieciństwie nawyki prawidłowych zachowań zdrowotnych mogą w sposób istotny przyczynić się do większej sprawności i lepszej jakości życia w wieku dojrzałym.

1.2. Epidemiologia

1.2.1. Sytuacja epidemiologiczna na świecie

Badania dotyczące występowania wad postawy pod kątem potrzeb rehabilitacyjnych i gimnastyki korekcyjnej na świecie są nieliczne, dotyczą najczęściej skrzywień bocznych kręgosłupa^{29,30}.

Z dostępnych danych wynika, że zakres występowania wad postawy jest zróżnicowany; w Europie i Ameryce Północnej kształtuje się na poziomie 20-50%, natomiast w badaniach skandynawskich kształtuje się na poziomie 11,6 - 50,4% i dotyczy dzieci w wieku 11-15 lat^{31,32}.

Z kolei inne badania donosiły o 58% odsetku dzieci w wieku 13–16 lat z niespecyficznymi bólami kręgosłupa³³.

Reasumując wady postawy i zaburzenia rozwoju ruchu to problem zdrowotny, który występuje nie tylko w Polsce, ale na całym świecie i dotyczy coraz częściej dzieci w wieku szkolnym³⁴.

1.2.2. Sytuacja epidemiologiczna w Polsce

W kwestii epidemiologii wad w postawie ciała dzieci i młodzieży w Polsce panują bardzo rozbieżne poglądy. Rozbieżności wynikają m.in. z faktu przeprowadzania badań

²⁸ Karski T. Skoliozy tzw. idiopatyczne – etiologia, rozpoznawanie zagrożeń, nowe leczenie rehabilitacyjne, profilaktyka / T. Karski. – Lublin : KGM, 2002.

²⁹Wiggins G.C, m.d., Shaffrey Ch.I., Abel M.F, Menezes A.,H.: Pediatric spinal deformities, Neurosurg. Focus / Volume 14 / January, 2003

³⁰ Karovska M., Karovski G., Poposka V., Kamceva S., Pejovski G., Kosevska E., Zdravevski K., Cilakova M., Karovski J.: The influence of corrective gymnastic for prevention of deformities of muscular-skeleton. XIII Congress EUSUHM, European Union for School and University Health and Medicin, Dubrovnik, 2005

³¹ Dobosiewicz K.: Niespecyficzny ból kręgosłupa u dzieci i młodzieży – uwarunkowania biomechaniczne, neurofizjologiczne oraz psychospołeczne. Neurol Dziec 2006; 15: 51–57

³² Burton A.K., Clarke R.D., McClune T.D. et al.: The natural history of low back pain in adolescents. Spine 1996; 21: 2323–2328.

³³ Harreby M., Nygaard B., Jessen T. et al: Risk factors for the development of low back pain in adolescence. Ann J Epidemiol 2001; 154: 30–36.

³⁴ Richards S., Vitale M.: Information Statement AAOS-SRS-POSNA-AAP. Screening for idiopathic scoliosis in adolescents. [www.aaos.org/about/paper/position/1122asp.][data dostępu:13.10.2010]

różnymi metodami badawczymi oraz stosowania niejednorodnych kryteriów kwalifikacyjnych oceny postawy ciała i jej elementów składowych³⁵.

Pomimo istnienia rozbieżności w przytaczaniu danych dotyczących częstości występowania postaw nieprawidłowych ranga problemu jest na tyle duża, iż stanowi istotny problem społeczny, bowiem prawidłowa postawa ciała oprócz funkcji estetycznej ma przede wszystkim znaczenie zdrowotne³⁶.

Wady postawy i zaburzenia rozwoju ruchu wśród dzieci i młodzieży w Polsce dotyczą według różnych autorów od 20 do 40% badanych³⁷. Wynika to przede wszystkim ze stylu życia młodego pokolenia, który negatywnie odbija się na zdrowiu i sprawności fizycznej³⁸.

Według danych Zakładu Ochrony i Promocji Zdrowia Dzieci i Młodzieży Instytutu Matki i Dziecka (IMiD z 2013 r.) w Polsce wady postawy występują aż u 90% dzieci. Dysfunkcje często dotyczą kręgosłupa, kolan i stóp.

Kolejny dowód to dane statystyczne Ośrodka Rozwoju Edukacji. Zgodnie z treścią raportu zniekształcenia kręgosłupa zdiagnozowano u 17,14% populacji w wieku 0-18 lat³⁹.

Na podstawie danych z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) sprawozdanie o działalności i pracujących w podstawowej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej (druk MZ-11) w Polsce w 2015 roku w populacji dzieci i młodzieży zdiagnozowano 417 381 przypadków zniekształceń kręgosłupa, co stanowiło 5,19% populacji w wieku 0-18 lat. Zniekształcenia kręgosłupa dotyczyły głównie zmian w elementach szkieletowych bezpośrednio związanych z kręgosłupem (klatka piersiowa, miednica) oraz zaburzeń pozostałych odcinków narządu ruchu (kończyn dolnych i górnych) tj. 45-55% ogółu wad postawy⁴⁰.

1.2.3. Sytuacja epidemiologiczna w województwie lubelskim

Potrzeba realizacji niniejszego programu w województwie lubelskim wynika m.in. z sytuacji epidemiologicznej (niestety dostępność danych szczegółowych jest ograniczona). Z danych dostępnych w Informatorze Statystycznym Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego wynika, że w latach 2010 – 2013 miasto Lublin było na pierwszym miejscu w województwie lubelskim pod względem liczby uczniów w wieku 10 – 14 lat, u których

³⁵ Łubkowska W.: The concept of treatment of scolioses employing Asymmetrical Aquatic Exercises Central European Journal of Sport Sciences and Medicine, 9 (1), s.1-10.

³⁶ Łubkowska W., Troszczyński J.: Próba weryfikacji aktywności ruchowej jako kryterium oceny postawy ciała dziewcząt i chłopców w wieku 7-15 lat, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Prace Instytutu Kultury Fizycznej, 2011, 631(27), s. 27-40.

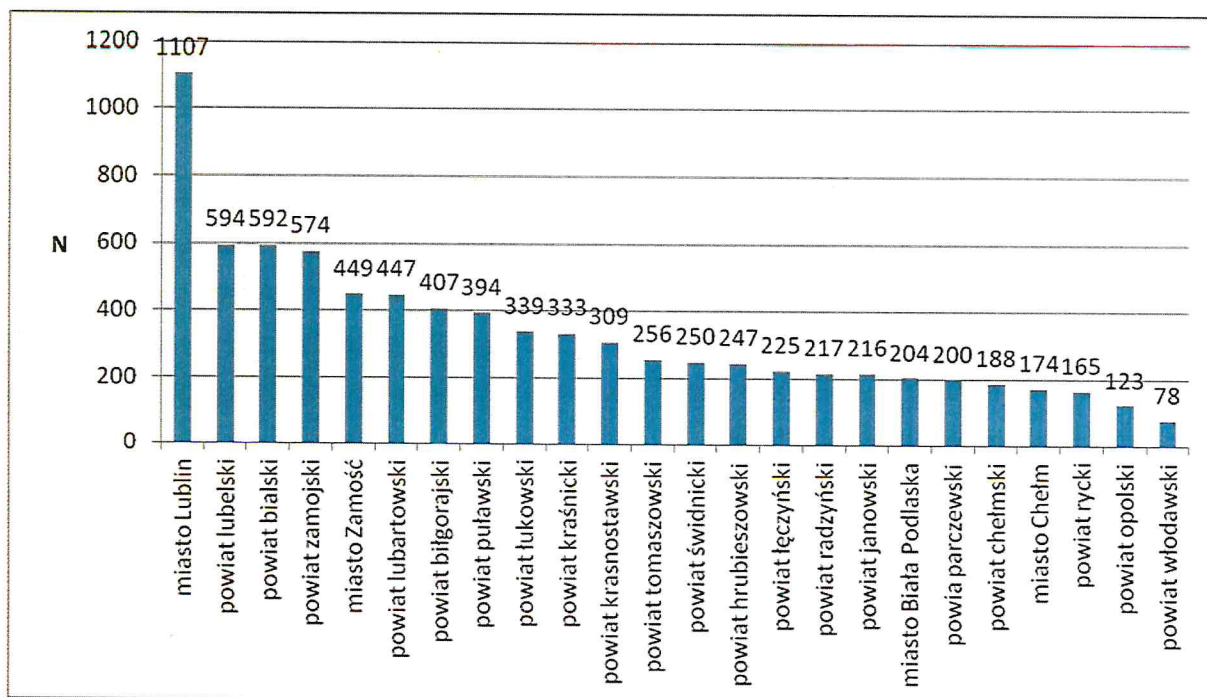
³⁷ Nowotny J., Czupryna K., Rudzińska A., Nowotny Czupryna O. Zmiany postawy ciała w pierwszych sześciu latach nauki szkolnej. Fizjoterapia Polska, 2008, 8, 4, 378-383.

³⁸ Olszewska M., Żołyński K., Olszewski S. Wady postawy u siedmiolatków a ich aktywność ruchowa w życiu codziennym. Kwartalnik Ortopedyczny, 2006, 1, 35-43.

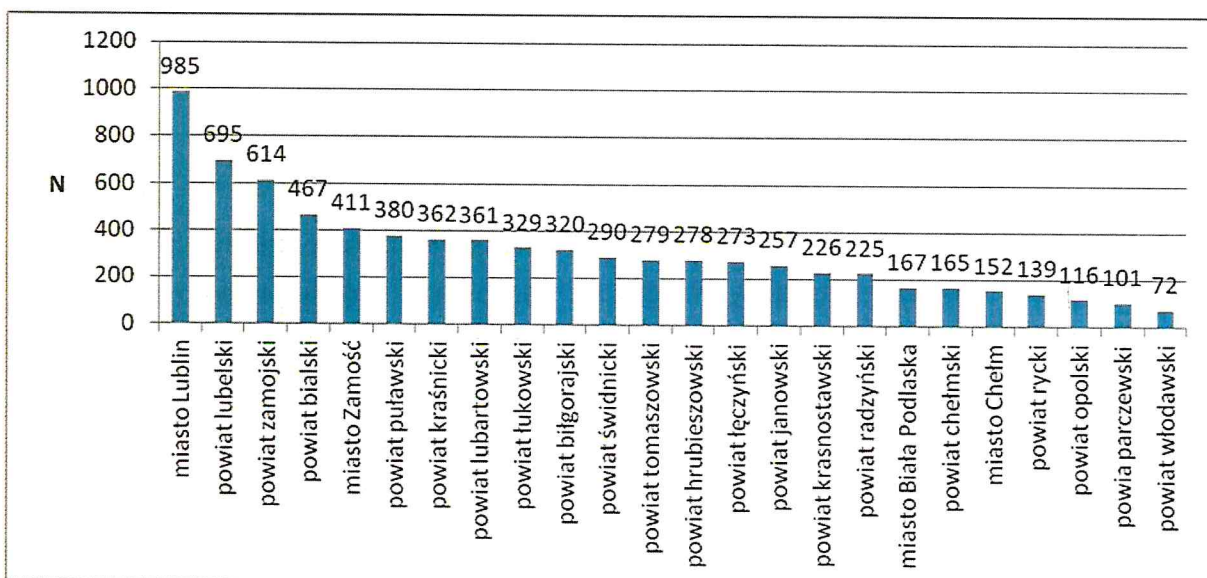
³⁹ Ostrega W.: Wady postawy u dzieci i młodzieży. Przyczyny powstawania i zapobieganie w domu i szkole. OSR, Warszawa 2014, 4.

⁴⁰ <https://www.csioz.gov.pl> [data dostępu: 15.01.2017]

wykryto zniekształcenia kręgosłupa, o czym świadczą dane statystyczne przedstawione na poniższych rycinach (Ryc. 1. – Ryc. 4)⁴¹.

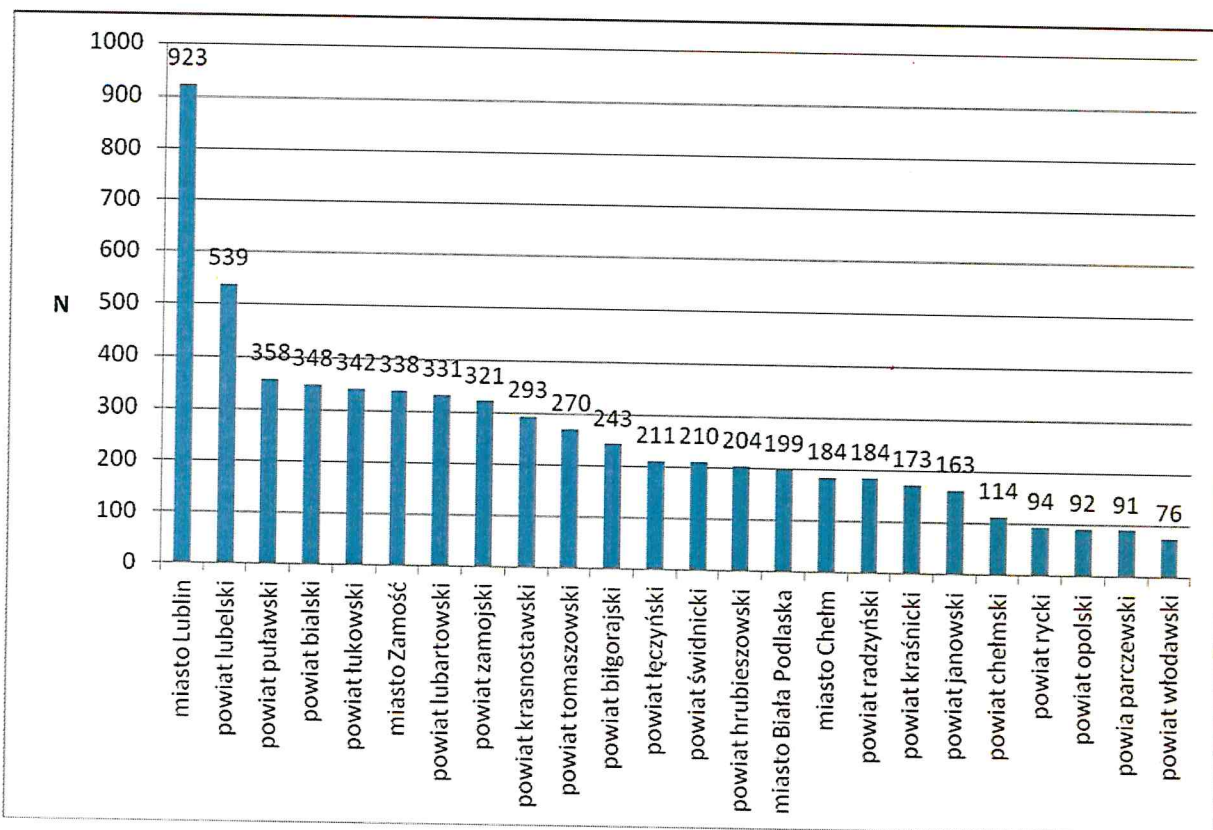


Ryc. 1. Zniekształcenia kręgosłupa wśród młodzieży w wieku 10 – 14 lat w woj. lubelskim w roku 2010

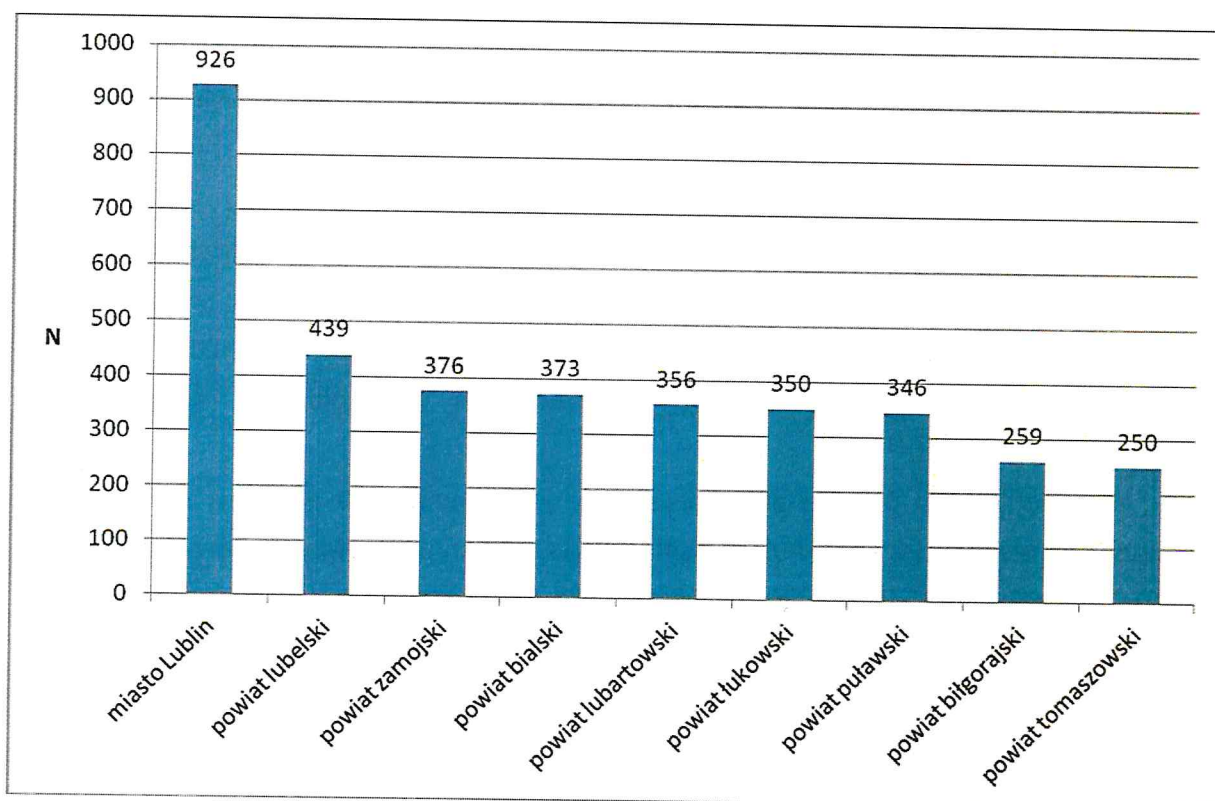


Ryc. 2. Zniekształcenia kręgosłupa wśród młodzieży w wieku 10 – 14 lat w woj. lubelskim w roku 2011

⁴¹ Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego <http://www.lublin.uw.gov.pl/> [data dostępu: 15.01.2017]

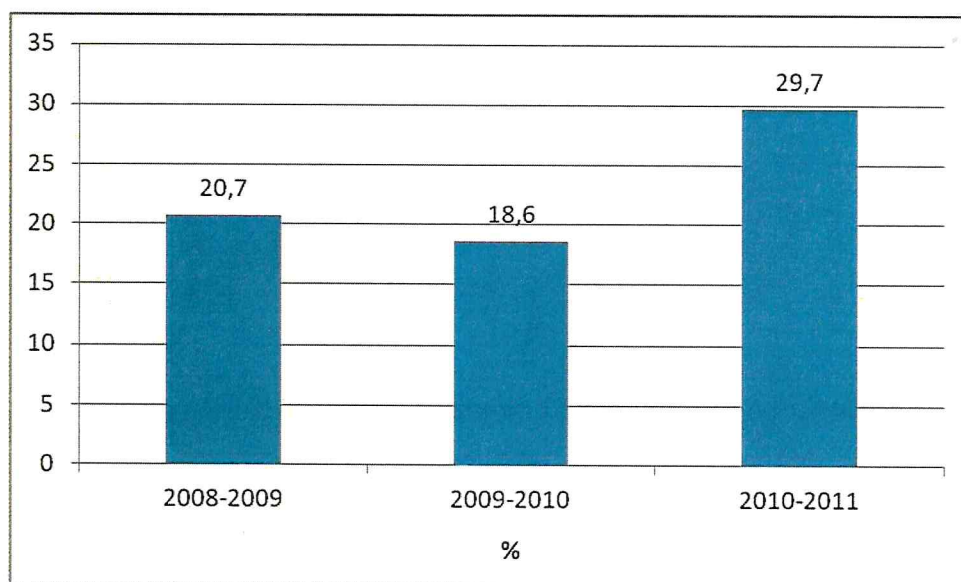


Ryc. 3. Zniekształcenia kręgosłupa wśród młodzieży w wieku 10 – 14 lat w woj. lubelskim w roku 2012



Ryc. 4. Zniekształcenia kręgosłupa wśród młodzieży w wieku 10 – 14 lat w woj. lubelskim w roku 2013

Kolejny dowód świadczący o niekorzystnej sytuacji zdrowotnej wśród uczniów to badania przeprowadzone w szkole podstawowej i gimnazjum w Lublinie w latach 2008 – 2011. Metodą badawczą zastosowaną w niniejszej pracy była analiza dokumentacji. Materiał badawczy stanowiły dane pochodzące ze „Zbiorczej analizy stanu zdrowia uczniów”. Wyniki przeprowadzonej analizy stanu zdrowia wykazały, że najczęściej występującym problemem zdrowotnym wśród uczniów szkół podstawowych są wady postawy. Dotyczyły one w poszczególnych latach tj. w 2008/2009 – 20,7%, 2009/2010 – 18,6%, 2010/2011 - 29,7% uczniów (Ryc. 5)⁴².



Ryc. 5. Wady postawy wśród uczniów szkół podstawowych w Lublinie w latach 2008 - 2011

Ponadto wyniki przeprowadzonych analiz wykazały, że w grupie zaburzeń statycznych dominuje koślawość kolan oraz stopy płasko – koślawe, co wykazano w poszczególnych latach: 2008/2009 - 14,7%, 2009/2010 - 9,2%, 2010/2011 – 13,9%. Reasumując, analiza wyników z trzech lat szkolnych wskazuje na nasilenie wyżej wymienionego problemu⁴³.

Niepokojący jest fakt, że przy narastającym problemie wad postawy, stwierdzanym u uczniów, coraz częściej obserwuje się sytuacje, w których uczniowie nie korzystają z zajęć gimnastyki korekcyjnej i unikają wszelkich form aktywności fizycznej zalecanych dla prawidłowego rozwoju, tj. pływalnia, jazda na rowerze itp.

⁴² 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, Tom 19, Nr 4, 509 – 510.

⁴³ 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, Tom 19, Nr 4, 509 – 510.

Biorąc pod uwagę częstotliwość hospitalizacji z powodu rozpoznań, zakwalifikowanych jako choroby kręgosłupa, w 2014 roku w województwie lubelskim odnotowano 233 przypadki hospitalizacji. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców wyniosła 59,96 i była to druga największa wartość wśród województw.

Liczba świadczeniodawców w województwie lubelskim, którzy hospitalizowali przynajmniej jednego pacjenta z analizowaną przyczyną wyniosła 18. Z kolei 80% wszystkich hospitalizacji w województwie z powodu rozpoznań wchodzących w skład analizowanej podgrupy zostało wykazane przez 3 świadczeniodawców. Największy świadczeniodawca sprawozdał 0,13 (tys.) hospitalizacji dla 0,12 (tys.) pacjentów. Tym samym 54,9% hospitalizacji z całego województwa odnotowano u największego (pod względem liczby hospitalizacji) świadczeniodawcy⁴⁴.

1.3. Populacja zamieszkała na terenie danej jednostki kwalifikująca się do włączenia do programu

Niniejszy program skierowany jest do uczniów w wieku 10-14 lat z terenu województwa lubelskiego.

Według Głównego Urzędu Statystycznego na dzień 30.09.2016 r. liczba dzieci w wieku 10-14 lat w woj. lubelskim w roku szkolnym 2016/2017 wynosiła 95 992 osoby⁴⁵.

1.4. Dotychczasowe działania mające na celu rozwiązanie problemu zdrowotnego

Wyżej wymieniony program jest programem nowowdrażanym i nie stanowi kontynuacji programów realizowanych w latach ubiegłych.

Realizacja niniejszego programu skupiać się będzie na 4 podstawowych działaniach tj.:

1. informacyjno – rekrutacyjnych;
2. edukacyjnych;
3. diagnostycznych;
4. praktycznych.

1.5. Uzasadnienie potrzeby wdrożenia programu

Potrzeba realizacji niniejszego programu w województwie lubelskim wynika przede wszystkim z Programu Strategicznego Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020⁴⁶, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020, tj. realizacji działań na rzecz dzieci dotkniętych problemem nadwagi, otyłości,

⁴⁴ Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu kostno – mięśniowego dla województwa lubelskiego

http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/wpcontent/uploads/sites/4/2016/12/01_choroby_uklad_u_kostno_miesniowego_lubelskie.pdf [data dostępu: 25.01.2017]

⁴⁵ <https://cie.men.gov.pl/index.php/dane-statystyczne/137.html> [data dostępu: 07.09.2016]

⁴⁶ Program Strategiczny Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020, Załącznik do Uchwały Nr CCL/5214/2014 Zarządu Województwa Lubelskiego z dnia 10 czerwca 2014r.

wad postawy oraz zaburzeniami rozwoju układu ruchu⁴⁷, sytuacji epidemiologicznej w województwie lubelskim oraz z Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób kręgosłupa⁴⁸. Wady postawy i zaburzenia rozwoju ruchu stanowią obecnie istotny problem zdrowotny dzieci w wieku szkolnym; problem ten dotyczy nawet 80% uczniów^{49,50}.

Dobór grupy docelowej programu ma aspekt nie tylko epidemiologiczny, ale również etiologiczny. Fizyczna postawa człowieka jest nawykiem ruchowym, kształtującym się na określonym podłożu morfologicznym oraz funkcjonalnym. Jest wyrazem stanu fizycznego i psychicznego jednostki, stanowi wskaźnik mechanicznej wydolności zmysłu kinetycznego, równowagi mięśniowej i koordynacji nerwowo – mięśniowej. W ciągu całego życia postawa ciała ulega zmianom, pierwszy okres krytyczny dla postawy fizycznej dziecka następuje w okresie wzrostu. Związany jest on ze zmianą trybu życia, z przejściem z dużej swobody ruchu na kilkugodzinne przebywanie w pozycji siedzącej w szkole. Województwo Lubelskie, a w szczególności miasto Lublin jest na pierwszym miejscu pod względem liczby uczniów, u których zdiagnozowano zniekształcenia kręgosłupa⁵¹.

Biorąc pod uwagę aspekt epidemiologiczny przyczyny wad postawy są różne. Istnieje wiele czynników istotnie wpływających, predysponujących i stymulujących zaburzenia rozwoju biologicznego dzieci tj. czynniki fizjologiczne, środowiskowe i morfologiczne. Zmiany w postawie ciała związane są m.in. z intensywnym przyrostem długości kończyn dolnych i tułowia, zmianą proporcji ciała, dotychczasowego układu środków ciężkości oraz długotrwałe przebywanie w pozycji siedzącej. W okresie wzrostu postawa łatwo ulega zaburzeniom, a osiągnięty w tym okresie rodzaj postawy dominuje w dużym stopniu przez całe życie. Przyczyny powstawania i utrwalania się wad postawy są różne, m.in. są to przeciążenia w układzie ruchu związane są ze złymi nawykami, wadliwym trybem życia, zaburzeniami w sferze emocji, nastroju oraz nieprawidłową budową układu kostno – stawowego. Wszystkie wymienione czynniki wywołują w organizmie reakcję łańcuchową, szkodliwości sumują się, dając utrwalenie wady postawy⁵².

Na podstawie wielu badań naukowych można przypuszczać, że liczba dzieci z wadami narządu ruchu w najbliższych latach wzrośnie, a problem stanie się jeszcze

⁴⁷ Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020 [data dostępu: 24.11.2017].

⁴⁸ <http://www.mapypotrzebzdrowotnych.mz.gov.pl/wojewodztwo-lubelskie/> [data dostępu: 20.02.2017]

⁴⁹ Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego http://www.lublin.uw.gov.pl/sites/default/files/zdrowie/dzialalnosc-kontr/dzial_2_2013.pdf [data dostępu: 15.01.2017]

⁵⁰ 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, Tom 19, Nr 4, 509 – 510.

⁵¹ Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego

⁵² 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, Tom 19, Nr 4, 509 – 510.

bardziej widoczny⁵³. Praktyka pokazuje, że brakuje standardowych, prostych metod służących wykrywaniu nieprawidłowości w postawie ciała wśród dzieci i młodzieży, a ich opracowanie stanowi problem⁵⁴.

Reasumując powyższe niezbędna jest profilaktyka. Aby móc przeciwdziałać powyższemu zjawisku winno się posiadać wiedzę na temat przyczyn, cech charakterystycznych oraz zagrożeń wynikających z posiadania konkretnej wady postawy. W związku z powyższym działania zawarte w programie: zajęcia z edukacji zdrowotnej, badania diagnostyczne oraz zajęcia praktyczne (rozwijające aktywność fizyczną w formie zajęć ruchowych/korekcyjnych) są działaniami niezbędnymi, które mogą przyczynić się w pewnym stopniu do zmniejszenia niekorzystnych skutków danego problemu, a ponadto zwiększyć świadomość i zachęcić do zmiany zachowań, zarówno przez uczestników programu, jak i jego bezpośrednich odbiorców, w tym przede wszystkim rodziców/opiekunów prawnych uczniów. Wykonywanie badań przesiewowych w populacji bezobjawowej jest działaniem niezbędnym, ponieważ wady postawy i zaburzenia rozwoju ruchu to problem, który nie zawsze daje w pełni objawy kliniczne. Patrząc na zdrowie dzieci przez pryzmat zdrowia społeczeństwa za kilkanaście lat, nie należy zapominać o odległych skutkach jakie niosą ze sobą wady postawy. Dorosłe osoby, u których w wieku dziecięcym rozpoznano wadę postawy będą potencjalnymi pacjentami korzystającymi z usług medycznych na skutek np. dolegliwości bólowych kręgosłupa. Im wcześniejsze jest rozpoznanie deformacji kręgosłupa, tym skuteczniejsze leczenie, a skutki odległe mniejsze np. dolegliwości bólowe kręgosłupa, ograniczenia ruchomości, zmniejszenie wydolności i wytrzymałości.

2. CELE PROGRAMU

2.1. Cel główny

Poprawa stanu zdrowia w zakresie wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu wśród uczniów w wieku 10-14 lat z terenu województwa lubelskiego poprzez przeprowadzenie kompleksowej interwencji edukacyjno – zdrowotno - diagnostycznej dla co najmniej 16 680 uczniów w okresie do 2020 roku^{55,56}.

⁵³ Jodkowska M., Woynarowska B., Oblacińska A. : Test przesiewowy do wykrywania zaburzeń w rozwoju fizycznym u dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Materiały metodyczne dla pielęgniarek szkolnych oraz lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. IMiDz, Warszawa 2007

⁵⁴ Latos-Bieleńska A., Materna-Kiryłuk A.: Polish Registry of Congenital Malformation – aims and organization of the Registry monitoring 300 000 births a year. J. Appl Genet 2005, 46: 341 – 348

⁵⁵ Tylman D. (1972). Patomechanika bocznych skrzywień kręgosłupa. Wydawnictwo PZWL, Warszawa, s. 21.[data dostępu:1.09.2017]

⁵⁶ https://pl.wikipedia.org/wiki/Zaburzenia_ruchowe [data dostępu:1.09.2017]

2.2. Cele szczegółowe

Cel główny programu zostanie zrealizowany poprzez następujące cele szczegółowe:

1. Zwiększenie wykrywalności wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu u co najmniej 16 680 uczniów w wieku 10-14 lat z terenu województwa lubelskiego w okresie do 2020 roku.
2. Zwiększenie poziomu wiedzy i świadomości w zakresie wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu, ich przyczyn, skutków oraz roli profilaktyki u co najmniej 16 680 uczniów w wieku 10-14 lat z terenu województwa lubelskiego w okresie do 2020 roku.
3. Zwiększenie poziomu wiedzy i świadomości w zakresie wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu, ich przyczyn, skutków oraz roli profilaktyki wśród rodziców/opiekunów prawnych uczniów w wieku 10-14 lat z terenu województwa lubelskiego w okresie do 2020 roku.
4. Poprawa stanu zdrowia w zakresie wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu u co najmniej 8 340 uczniów w wieku 10-14 lat z terenu województwa lubelskiego poprzez podjęcie działań praktycznych w okresie do 2020 roku.

2.3. Oczekiwane efekty

Wymiernym efektem realizacji programu będzie:

- wczesne zidentyfikowanie oraz kierowanie uczniów do leczenia w ramach świadczeń NFZ, zanim wady postawy i zaburzenia rozwoju ruchu się utrwalą;
- wzrost poziomu wiedzy i świadomości wśród uczniów w zakresie wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu, ich przyczyn, skutków oraz roli profilaktyki;
- wzrost poziomu wiedzy i świadomości wśród rodziców/opiekunów prawnych uczniów na temat wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu, ich przyczyn, skutków oraz roli profilaktyki, a także znaczenia aktywności uczniów na zajęciach wychowania fizycznego;
- zmniejszenie częstości występowania wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu;
- zmniejszenie wydatków na ochronę zdrowia związaną z leczeniem wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu.
- zwiększenie aktywności uczniów na zajęciach wychowania fizycznego i sportowych zajęciach pozalekcyjnych;
- wyrobienie u dzieci umiejętności samooceny, samokontroli w zakresie prawidłowej postawy ciała.

3. MIERNIKI EFEKTYWNOŚCI ODPOWIADAJĄCE CELOM PROGRAMU

1. Liczba uczniów, u których wykonano badania przesiewowe.
2. Liczba uczniów, u których wykryto przykurcze barków na podstawie wykonanego testu Degi.
3. Liczba uczniów, u których wykryto przykurcze zginaczy stawu biodrowego i skrócenie więzadła biodrowo - udowego na podstawie wykonanego testu Thomasa.
4. Liczba uczniów, u których wykryto przykurcze zginaczy kończyny dolnej i niewydolność mięśni prostowników w następstwie lordozy lędźwiowej na podstawie wykonanego testu Langego.
5. Liczba uczniów, u których wykryto asymetrię pleców na podstawie wykonanego testu Adamsa.
6. Liczba uczniów, u których wykryto chwiejność tułowia, trudność utrzymania w pionie nad miednicą, niewydolność mięśni długich kręgosłupa na podstawie wykonanego testu Mattiassa.
7. Liczba uczniów, u których wykryto sztywność w odcinku piersiowym kręgosłupa na podstawie wykonanego testu Otta.
8. Liczba uczniów, u których wykryto zablokowanie stawu krzyżowo – biodrowego na podstawie wykonanego testu Derbolowsky'ego.
9. Liczba uczniów stosujących się do zaleceń lekarskich, u których zostały ograniczone problemy zdrowotne tj. postawa ciała uległa poprawie (Załącznik 3a).
10. Liczba uczniów biorących udział w zajęciach praktycznych (na podstawie zlecenia od lekarza ze specjalizacją z rehabilitacji medycznej/lekarza specjalistę ortopedii i traumatologii narządu ruchu)*.
11. Liczba uczniów, u których zwiększył się poziom wiedzy w zakresie wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu ich przyczyn, skutków oraz roli profilaktyki przed programem (Załącznik 2) oraz po programie (Załącznik 2a).
12. Liczba rodziców/ opiekunów prawnych uczniów, u których zwiększył się poziom wiedzy w zakresie wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu, ich przyczyn, skutków oraz roli profilaktyki przed programem (Załącznik 3) oraz po programie (Załącznik 3a).

Niniejszy program zdrowotny będzie podlegał również monitorowaniu, zgodnie z zasadami określonymi dla Regionalnych Programów Operacyjnych. Realizatorzy programu będą zobowiązani do monitorowania wskaźników określonych w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020 oraz zgodnie z Wytocznymi w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020, Wspólna Lista Wskaźników Kluczowych 2014 – 2020. Szczegółowe wytyczne w tym zakresie zostaną określone w Regulaminie konkursu.

Dla niniejszego programu monitorowaniu podlegać będą następujące wskaźniki:

Rezultat bezpośredni:

1. Liczba osób, u których po opuszczeniu programu zostały zdiagnozowane i/lub ograniczone problemy zdrowotne.
2. Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych, istniejących po zakończeniu projektu.

Produkt:

1. Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS.
2. Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie.
3. Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców.
4. Liczba osób z niepełnosprawnościami objętych wsparciem w programie.
5. Liczba osób pochodzących z obszarów wiejskich.

*W wyniku przeprowadzonych konsultacji ze specjalistami w przedmiotowej dziedzinie przewidywana liczba uczestników, skierowana na działania praktyczne będzie stanowiła ok. 50%.

4. ADRESACI PROGRAMU

4.1. Oszacowanie populacji, której włączenie do programu jest możliwe

Program będzie skierowany do uczniów w wieku 10 - 14 z terenu województwa lubelskiego. Zgodnie z założeniami programu w latach 2018 – 2020 możliwe jest objęcie programem 16 680 uczniów*.

Według Głównego Urzędu Statystycznego na dzień 30.09.2016 r. liczba w wieku 10-14 lat w województwie lubelskim w roku szkolnym wynosiła 95.992 osoby.

* Powyższa liczba uczestników programu wynika z dostępności środków finansowych w ramach RPO WL 2014 – 2020 przeznaczonych na realizację programu.

4.2. Tryb zapraszania do programu

Informacja dotycząca programu profilaktycznego będzie zawarta w materiałach informacyjno – rekrutacyjnych (broszury, plakaty).

Rekrutacja do programu odbywać się będzie za pośrednictwem m.in. placówek edukacyjno-oświatowych oraz za zgodą rodzica/prawnego opiekuna.

Informacja dotycząca programu będzie obejmowała następujące działania:

- zakres wsparcia oferowany w ramach programu;
- grupę docelową i kryteria rekrutacji;

- informacje na stronie internetowej realizatora programu;
- informacje na terenie siedziby realizatora programu.

Zgłoszenie szkoły do udziału w programie odbywać się będzie drogą papierową lub elektroniczną. Podczas kwalifikacji szkół będzie brana pod uwagę kolejność zgłoszeń. Zastosowane zostaną preferencje dla obszarów wiejskich.

5. ORGANIZACJA PROGRAMU

5.1. Części składowe, etapy i działania organizacyjne

Niniejszy program jest działaniem kompleksowym, skierowanym do uczniów szkół podstawowych w wieku 10 – 14 lat z terenu województwa lubelskiego. Należy zauważyć, iż oprócz działań diagnostycznych prowadzonych w ramach bilansów zdrowia dla ucznia, program w swej treści zawiera również działania edukacyjne jak i praktyczne, co zapewnia pełne wsparcie dla osób z tego rodzaju problemami. Zakres programu obejmuje 4 etapy:

Etap 1. DZIAŁANIA INFORMACYJNO – REKRUTACYJNE

- zawiadomienie o realizacji programu w szkole poprzez osobiste rozmowy koordynatora programu/specjalisty ds. promocji i rekrutacji z dyrekcją poszczególnych szkół/gronem pedagogicznym celem zainteresowania programem;
- informacja na stronie internetowej realizatora programu oraz na terenie siedziby realizatora programu (działania obejmują m.in. kolportaż broszurek, plakatów);
- rekrutacja osób do programu (uczeń zostanie zakwalifikowany do programu tylko i wyłącznie po uzyskaniu zgody rodzica/opiekuna prawnego ucznia - Załącznik 1).

Osoba odpowiedzialna za realizację: koordynator/specjalista ds. promocji i rekrutacji

Etap 2. DZIAŁANIA EDUKACYJNE

Zajęcia z edukacji zdrowotnej będą prowadzone w formie prelekcji (2 spotkania, czas trwania 1 spotkania – 45 min) w grupach liczących max. 30 uczniów. Zalecane jest, aby w zajęciach edukacyjnych uczestniczyli rodzice/opiekunowie prawni uczniów.

Wyżej wymienione zajęcia będą skierowane do uczniów zrekrutowanych do programu (uczeń zostanie zakwalifikowany do programu tylko i wyłącznie po uzyskaniu zgody rodzica/opiekuna prawnego ucznia – Załącznik 1).

Niniejsze zajęcia będą poprzedzone badaniem ankietowym. Narzędziem badawczym będzie kwestionariusz ankiety ex-ante dla ucznia (Załącznik 2) oraz rodzica/opiekuna prawnego ucznia (Załącznik 3).

Celem zajęć będzie pedagogizacja uczniów oraz rodziców/opiekunów prawnych uczniów w zakresie przyczyn powstawania wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu, cech charakterystycznych oraz zapobiegania ich powstawaniu.

Ponadto podczas zajęć każdy uczestnik (uczeń) programu otrzyma skrypt zawierający treści zajęć z edukacji zdrowotnej.

Zajęcia odbywać się będą na terenie szkół uczestniczących w programie w ramach godzin wychowawczych lub pozalekcyjnych zajęć dodatkowych. Szczegółowy tryb przeprowadzania poszczególnych zajęć/ spotkań ustalony zostanie na etapie realizacji programu z dyrekcją poszczególnych szkół.

Potwierdzeniem zakończenia etapu 2 programu będzie badanie ankietowe ex-post skierowane do uczniów (Załącznik 2a) oraz rodziców/opiekunów prawnych uczniów (Załącznik 3a).

Osoby odpowiedzialne za realizację zajęć edukacyjnych to team trenerski: mgr fizjoterapii/ mgr rehabilitacji ruchowej/ lek. med. rehabilitacji medycznej / lekarz ortopeda oraz mgr ze specjalizacją zdrowie publiczne/ lek. med. ze specjalizacją zdrowie publiczne.

Etap 3. DZIAŁANIA DIAGNOSTYCZNE

1. Przeprowadzenie testów funkcjonalnych, określających stopnie przykurczy w stawach kręgosłupa, biodrowych i ramiennych, niewydolność badanych grup mięśniowych, zakres ruchów w stawach, chwiejność tułowia oraz inne niezbędne informacje, będące wskazówkami postępowania korekcyjnego. Testy funkcjonalne zostaną przeprowadzone wśród wszystkich uczniów spełniających kryteria włączenia do programu.

Zakres badania diagnostycznego powinien obejmować:

- Test Degi
- Test Thomasa
- Test Langedo
- Test Adamsa
- Test Mattiassa
- Test Schobera
- Test Otta
- Test Derbolowsky'ego

Osoba odpowiedzialna za realizację: lekarz ze specjalizacją z rehabilitacji medycznej/ lekarz specjalista z ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

2. Poinformowanie rodzica/opiekuna prawnego ucznia o wyniku badania.

Po zakończonej części diagnostycznej – wstępnej rodzic/opiekun prawny ucznia otrzyma informację o stanie zdrowia dziecka oraz dalszym postępowaniu, w przypadku wykrytych zmian, w tym skierowanie do Poradni Ortopedycznej w ramach środków publicznych, gdzie nastąpi dalsza diagnostyka z oceną wg Cobba, ewentualnie diagnostyka szczegółowa –

badanie RTG*. Celem diagnostyki jest ocena szczegółowa stanu zdrowia dziecka w przedmiotowym zakresie.

Osoba odpowiedzialna za realizację: lekarz ze specjalizacją z rehabilitacji medycznej/ lekarz specjalista z ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

Końcowym etapem działań diagnostycznych będzie podzielenie zdiagnozowanej populacji na 2 podstawowe grupy:

- I grupa – uczniowie z postawą prawidłową, nie wymagającą podjęcia żadnych działań praktycznych. Uczniowie w takim przypadku nie otrzymują skierowania na działania praktyczne. Niniejsza grupa kończy udział w programie wypełniając ankietę satysfakcji (Załącznik 4).
- II grupa – uczniowie ze zdiagnozowaną wadą postawy wymagającą podjęcia działań praktycznych. Niniejsza grupa dostaje skierowanie na działania praktyczne.

*Należy jednak zaznaczyć, że ekspozycja na promieniowanie wśród populacji dzieci i młodzieży poddanych dalszej diagnostyce w kierunku wskazanego schorzenia zwiększa ryzyko wystąpienia w przyszłości chorób nowotworowych, w związku z powyższym badanie RTG nie jest działaniem obligatoryjnym programu.

Etap 4. DZIAŁANIA PRAKTYCZNE

Działania praktyczne skierowane są tylko i wyłącznie do uczniów z wykrytą wadą postawy/ zaburzeniem rozwoju ruchu, m.in. wykrytą asymetrią pleców, chwiejnością tułowia, sztywnością kręgosłupa, niewydolnością mięśni długich, na podstawie wykonanych testów diagnostycznych. Przed przystąpieniem do zajęć praktycznych każdy uczeń będzie konsultowany przez lekarza ze specjalizacją z rehabilitacji medycznej/lekarza specjalistę ortopedii i traumatologii narządu ruchu, którego zadaniem będzie ustalenie zakresu ćwiczeń, indywidualnie dostosowanych do potrzeb zdrowotnych dziecka.

Działania praktyczne będą ukierunkowane na poprawę stabilizacji centralnej tj. odpowiednie napięcie mięśni gładkich, mięśni tułowia, zapewniające właściwą kontrolę mięśniową miednicy i kręgosłupa, a co za tym idzie odpowiednie ich ustawienie. Jest to podstawa i główny punkt wyjścia do prawidłowego rozwoju i funkcjonowania całego układu ciała wraz z kończynami. Testy funkcjonalne w badaniu wad postawy pozwolą określić m.in. stopnie przykurczy w stawach kręgosłupa, biodrowych i ramiennych, niewydolność badanych grup mięśniowych, zakres ruchów w stawach, chwiejność tułowia oraz inne niezbędne informacje, będące wskazówkami postępowania korekcyjnego z danym uczniem. Działania praktyczne będą obejmowały 4 spotkania po 45 min. Zalecane jest, aby zajęcia prowadzone były w grupach maksymalnie 10 osobowych. W ramach działań praktycznych uczestnicy programu otrzymają zestaw do samodzielnego wykonywania ćwiczeń tj. mata, piłka gimnastyczna, woreczki do ćwiczeń gimnastycznych, laska gimnastyczna/rozciągliwa taśma

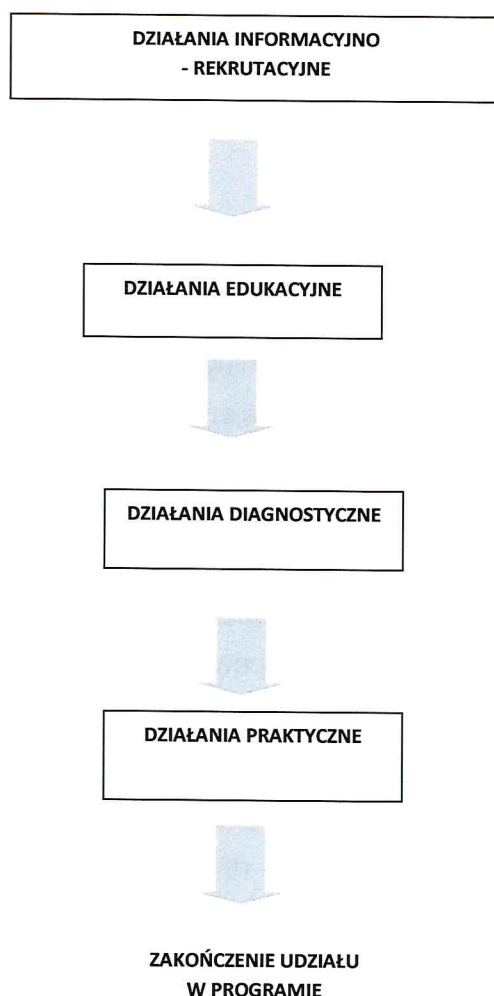
rehabilitacyjna. Wskazane jest, aby na pierwszych zajęciach praktycznych uczestniczyli rodzice/opiekunowie prawni uczniów. Celem niniejszego działania będzie praktyczna nauka ćwiczeń, które uczeń po zakończeniu programu będzie mógł samodzielnie wykonywać w domu.

* Zalecenia od fizjoterapeutów – plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu zdrowia danej osoby, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności oraz ciągłości procesu rehabilitacji.

W wyniku przeprowadzonych konsultacji ze specjalistami w przedmiotowej dziedzinie przewidywana liczba uczestników, skierowana na działania praktyczne będzie stanowiła ok. 50%.

Osoba odpowiedzialna za realizację: mgr fizjoterapii/ mgr rehabilitacji ruchowej

Podsumowaniem działań praktycznych będzie kwestionariusz ankiety do samodzielnego wypełnienia badający poziom satysfakcji ucznia (Załącznik 4).



Ryc. 6. Etapy programu

5.2. Planowane interwencje, w tym informacja o planowanych konkursach na realizatorów projektów profilaktycznych współfinansowanych ze środków EFS

Realizator programu zostanie wyłoniony w drodze konkursu ofert w ramach Działania 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne RPO WL na lata 2014 – 2020.

Wszelkie działania przewidziane w programie tj. działania edukacyjne, działania diagnostyczne, działania praktyczne będą przeprowadzane w działających na terenie województwa lubelskiego szkołach podstawowych, z odpowiednią infrastrukturą oraz sprzętem do udzielenia tego rodzaju poradnictwa w godzinach dostosowanych do grafiku zajęć uczniów.

Ponadto każdy uczestnik programu otrzyma w ramach realizacji zajęć zestaw do samodzielnego wykonywania ćwiczeń tj. piłka gimnastyczna, woreczek do ćwiczeń gimnastycznych, mata do ćwiczeń, laska gimnastyczna/taśma rehabilitacyjna oraz skrypt zawierający treści zajęć z edukacji zdrowotnej, w tym instruktaż do zajęć praktycznych.

PLANOWANE INTERWENCJE

Zadania do realizacji	Formy realizacji	Osoby odpowiedzialne za realizację
Zawiadomienie o realizacji programu w szkole	<ul style="list-style-type: none"> Zawiadomienie o realizacji programu w szkole poprzez osobiste rozmowy koordynatora programu z dyrekcją poszczególnych szkół/gronem pedagogicznym Informacja na stronie internetowej realizatora programu oraz na terenie siedziby realizatora programu (działania obejmują m.in. kolportaż broszurek, plakatów); 	Koordinator programu/Specjalista ds. promocji i rekrutacji
Rekrutacja osób do programu;	<ul style="list-style-type: none"> Zakwalifikowanie ucznia do udziału w programie odbywać się będzie w sposób standardowy – po uzyskaniu zgody opiekuna prawnego (Załącznik 1) 	Specjalista ds. promocji i rekrutacji
DZIAŁANIA EDUKACYJNE	<ul style="list-style-type: none"> Prelekcje (2 spotkania, czas trwania 1 spotkania – 45 min.) w grupach liczących max. 30 osób Zalecane jest aby w zajęciach edukacyjnych uczestniczyli rodzice/opiekunowie prawni uczniów Zajęcia będą skierowane do uczniów zrekrutowanych do programu (uczeń zostanie zakwalifikowany do programu tylko i wyłącznie po uzyskaniu 	Team trenerski: mgr fizjoterapii/ mgr rehabilitacji ruchowej/ lek. med. rehabilitacji medycznej / lek. ortopeda oraz mgr ze specjalizacją zdrowie publiczne/ lek. med. ze specjalizacją zdrowie publiczne

	<p>zgody rodzica/opiekuna prawnego ucznia – Załącznik 1).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zajęcia będą poprzedzone badaniem ankietowym. Narzędziem badawczym będzie kwestionariusz ankiety ex-ante dla ucznia (Załącznik 2) oraz rodzica/opiekuna prawnego ucznia (Załącznik 3). • Potwierdzeniem zakończenia etapu 2 programu będzie badanie ankietowe ex-post skierowane również do uczniów (Załącznik 2a) oraz rodziców/opiekunów prawnych uczniów (Załącznik 3a) 	
DZIAŁANIA DIAGNOSTYCZNE	<ul style="list-style-type: none"> • Przeprowadzenie badań przesiewowych. • Poinformowanie rodzica/opiekuna prawnego ucznia o wyniku badania 	Lekarz ze specjalizacją z rehabilitacji medycznej/ Lekarz specjalista z ortopedii i traumatologii narządu ruchu.
DZIAŁANIA PRAKTYCZNE	<ul style="list-style-type: none"> • Zajęcia ruchowe 	mgr fizjoterapii/ mgr rehabilitacji ruchowej
Ankietowanie uczestników	<ul style="list-style-type: none"> • Ankieta satysfakcji (Załącznik 4) 	Koordynator programu/ Specjalista ds. promocji i rekrutacji
Analiza danych zebranych w trakcie realizacji programu, opracowanie merytoryczne i graficzne uzyskanych wyników oraz ewaluacja programu.	<ul style="list-style-type: none"> • Gromadzenie, przetwarzanie danych 	Koordynator programu

5.3. Kryteria i sposób kwalifikacji uczestników

Moduł I

Do udziału w Programie zostaną zaproszeni uczniowie w wieku 10-14 lat z terenu województwa lubelskiego, po uprzedniej akceptacji Programu przez Dyrektora Szkoły. Głównym kryterium kwalifikacji do programu to pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego ucznia na udział w programie (Załącznik 1).

*Z programu zostaną wyłączone dzieci, będące pod opieką poradni rehabilitacyjnej w zakresie wad postawy.

Moduł II

Zajęcia z edukacji zdrowotnej skierowane są do wszystkich uczniów zrekrutowanych do programu (uczeń zostanie zakwalifikowany do programu tylko i wyłącznie po uzyskaniu zgody rodzica/opiekuna prawnego ucznia – Załącznik 1). Zalecane jest, aby w zajęciach edukacyjnych uczestniczyli rodzice/opiekunowie prawni uczniów.

Niniejsze zajęcia będą poprzedzone badaniem ankietowym. Narzędziem badawczym będzie kwestionariusz ankiety ex-ante dla ucznia (Załącznik 2) oraz rodzica/opiekuna prawnego ucznia (Załącznik 3).

Moduł III

Działaniami diagnostycznymi zostaną objęci wszyscy uczniowie zrekrutowani do programu. Głównym kryterium kwalifikacji do programu to pisemna zgoda rodzica/opiekuna prawnego ucznia na udział w programie (Załącznik 1).

Moduł IV

Do działań praktycznych kwalifikowani są uczniowie tylko ze zdiagnozowaną wadą postawy.

5.4. Zasady udzielenia świadczeń w ramach programu

Program profilaktyczny skierowany będzie do uczniów szkół podstawowych w wieku 10-14 lat z terenu województwa lubelskiego. Zasadą przystąpienia do programu będzie pisemna zgoda rodzica/ opiekuna prawnego (Załącznik 1). Z programu zostaną wyłączone dzieci, będące pod opieką poradni rehabilitacyjnej w zakresie wad postawy.

Osoby objęte programem będą miały zapewnione zajęcia z edukacji zdrowotnej, badania diagnostyczne oraz zajęcia praktyczne, rozwijające aktywność fizyczną. Ponadto każdy uczestnik programu otrzyma skrypt zawierający treści zajęć z edukacji zdrowotnej, w tym instruktaż do zajęć praktycznych oraz zestaw do samodzielnego wykonywania ćwiczeń tj. piłka gimnastyczna, woreczek do ćwiczeń gimnastycznych, mata do ćwiczeń, laska gimnastyczna/rozciągliwa taśma rehabilitacyjna .

Wszelkie konsultacje, badania i zajęcia prowadzone będą cyklicznie wg ustalonego harmonogramu w poszczególnych szkołach po uzgodnieniu z dyrektorami szkół, realizatorami Programu i uczestnikami. Badanie diagnostyczne zostaną wykonane przez lekarza ze specjalizacją z rehabilitacji medycznej/ lekarza specjalistę ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

Zakres badań będzie obejmował testy przesiewowe. Ponadto wszyscy uczestnicy programu będą mieli zapewniony bezpłatny dostęp do materiałów informacyjno-edukacyjnych (broszury, skrypt). Udzielone w programie świadczenia będą dobrowolne i bezpłatne.

Reasumując, przeprowadzenie badań przesiewowych w środowisku lokalnym zwiększy zgłaszalność do udziału w planowanej interwencji, natomiast realizacja badań przesiewowych w środowisku szkolnym umożliwi uzyskanie wysokiego stopnia uczestnictwa uczniów w Programie.

5.5. Sposób powiązania działań programu ze świadczeniami zdrowotnymi finansowanymi ze środków publicznych

Niniejszy program obejmuje swym zakresem tylko i wyłącznie działania profilaktyczne. Żaden z jego etapów tj. działania edukacyjne, działania diagnostyczne oraz działania praktyczne nie wchodzi w kompetencje NFZ. W ramach świadczeń finansowanych z budżetu państwa nie jest dostępny kompleksowy, interdyscyplinarny program profilaktyczny dotyczący wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu w tym zwłaszcza brak jest finansowania działań związanych z edukacją zdrowotną. Program stanowi wartość dodaną w kontekście realizowanych świadczeń ze środków publicznych, w tym w stosunku do uczniów w wieku 11 lat.

5.6. Spójność merytoryczna i organizacyjna

W ramach świadczeń finansowanych z budżetu państwa brak jest finansowania działań związanych z profilaktyką wad postawy/ zaburzeń rozwoju ruchu wśród uczniów w wieku 10-14 lat.

Niniejszy program wpisuje się w cele strategiczne określone w Programie Strategicznym Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020 tj. Cel strategiczny 3: Profilaktyka wad rozwojowych dzieci i młodzieży.

5.7. Sposób zakończenia udziału w programie i możliwości kontynuacji otrzymywania świadczeń zdrowotnych przez uczestników programu

Zakończenie udziału w programie będzie zależne od diagnozy postawionej przez lekarza ze specjalizacją z rehabilitacji medycznej bądź lekarza specjalistę ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

Poprzez realizację etapu 3 tj. badań diagnostycznych, każdy uczestnik programu otrzyma informację dot. stanu zdrowia.

Końcowym etapem działań diagnostycznych będzie klasyfikacja zdiagnozowanej populacji na 2 podstawowe grupy:

- I grupa – uczniowie z postawą prawidłową, nie wymagającą podjęcia obecnie żadnych działań praktycznych. Uczniowie w takim przypadku nie dostają skierowania na działania praktyczne. Niniejsza grupa kończy udział w programie – wypełniając ankietę satysfakcji (Załącznik 4).
- II grupa – uczniowie ze zdiagnozowaną wadą postawy wymagającą podjęcia działań praktycznych. Niniejsza grupa dostaje skierowanie na ww. działania. W przypadku nieprawidłowości tj. stwierdzonej wady postawy – poinformowanie rodzica/opiekuna prawnego ucznia o wyniku badania oraz dalszym postępowaniu w przypadku

wykrytych zmian, w tym skierowanie do dalszego leczenia w ramach środków publicznych. Rodzic/opiekun prawny ucznia indywidualnie podejmie decyzję o dalszym diagnozowaniu stanu zdrowia dziecka. Potwierdzeniem zakończenia udziału w programie będzie ankieta satysfakcji (Załącznik 4).

Ponadto wszyscy uczestnicy programu zdobędą niezbędną wiedzę, a co za tym idzie świadomość, zalecenia od fizjoterapeutów oraz zestaw do samodzielnego wykonywania ćwiczeń korekcyjnych; do indywidualnego stosowania poza szkołą. Zalecenia od fizjoterapeutów – plan rehabilitacji powinien być dostosowany do potrzeb wynikających ze stanu zdrowia danej osoby, zakresu potrzebnej pomocy fizjoterapeutycznej, kompleksowości, wczesności oraz ciągłości procesu rehabilitacji.

5.8. Bezpieczeństwo planowanych interwencji - działania zgodne z aktualną wiedzą medyczną, sprawdzone klinicznie

Planowane interwencje tj. zajęcia z edukacji zdrowotnej, badania przesiewowe, działania praktyczne będą przeprowadzone na terenie województwa lubelskiego w szkołach podstawowych z odpowiednią infrastrukturą oraz sprzętem do udzielenia tego rodzaju poradnictwa.

Realizatorzy Programu zabezpieczą odpowiedni sprzęt medyczny (m.in. plurimetr Rippstein'a – dla głębokości lordozy lędźwiowej i kifozy piersiowej, skoliometr Bunnella ewentualnie pediscoliometr – w teście Adamsa dla pomiaru ATR (kąta rotacji tułowia) na poziomach C7, Th4, Th12/L1, L3, L5/S1 oraz pion do oceny odchylenia kręgosłupa od pionu wyznaczonego przez guzowatość podpotyliczną i szparę pośladkową); spełniający wymogi określone przepisami, niezbędny do wykonania tego rodzaju świadczenia zdrowotnego. Wszystkie dane osobowe pozyskane w trakcie realizacji programu będą przetwarzane zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922). Wyżej wymienione działania będą prowadzone przez wykwalifikowanych realizatorów Programu i za wcześniejszą zgodą rodzica/opiekuna prawnego dziecka.

5.9. Kompetencje/warunki niezbędne do realizacji programu

Program będzie realizowany przez wyspecjalizowany zespół z udokumentowanymi kwalifikacjami, kompetencjami oraz doświadczeniem zawodowymi.

5.10. Dowody skuteczności planowanych działań

Wdrożenie niniejszego programu w szkołach ma na celu nie tylko wczesne wykrywanie wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu, kierowanie uczniów do leczenia, zanim wady te się utrwala, ale również zwiększenie poziomu wiedzy i świadomości uczniów,

rodziców/opiekunów prawnych uczniów na temat wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu i zagrożeń z nich wynikających, wykształcenie u uczniów umiejętności samooceny, samokontroli i korekcji postawy, zachęcanie uczniów do większej aktywności fizycznej, dzięki możliwości bezpośredniego korzystania z porad specjalistów, lekarzy, fizjoterapeutów.

Ocena efektywności programu zostanie dokonana na podstawie badań ankietowych badających poziom wiedzy uczestników nt. zasad higieny, zachowań zdrowotnych prawidłowego odżywiania i aktywności fizycznej oraz zachowania zdrowotne uczestników programu.

Przeprowadzenie kompleksowej, długookresowej interwencji pozwoli nie tylko na okresowe poprawienie wyników zdrowotnych, ale uświadomienie problemu i zachęcenie do zmiany zachowań, zarówno przez uczestników programu, jak i jego bezpośrednich odbiorców, w tym przede wszystkim rodziców/opiekunów prawnych uczniów.

6. KOSZTY

W przypadku projektów współfinansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WL 2014 – 2020 Wnioskodawca/Beneficjent jest zobowiązany do stosowania Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020.

6.1. Koszty w przeliczeniu dla jednego uczestnika programu: 211,03 zł.

6.2. Planowane koszty całkowite: 3 519 897,00 zł.

6.3. Źródła finansowania: Projekt będzie współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego WL na lata 2014 – 2020.

6.4. Argumenty przemawiające za tym, że wykorzystanie dostępnych zasobów jest optymalne

Potrzeba realizacji niniejszego projektu wynika m.in. z Programu Strategicznego Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020 tj. Cel strategiczny 3: Profilaktyka wad rozwojowych dzieci i młodzieży⁵⁷, Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020 tj. realizacja działań na rzecz dzieci dotkniętych problemem nadwagi, otyłości, wad postawy oraz zaburzeniami rozwoju układu ruchu⁵⁸ oraz z sytuacji epidemiologicznej w województwie lubelskim^{59,60}.

⁵⁷ Załącznik do Uchwały Nr CCL/5214/2014 Zarządu Województwa Lubelskiego z dnia 10 czerwca 2014 r. Program Strategiczny Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020, Lublin 2014.

⁵⁸ Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020 [data dostępu: 24.11.2017r.].

⁵⁹ Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego http://www.lublin.uw.gov.pl/sites/default/files/zdrowie/dzialalnosc-kontr/dzial_2_2013.pdf

⁶⁰ 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, Tom 19, Nr 4, 509 – 510.

Województwo Lubelskie, a w szczególności miasto Lublin jest na pierwszym miejscu pod względem liczby uczniów, u których zdiagnozowano zniekształcenia kręgosłupa⁶¹.

Świadczenia oferowane w programie tj. zajęcia z edukacji zdrowotnej, testy funkcjonalne, zajęcia praktyczne; rozwijające aktywność fizyczną nie są standardowo finansowane ze środków publicznych. Szkolne podstawy programowe nie zawierają edukacji zdrowotnej, jako odrębnego przedmiotu kształcenia.

W związku z powyższym przeprowadzenie kompleksowej, długookresowej interwencji pozwoli nie tylko na okresowe poprawienie wyników zdrowotnych, ale uświadomienie problemu oraz zachęcanie do zmiany zachowań.

KOSZTORYS REALIZACJI PROGRAMU NA LATA 2018-2020

Lp.	Świadczenia oferowane w programie	Łącznie (zł)
1.	Działania edukacyjne obejmujące zajęcia z edukacji zdrowotnej, w tym zapewnienie materiałów edukacyjnych tj. skrypt zawierający treści z zajęć z edukacji zdrowotnej oraz instruktaż do zajęć praktycznych	450 360,00
2.	Działania diagnostyczne obejmujące przeprowadzenie badań przesiewowych	1 668 000,00
3.	Działania praktyczne rozwijające aktywność fizyczną w formie zajęć ruchowych/korekcyjnych skierowane tylko i wyłącznie do uczniów ze zdiagnozowaną wadą postawy, w tym zestaw do samodzielnego wykonywania ćwiczeń tj. mata, piłka gimnastyczna, woreczki do ćwiczeń, laska gimnastyczna/rozciągliwa taśma rehabilitacyjna	942 420,00
4.	Pozostałe koszty (15% kosztów bezpośrednich^{62*}) w tym: zatrudnienie koordynatora programu, zatrudnienie specjalisty ds. promocji i rekrutacji, zatrudnienie specjalisty ds. rozliczeń finansowych, koszty administracyjno-biurowe, przygotowanie i wydruk narzędzi badawczych – kwestionariuszy ankiet dla uczestników programu, broszurek, plakatów itp.	459 117,00
OGÓLEM		3 519 897,00

Koszty jednostkowe obejmują działania edukacyjne, działania diagnostyczne, działania praktyczne oraz pozostałe koszty.

Ilość uczestników – 16 680 osób

Koszt całkowity: 3 519 897,00 zł.

Koszt dla jednego uczestnika programu: 211,03 zł.

Wydatki będą ponoszone zgodnie z zapisami Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu spójności na lata 2014 - 2020 oraz Wytycznych w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014 - 2020, dostępnych pod adresem strony:

⁶¹ Informator Statystyczny Ochrony Zdrowia Województwa Lubelskiego <http://www.lublin.uw.gov.pl/>

⁶² Wytyczne w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu spójności na lata 2014 - 2020

*Poziom kosztów pośrednich w ramach pojedynczego projektu uzależniony będzie od wysokości kosztów bezpośrednich. Limity kosztów pośrednich będą określone w regulaminie konkursu.

Harmonogram realizacji programu oraz szczegółowy budżet realizacji założeń programowych z podziałem na poszczególne lata, będą przedstawiane przez Wnioskodawców w momencie aplikowania o środki z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WL na lata 2014-2020.

7. MONITOROWANIE I EWALUACJA

Realizacja programu podlegać będzie stałemu monitorowaniu i ewaluacji. Celem monitorowania będzie ustalenie czy zaplanowane działania programu zostały zrealizowane zgodnie z założeniami.

Ocena Programu obejmować będzie między innymi ocenę zgłaszalności, ocenę jakości świadczeń w Programie, ocenę efektywności programu, ocenę trwałości efektów programu. Zgłaszalność do Programu zostanie oceniona poprzez liczbę wypełnionych oświadczeń (Załącznik 1).

7.1. Ocena zgłaszalności do programu

Zgłaszalność do Programu zostanie oceniona poprzez liczbę wypełnionych oświadczeń (Załącznik 1) oraz na podstawie baz danych prowadzonych przez beneficjentów. Analizie zostanie poddana liczba osób, które aplikowały do programu oraz liczba osób, którym udzielono świadczeń podczas jego trwania. Powyższe będzie odbywało się w ramach poszczególnych modułów programu. Poziom zgłaszalności będzie elementem końcowej oceny realizacji programu dokonywanej na podstawie danych pozyskanych od beneficjentów.

Ewaluacja zostanie przeprowadzona na poziomie Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego, a nie na poziomie realizacji poszczególnych projektów (zgodnie z Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków Europejskiego Funduszu Społecznego w obszarze zdrowia na lata 2014-2020). Ewaluacja opierać się będzie m.in. na informacjach pozyskanych w ramach obowiązków sprawozdawczych nałożonych na beneficjentów *Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego 2014-2020*, zgodnie z zapisami umowy o dofinansowanie.

Realizator programu zobowiązany będzie do składania nie rzadziej niż raz na kwartał wniosku o płatność w zakresie postępu finansowo – rzeczowego z realizacji programu.

7.2. Ocena jakości świadczeń w programie

Ocena jakości świadczeń w Programie zostanie dokonana na podstawie:

- ankiety satysfakcji dla uczniów (Załącznik 4);

- ankiety monitorującej poziom wiedzy z zakresu profilaktyki wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu na początku programu (Załącznik 2, Załącznik 3) i na koniec programu (Załącznik 2a, Załącznik 3a) wśród uczniów, rodziców/opiekunów prawnych uczniów.

7.3. Ocena efektywności programu

Ocena efektywności programu zostanie dokonana poprzez ewaluację:

- poziomu frekwencji (efektywność programu zależy w dużej mierze od uczestnictwa w programie);
- badań ankietowych ex-ante i ex-post;
- ankiety poziomu satysfakcji;
- poziomu aktywności fizycznej uczniów oraz wyrobienie u uczestników umiejętności samooceny i samokontroli.

7.4. Ocena trwałości efektów programu

Program poprzez zasygnalizowanie problemu zdrowotnego jakim są wady postawy i zaburzenia rozwoju ruchu wśród uczniów w wieku szkolnym proponuje podjęcie realnych działań zaplanowanych na podstawie przeprowadzonych konsultacji ze specjalistami w przedmiotowej dziedzinie. Udział w programie zostanie zakończony informacją o ewentualnej potrzebie konsultacji z lekarzem specjalistą (świadczenia poza programem w ramach NFZ). Rodzic/opiekun prawny ucznia indywidualnie podejmie decyzję o dalszym diagnozowaniu stanu zdrowia dziecka.

Najlepsze rezultaty w leczeniu ww. problemu zdrowotnego przynosi podejście kompleksowe, tym bardziej jeśli ma ono formę grupową, a taką oferuje niniejszy program. Działania realizowane w programie pozwolą na wzrost poziomu wiedzy, zwiększenie samoświadomości w temacie wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu, wprowadzenie i utrwalenie zdrowego stylu życia wśród uczniów oraz rodziców/opiekunów prawnych, a tym samym zahamowanie niepokojącej fali wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu wśród uczniów.

Niniejszy program zdrowotny będzie podlegał również monitorowaniu, zgodnie z zasadami określonymi dla Regionalnych Programów Operacyjnych. Realizatorzy programu będą zobowiązani do monitorowania wskaźników określonych w Regionalnym Programie Operacyjnym Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020 oraz zgodnie z Wytocznymi w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020, Wspólna Lista Wskaźników Kluczowych 2014 – 2020. Szczegółowe wytyczne w tym zakresie zostaną określone w Regulaminie konkursu.

Dla niniejszego programu monitorowaniu podlegać będą następujące wskaźniki:

Rezultat bezpośredni:

1. Liczba osób, u których po opuszczeniu programu zostały zdiagnozowane i/lub ograniczone problemy zdrowotne;
2. Liczba wspartych w programie miejsc świadczenia usług zdrowotnych, istniejących po zakończeniu projektu.

Produkt:

1. Liczba osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS.
2. Liczba osób skierowanych do dalszej diagnostyki w ramach NFZ, dotyczy osób z wykrytą wadą postawy/ zaburzeniem rozwoju ruchu.
3. Liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie;
4. Liczba wdrożonych programów zdrowotnych istotnych z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych regionu, w tym pracodawców;
5. Liczba osób z niepełnosprawnościami objętych wsparciem w programie;
6. Liczba osób pochodzących z obszarów wiejskich.

8. ZAŁĄCZNIKI

Załącznik nr 1

OŚWIADCZENIE RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH UCZNIÓW

Wyrażam zgodę na udział

Imię i Nazwisko ucznia

ucz. klasy..... w programie zdrowotnym pn. *Program profilaktyki wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu wśród uczniów w wieku 10-14 lat z terenu województwa lubelskiego na lata 2018 – 2020.*

.....

podpis rodzica/opiekuna

.....

miejsowość, data

Ja, niżej podpisana(y), wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych
..... wyłącznie w celach

Imię i nazwisko ucznia

rozliczeniowo-sprawozdawczych na potrzeby

nazwa realizatora programu

– zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami) i umową nr..... na realizację programu zdrowotnego pn. *Program profilaktyki wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu wśród uczniów w wieku 10-14 lat z terenu województwa lubelskiego na lata 2018 – 2020.*

.....

podpis rodzica/opiekuna

WIEDZA Z ZAKRESU PROFILAKTYKI WAD POSTAWY I ZABURZEŃ ROZWOJU RUCHU
(Ankieta anonimowa DLA UCZNIA)

- 1. Czy kiedykolwiek została u Ciebie rozpoznana wada postawy?**
 1. tak
 2. nie (przejdź do pyt.3)

- 2. Jeśli tak, czy pozostajesz pod stałą kontrolą poradni wad postawy?**
 1. tak
 2. nie

- 3. Czy wg Ciebie wadliwa postawa ciała ma wpływ na stan zdrowia?**
 1. tak
 2. nie

- 4. Ile czasu w ciągu dnia spędzasz w szkole? (podaj liczbę godzin)**

- 5. Czy wg Ciebie długotrwała pozycja siedząca ma wpływ na kształtowanie się postaw ciała?**
 1. tak
 2. nie

- 6. Czy wg Ciebie stoliki i krzesła są dostosowane do wzrostu uczniów?**
 1. tak
 2. nie

- 7. Czy wg Ciebie ćwiczenia śródlekcyjne mają pozytywny wpływ na postawę ciała?**
 1. tak
 2. nie

- 8. Czy wg Ciebie waga plecaka ma wpływ na postawę ciała?**
 1. tak
 2. nie

- 9. Ile czasu dziennie spędzasz przy odrabianiu lekcji?.....**

- 10. Czy masz zapewnione biurko i odpowiednie krzesło do odrabiania lekcji?**
 1. tak
 2. nie

- 11. Ile czasu dziennie spędzasz przy komputerze?.....**

- 12. Czy wg Ciebie prawidłowe odżywianie się ma wpływ na postawę ciała?**
 1. tak
 2. nie

13. Czy wg Ciebie materac do snu ma wpływ na kształtowanie postawy ciała?

1. tak
2. nie

14. Czy uczestniczysz systematycznie w zajęciach wychowania fizycznego?

1. tak
2. nie

15. W jaki sposób spędzasz wolny czas?

16. Czy wg Ciebie aktywność ruchowa na świeżym powietrzu ma wpływ na kształtowanie postawy ciała?

1. tak
2. nie

17. Czy spędzasz przynajmniej godzinę na świeżym powietrzu?

1. tak
2. nie

18. Czy wg Ciebie pływanie wpływa korzystnie na postawę ciała?

1. tak
2. nie

19. Gdzie Twoim zdaniem można uzyskać najwięcej informacji na temat wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu? (zaznacz główne źródła wiedzy)

1. internet
2. telewizja
3. czasopisma
4. szkoła
5. informacje od rodziców

20. Czy otrzymujesz informacje od rodziców odnoszące się do bieżącego korygowania postawy ciała?

1. tak
2. nie

21. Jak oceniasz dostępność do badań kontrolnych w zakresie postawy ciała i zaburzeń rozwoju ruchu?

1. pozytywnie
2. negatywnie

WIEDZA Z ZAKRESU PROFILAKTYKI WAD POSTAWY I ZABURZEŃ ROZWOJU RUCHU
(Ankieta anonimowa dla ucznia)

- 1. Czy kiedykolwiek została u Ciebie rozpoznana wada postawy?**
 1. tak
 2. nie (przejdź do pyt.3)

- 2. Jeśli tak, czy pozostajesz pod stałą kontrolą poradni wad postawy?**
 1. tak
 2. nie

- 3. Czy wg Ciebie wadliwa postawa ciała ma wpływ na stan zdrowia?**
 1. tak
 2. nie

- 4. Ile czasu w ciągu dnia spędzasz w szkole? (podaj liczbę godzin)**

- 5. Czy wg Ciebie długotrwała pozycja siedząca ma wpływ na kształtowanie się postaw ciała?**
 1. tak
 2. nie

- 6. Czy wg Ciebie stoliki i krzesła są dostosowane do wzrostu uczniów?**
 1. tak
 2. nie

- 7. Czy wg Ciebie ćwiczenia śródlekcyjne mają pozytywny wpływ na postawę ciała?**
 1. tak
 2. nie

- 8. Czy wg Ciebie waga plecaka ma wpływ na postawę ciała?**
 1. tak
 2. nie

- 9. Ile czasu dziennie spędzasz przy odrabianiu lekcji?.....**

- 10. Czy masz zapewnione biurko i odpowiednie krzesło do odrabiania lekcji?**
 1. tak
 2. nie

- 11. Ile czasu dziennie spędzasz przy komputerze?.....**

- 12. Czy wg Ciebie prawidłowe odżywianie się ma wpływ na postawę ciała?**
 1. tak
 2. nie

13. Czy wg Ciebie materac do snu ma wpływ na kształtowanie postawy ciała?

1. tak
2. nie

14. Czy uczestniczysz systematycznie w zajęciach wychowania fizycznego?

1. tak
2. nie

15. W jaki sposób spędzasz wolny czas?

16. Czy wg Ciebie aktywność ruchowa na świeżym powietrzu ma wpływ na kształtowanie postawy ciała?

1. tak
2. nie

17. Czy spędzasz przynajmniej godzinę na świeżym powietrzu?

1. tak
2. nie

18. Czy wg Ciebie pływanie wpływa korzystnie na postawę ciała?

1. tak
2. nie

19. Gdzie Twoim zdaniem można uzyskać najwięcej informacji na temat wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu? (zaznacz główne źródła wiedzy)

1. internet
2. telewizja
3. czasopisma
4. szkoła
5. informacje od rodziców

20. Czy otrzymujesz informacje od rodziców odnoszące się do bieżącego korygowania postawy ciała?

1. tak
2. nie

21. Jak oceniasz dostępność do badań kontrolnych w zakresie postawy ciała i zaburzeń rozwoju ruchu?

1. pozytywnie
2. negatywnie

WIEDZA Z ZAKRESU PROFILAKTYKI WAD POSTAWY I ZABURZEŃ ROZWOJU RUCHU

(Ankieta anonimowa dla rodzica/opiekuna prawnego ucznia)

- 1. Czy wg Pani/Pana wadliwa postawa ciała ma wpływ na stan zdrowia?**
 1. tak
 2. nie
- 2. Czy wg Pani/Pana długotrwała pozycja siedząca ma wpływ na kształtowanie się postaw ciała?**
 1. tak
 2. nie
- 3. Czy wg Pani/Pana ćwiczenia śródlekcyjne mają pozytywny wpływ na postawę ciała?**
 1. tak
 2. nie
- 4. Czy wg Pani/Pana waga plecaka ma wpływ na postawę ciała?**
 1. tak
 2. nie
- 5. Czy wg Pani/Pana prawidłowe odżywianie się ma wpływ na postawę ciała?**
 1. tak
 2. nie
- 6. Czy wg Pani/Pana materac do snu ma wpływ na kształtowanie postawy ciała?**
 1. tak
 2. nie
- 7. Czy wg Pani/Pana aktywność ruchowa na świeżym powietrzu ma wpływ na kształtowanie postawy ciała?**
 1. tak
 2. nie
- 8. Czy wg Pani/Pana pływanie wpływa korzystnie na postawę ciała?**
 1. tak
 2. nie
- 9. Gdzie Pani/Pana zdaniem można uzyskać najwięcej informacji na temat wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu? (zaznacz główne źródła wiedzy)**
 1. internet
 2. telewizja
 3. czasopisma
 4. szkoła
 5. informacje od rodziców
- 10. Jak ocenia Pani/Pan dostępność do badań kontrolnych w zakresie postawy ciała i zaburzeń rozwoju ruchu?**
 1. pozytywnie
 2. negatywnie

WIEDZA Z ZAKRESU PROFILAKTYKI WAD POSTAWY I ZABURZEŃ ROZWOJU RUCHU
(Ankieta anonimowa dla rodzica/opiekuna prawnego ucznia)

- 1. Czy wg Pani/Pana wadliwa postawa ciała ma wpływ na stan zdrowia?**
 1. tak
 2. nie
- 2. Czy wg Pani/Pana długotrwała pozycja siedząca ma wpływ na kształtowanie się postaw ciała?**
 1. tak
 2. nie
- 3. Czy wg Pani/Pana ćwiczenia śródlekcyjne mają pozytywny wpływ na postawę ciała?**
 1. tak
 2. nie
- 4. Czy wg Pani/Pana waga plecaka ma wpływ na postawę ciała?**
 1. tak
 2. nie
- 5. Czy wg Pani/Pana prawidłowe odżywianie się ma wpływ na postawę ciała?**
 1. tak
 2. nie
- 6. Czy wg Pani/Pana materac do snu ma wpływ na kształtowanie postawy ciała?**
 1. tak
 2. nie
- 7. Czy wg Pani/Pana aktywność ruchowa na świeżym powietrzu ma wpływ na kształtowanie postawy ciała?**
 1. tak
 2. nie
- 8. Czy wg Pani/Pana pływanie wpływa korzystnie na postawę ciała?**
 1. tak
 2. nie
- 9. Gdzie Pani/Pana zdaniem można uzyskać najwięcej informacji na temat wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu? (zaznacz główne źródła wiedzy)**
 1. internet
 2. telewizja
 3. czasopisma
 4. szkoła
 5. informacje od rodziców
- 10. Jak ocenia Pani/Pan dostępność do badań kontrolnych w zakresie postawy ciała i zaburzeń rozwoju ruchu?**
 1. pozytywnie
 2. negatywnie

* Czy Pani/ Pana zdaniem działania zawarte w Programie wpłynęły pozytywnie na stan zdrowia dziecka ?

1. tak
2. nie

ANKIETA SATYSFAKCJI
(Ankieta anonimowa dla ucznia)

1. Jak ocenisz spotkania edukacyjne, w których brałeś/aś udział?

- 1) bardzo nisko
- 2) nisko
- 3) średnio
- 4) wysoko
- 5) bardzo wysoko
- 6) trudno powiedzieć

2. Jak oceniasz zajęcia praktyczne, w których brałeś/aś udział?

- bardzo nisko
- 2) nisko
 - 3) średnio
 - 4) wysoko
 - 5) bardzo wysoko
 - 6) trudno powiedzieć

3. Jak oceniasz przydatność informacji/wiedzy/wskazówek przekazywanych przez trenerów i edukatorów na temat zapobiegania wadom postawy i zaburzeniom rozwoju ruchu ?

- 1) bardzo nisko
- 2) nisko
- 3) średnio
- 4) wysoko
- 5) bardzo wysoko
- 6) trudno powiedzieć

4. Czy forma organizacji prowadzonych zajęć ruchowych, warsztatów wg Ciebie jest dobra?

- 1) tak
- 2) nie, (dlaczego?)

5. Czy czas trwania zajęć odpowiadał Ci ?

- 1) tak
- 2) nie, (dlaczego?)

6. Czy tematyka prowadzonych warsztatów odpowiadała Ci i była zgodna z oferowanym programem?

- 1) tak
- 2) nie, (dlaczego ?)

7. Czy osoby prowadzące zajęcia ruchowe , warsztaty, spotkania edukacyjne spełniły Twoje oczekiwania jako trenerzy i edukatorzy?

- 1) tak.....
- 2) nie, (dlaczego?)

8. Opinia ucznia (proszę zaznaczyć X w odpowiedniej rubryce)

Na jaką ocenę ocenilibyś/oceniłabyś udział w programie „Program profilaktyki wad postawy i zaburzeń rozwoju ruchu...”

Bardzo wysokim	6	5	4	3	2	1	Bardzo niskim
----------------	---	---	---	---	---	---	---------------