

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК терапевтических дисциплин

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051502
Печерикиной Юлии Константиновны**

Научный руководитель:
преподаватель Кравцова Т.В.

Рецензент: старшая медицинская
сестра кардиологического отделения
№2 ОГБУЗ «Белгородская областная
клиническая больница Святителя
Иосафа»
Н.А. Генералова

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ПРОБЛЕМЕ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ У ШКОЛЬНИКОВ.	5
1.1 Анатомическое строение опорной системы человека.	5
1.2 Осанка. Нарушение осанки.	9
1.3 Основные причины, вызывающие нарушения осанки.....	16
1.4 Основные направления профилактики нарушения осанки у детей школьного возраста.....	18
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	24
2.1 Организационная характеристика базы исследования.	24
2.1 Анализ основных направлений профилактики нарушения осанки у школьников.	25
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	37
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	39
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	41

ВВЕДЕНИЕ

По данным Минздрава России у 50% детей школьного возраста отмечаются отклонения в развитии опорно-двигательного аппарата, так как большинство детей вместо движения предпочитают современные гаджеты. В связи с поступлением ребенка в школу двигательная активность начинает постепенно снижаться, доходя до 50%, и в дальнейшем продолжает неуклонно падать [1, с. 240]. Дети с нарушением осанки во многом отличаются от других детей тем, что они мало времени проводят на свежем воздухе, малоподвижны и неправильно питаются, часто болеют простудными заболеваниями. Нарушение осанки – это болезнь, и поэтому дети с этим заболеванием находятся в группе риска по развитию ортопедической патологии позвоночника, заболеваний органов дыхания, пищеварения и так далее [2]. На сегодняшний день, нарушение осанки у детей дошкольного и школьного возраста является одной из главных медико-социальных проблем. Именно в дошкольном и школьном возрасте у ребенка закладывается фундамент его здоровья и физического развития. Так как в этом возрасте идет активное формирование опорно-двигательного аппарата у детей в стадии активного роста могут появиться дефекты осанки, а также закладываются основы функциональных возможностей организма. В детском возрасте осанка имеет большое значение не только для красоты, но и для здоровья, так как неправильное положение костей приводит к смещению или сдавлению внутренних органов, что затрудняет их работу и нарушает кровообращение [7]. На медицинском сайте Medrelated (2016) сколиоз отмечен одним из самых распространенных ортопедических заболеваний в мире, частота которого, по данным разных авторов, колеблется в значительных пределах - от 0,5 до 20%. В России в результате профилактических осмотров детей в возрасте 0-14 лет выявлено с нарушениями осанки за 2010-2014 гг. - 5,8-7,0%. По данным территориального органа федеральной службы государственной статистики по Белгородской

области сколиоз диагностируется у 7-9% детей среднего школьного возраста [4]. Профилактическая деятельность медицинской сестры в данной ситуации возрастает, так как именно она большую часть времени отслеживает состояние здоровья дошкольников и учащихся, является главным помощником школьного врача и осуществляет взаимодействие между врачом и воспитателем (учителем). Поэтому ей так важно знать основы ортопедии, чтобы своевременно и правильно оценить состояние опорно-двигательного аппарата ребёнка.

Цель работы: оптимизировать деятельность медицинской сестры по профилактике нарушений осанки у детей школьного возраста.

Задачи:

1) Изучить физиологические особенности осанки и её роль в развитии здорового школьника.

2) Рассмотреть часто встречающиеся заболевания у детей школьного возраста, проявляющиеся при нарушениях осанки.

3) Проанализировать основные направления профилактики нарушений осанки у детей школьного возраста.

4) Выработать практические рекомендации для школьников по профилактике нарушений осанки.

Методы исследования: анализ, обобщение, анкетирование, сравнение данных.

База исследования: МБОУ «Гимназия № 3» г. Белгорода.

Объект исследования: дети школьного возраста с нарушением осанки.

Предмет исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры по профилактике нарушения осанки у школьников.

Практическая значимость данного исследования заключается в выявлении причин нарушения осанки у детей школьного возраста, а так же в разработке профилактических мероприятий в рамках компетентности медицинской сестры и возможности их использования в ежедневной работе среднего медицинского персонала

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПО ПРОБЛЕМЕ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ У ШКОЛЬНИКОВ.

1.1. Анатомическое строение опорной системы человека

Позвоночник человека представляет собой длинный изогнутый столб, состоящий из ряда лежащих друг на друге позвонков. Наиболее типично следующее их количество: 7 шейных, 12 грудных, 5 поясничных, 5 крестцовых, 4 копчиковых. У ребенка число отдельных позвонков 33 или 34 [14]. Если посмотреть на позвоночник спереди, то видно, что ширина его в различных отделах неодинакова. На границе шейных и грудных позвонков, а также в области крестца позвоночник шире, чем в среднем грудном и шейном отделах. Можно отметить также, что масса позвонков увеличивается сверху вниз. Это объясняется возрастающей нагрузкой со стороны вышележащих отделов. Позвоночный столб новорожденного состоит из позвонков, в которых заложены и заметно разрослись костные точки тел и дуг. Однако эти точки еще не срослись, и каждый позвонок не представляет собой единого целого. Тела позвонков овальные, их контуры сглаженные. С возрастом они приобретают в переднезадней проекции прямоугольную форму, на них начинают появляться костные выступы. Пространства между позвонками, занятые межпозвоночными дисками, относительно больше, чем у взрослого человека. Межпозвоночные диски заполнены студенистой субстанцией, они обеспечивают определенную амортизацию и придают позвоночнику подвижность. Если бы эти диски были твердыми, словно кости, то из-за чрезмерной жесткости позвоночника человек не смог бы нагибаться вперед или назад, вращать туловищем или выполнять другие движения. Межпозвоночные диски смягчают нагрузку, связанную с тяжестью человеческого тела, действуя наподобие амортизаторов. В расположенном горизонтально позвоночнике такие элементы стали бы серьезной помехой, в данном случае конструкция

скелета должна быть максимально жесткой, чтобы удерживать вес внутренних органов. Размеры дисков в разных частях позвоночника различаются. В шейном отделе они тоньше и меньше в сечении, но, приближаясь к поясничному отделу, делаются массивнее и крупнее. Они постепенно становятся все более плотными, а их оболочка, содержащая межпозвоночную жидкость, более волокнистой. Пространство между последним позвонком поясничного и первым крестцового отделов позвоночника заполнено очень плотной жидкостью, в которой к среднему возрасту накапливаются соли кальция, из-за чего позвонки практически срастаются между собой. На нижний межпозвоночный диск приходится вес всего туловища, головы, рук и внутренних органов. Это самый уязвимый диск - именно он чаще всего и повреждается, вызывая различные проблемы (боль, дискомфорт и так далее). Последний отдел позвоночного столба – крестцовый – представляет собой сросшиеся вместе позвонки и копчик. Позвонки крестцового отдела срослись по той причине, что его основная функция - крепление костей таза. Если бы позвонки данного отдела не были жестко скреплены между собой, то попросту не выдержали бы вес тела. Сустав, находящийся между крестцом и тазовой (подвздошной) костью, именуется крестцово-подвздошным сочленением. Это точка соприкосновения таза и позвоночника. Данный сустав должен быть прочным и негибким. Таким образом, он закреплен достаточно жестко, при этом все же сохранив незначительную подвижность, из-за которой крестцово-подвздошное сочленение иногда смещается, причиняя человеку серьезные неудобства. Поскольку этот сустав содержит небольшое количество мягких тканей, окруженных плотными связками, он может воспалиться (сама по себе кость слишком плотная и на ее поверхности нет кровеносных сосудов, так что она защищена от воспаления).

Мышцы делятся на две основные группы: сгибатели (они отвечают за движение одной части тела к другой) и разгибатели (они отталкивают части тела друг от друга). Таким образом, бицепс руки — это мышца-сгибатель, потому что при его сокращении кисть приближается к плечу, а трицепс -

мышца-разгибатель, потому что отвечает за противоположное движение. Слова "сгибание" и «разгибание» употребляются для описания движений, тогда как обе мышцы (бицепс и трицепс) в действительности не сгибаются и не разгибаются, а сокращаются, чтобы выполнять указанные движения. Расположение волокон на теле зависит от того, какая роль на них возлагается. Так, мышцы спины характеризуются ярко-красным оттенком (они содержат множество капилляров) и состоят преимущественно из медленных мышечных волокон. Соответственно, они могут сокращаться в течение длительного времени, почти не уставая. Мышцы ног бледнее на вид, поскольку выполняют быструю и напряженную работу. Они устают довольно быстро. Это связано с тем, что они содержат меньше митохондрий и кровеносных сосудов и полагаются на энергию, получившую в процессе анаэробного расщепления глюкозы, которое приводит к образованию молочной кислоты. Это помогает понять, почему различные мышцы функционируют по-разному. Если человек выматывается за день, его мышцы чрезмерно устают и теряют тонус. Без мышечного тонуса любая физическая работа превращается в невыполнимую задачу. Потеря мышечного тонуса не просто увеличивает инертность тела, но и словно делает его тяжелее. Поддержанием мышечного тонуса занимается бессознательная часть нашего разума. Хотя скелетные мышцы и находятся под сознательным контролем мозга, некоторые их функции осуществляются непроизвольно. Мышечный тонус есть всегда, и не важно, ощущает ли его человек, контролирует или нет. В норме он постоянно имеется у человека, находится вне его контроля [9, с. 29]. Костная система у детей отличается от взрослой тем, что она содержит больше хрящевой ткани, вследствие чего гибкость скелета выше, содержит больше воды и меньше минералов. Вследствие этого кости детей менее хрупкие и более эластичные, чем у взрослых. У детей рост костей происходит за счет хорошего кровоснабжения. Удлинение костей происходит благодаря ростковой хрящевой ткани, которая находится между окостеневшим эпифизом и метафизом после появления точек окостенения. Со стороны костномозгового пространства происходит

увеличение размера кости в поперечнике, при этом рост костей в толщину происходит благодаря надкостнице. В костной ткани в школьном возрасте увеличивается содержание кальция. К 12 годам у детей строение костной ткани приближается к строению ее у взрослых. У детей благодаря эластичности, податливости костной системы быстро формируются и различные искривления, деформации [14]. В младшем школьном возрасте опорно-двигательная система развивается равномерно, но интенсивность роста отдельных размерных признаков ее различна. Так, например, в этот период длина тела увеличивается больше, чем его масса. Также происходят изменения и в пропорциях тела: изменяется отношение обхвата грудной клетки к длине тела, ноги становятся относительно длиннее. У младших школьников суставы детей очень подвижны, связочный аппарат эластичен, скелет содержит большое количество хрящевой ткани, постепенно фиксируются изгибы позвоночного столба: шейный и грудной - к 7 годам, поясничный - к 12. До 8-9 лет позвоночный столб сохраняет большую подвижность. В этом возрасте мышцы детей имеют тонкие волокна, содержат небольшое количество белка и жира, а крупные мышцы конечностей развиты больше, чем мелкие. Иннервационный аппарат мышц достигает довольно высокого развития. В мышцах, которые испытывают большую нагрузку, интенсивность изменений кровоснабжения и иннервации выражена больше. Наиболее важным периодом в формировании двигательной координации ребенка является младший школьный возраст. В этом возрасте закладываются новые знания и умения в области физического развития, а так же происходит становление личных интересов и мотиваций к занятиям физической культурой. В подростковом возрасте происходит максимальное развитие роста организма и отдельных его биозвеньев. На данном этапе происходит усиление окислительных процессов, а так же процесса полового созревания. Интенсивный рост и увеличение всех размеров тела стали называть вторым ростовым скачком, или вторым "вытягиванием". У подростков усиленно растут длинные трубчатые кости конечностей и позвонки, которые растут преимущественно в длину, а в ширину их рост незначителен. У детей в

данном возрасте завершается окостенение запястья и пястных костей, а в межпозвонковых дисках лишь появляются зоны окостенения. Также возрастает общая мышечная масса, у мальчиков в 13-14 лет и у девочек в 11-12 лет. Позвоночный столб остается подвижен, а развитие иннервационного аппарата мышц в подростковом возрасте в основном завершается. Завершение биологического созревания организма совпадает со средним школьным возрастом, для которого характерно ухудшение двигательной координации при интенсивном развитии скоростных и скоростно-силовых качеств, поэтому необходимо следить за осанкой детей в этом возрасте [3].

1.2 Осанка. Нарушение осанки

Осанкой принято называть привычную позу человека в вертикальном положении в покое и при движении. Как известно, осанка в основном формируется в 6–9 лет. В этом возрасте дети проходят период интенсивного биологического развития и активного освоения различных форм школьного труда. В связи с этим детям начальных классов прививают навыки правильной осанки и проводят профилактику отрицательных влияний однообразных поз и малоподвижного режима.

Осанка человека подвержена изменениям в течение всего дня под влиянием разнообразных факторов. На формирование осанки влияют внутренние и внешние факторы. Дети, которые начинают ходить, стоят на широко расставленных ногах, согнутых в коленных и тазобедренных суставах, туловище их выпрямлено и наклонено немного вперед. В этом положении проявляется нетренированность нервно-мышечного аппарата и большое напряжение мышц антигравитационной группы. Это напряжение и является основным фактором, формирующим физиологические искривления позвоночника: поясничный лордоз, грудной кифоз и шейный лордоз. В процессе роста изменение осанки может быть связано с развитием нервной

системы, аппарата движения, а также с периодами интенсивного роста, которые характеризуются главным образом усиленным ростом конечностей (в особенности нижних), в то время как позвоночник растет более равномерно.

5 клинических признаков нормальной осанки:

1. Расположение остистых отростков позвонков по линии отвеса (вертикаль).
2. Расположение надплечий на одном уровне.
3. Расположение углов обеих лопаток на одном уровне.
4. Равные треугольники талии (справа и слева), образуемые туловищем и свободно опущенными руками.
5. Правильные изгибы позвоночника в сагиттальной плоскости (глубиной до 5 см в поясничном и до 2 см в шейном отделах).

При хорошей статике отдельные участки тела находятся во взаимодействии, обеспечивая плавность движений и стабильность опоры при наименьшей затрате энергии.

В основе формирования патологической (нефизиологической) осанки лежат следующие неблагоприятные факторы:

1. анатомо-конституциональный тип строения позвоночника;
2. отсутствие систематической физической тренировки;
3. нарушения со стороны зрения;
4. дефекты носоглотки и слуха;
5. частые инфекционные заболевания;
6. плохое питание;
7. кровать с мягкой сеткой, мягкая перина;
8. не соответствие парт возрасту школьника;
9. нерациональное использование времени для труда и отдыха;
10. слабое развитие мышечной системы, особенно спины и живота;
11. нарушения гормонального фона и менструального цикла у девочек;
12. примеры искривленной осанки окружающих (преподавателей, школьных товарищей, родителей и других).

Дефект осанки берет свое начало с небольших изменений в верхних и нижних отделах туловища и делится по степеням на три условные группы:

1. Имеется небольшое нарушение осанки, устранимое заострением внимания пациента.

2. Увеличение количества симптомов, характерных для дефекта осанки; полностью исправить его можно вытяжением в вертикальном положении или разгрузкой в горизонтальном положении пациента.

3. Сочетание дефекта осанки с начальной формой искривления позвоночника.

При неправильной осанке нарушается форма шеи и остальной части позвоночника. Эти изменения закрепляются с помощью сильно натянутых связок. Сухожилия на конце мышцы оказываются постоянно напряженными из-за непрекращающихся мышечных спазмов и дефектов осанки. Сильное натяжение связок (в которых к тому же за частую скапливаются соли кальция) и сокращение мышц способствуют тому, что осанка изменяется навсегда, из-за чего лечение заболеваний, связанных с шеей, становится практически непосильной задачей. Нарушениями осанки являются: плоская спина, круглая и сутулая спина, седлообразная спина, нередко сопровождающаяся изменениями формы передней брюшной стенки.

Встречается сочетание разных отклонений со стороны осанки, как, например, кругло-вогнутая или плоско-вогнутая спина. Нередко отмечаются нарушения формы грудной клетки, крыловидные лопатки, а также асимметричное положение плечевого пояса. Плоская спина представляет собой сглаженность нормальных изгибов позвоночника и выступающие назад (крыловидные) лопатки. Наклон таза при этом незначителен, что является важным моментом в возникновении плоской спины. Переднезадний размер грудной клетки фактически уменьшен, так как у таких людей грудного изгиба нет или он слабо выражен. Это отрицательно влияет на развитие и положение внутренних органов грудной полости.

Клинически характерными являются:

1. доскообразная спина;
2. крыловидные лопатки;
3. плоская поясница;
4. уплощенные ягодицы;
5. слабо развитая мускулатура;
6. боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника, которые могут зависеть от перегрузки связочного аппарата позвоночника при слабой паравертебральной мускулатуре.

Для круглой и сутулой спины характерно С-образное искривление всего позвоночника. Из-за выдвинутых впереди свисающих плеч грудная клетка кажется запавшей. Человек с круглой спиной стоит на полусогнутых ногах, компенсируя при этом слабо выраженный поясничный изгиб вперед. Круглая спина ведет к уменьшению дыхательной экскурсии грудной клетки (т.е. разницы между окружностями грудной клетки при вдохе и выдохе), так как полный вдох можно сделать только при максимальном разгибании позвоночника. Уменьшение же экскурсии грудной клетки может привести к снижению жизненной емкости легких и колебанию внутригрудного давления. Последнее может отрицательно сказаться на функциях дыхательной и сердечно-сосудистой системы (в силу того, что уменьшается присасывающее действие грудной клетки во время дыхания, способствующее притоку крови по венам к сердцу). Круглая спина в дальнейшем может быть причиной сжатия (компрессии) межпозвонковых дисков и тел позвонков (в передней их части), что вызывает нарушение их кровоснабжения и питания. Это приводит к дегенерации передней продольной связки и самих дисков позвоночника и образованию фиксированного искривления позвоночника по типу круглой спины.

Сутулая спина отличается от круглой только тем, что чрезмерный изгиб выпуклостью назад образуется в верхней части грудного отдела позвоночника. При сутулой спине (или сутулости) шейный лордоз часто бывает усилен. Плоско-вогнутая спина представляет собой поясничный изгиб позвоночника,

зависящий от чрезмерного наклона таза. Этот дефект сопровождается изменениями со стороны мышц брюшного пресса, которые способствуют опущению внутренних органов полости живота, что является причиной больших страданий пациента [5].

Искривления осанки человека можно разделить на две большие группы:

1. Нарушение естественных изгибов: патологические лордоз и кифоз, прямая спина.

2. Искривление позвоночника относительно своей оси: сколиоз.

У человека можно наблюдать сразу несколько нарушений осанки. Например, лордозы сочетаются с кифозами – так позвоночник пытается уравновесить патологический перекос. Такой вариант называется «кругловогнутой спиной», при нем усиленный перекос в поясничном отделе компенсируется увеличением кривизны грудного отдела. В норме позвоночник человека имеет четыре изгиба – два вогнутых и два выпуклых. Если эти изгибы искривляются более чем на 30 градусов, диагностируется патологическое состояние, которое требует коррекции. Кифоз – сутулая осанка, образование горба на спине. Лордоз – искривление в шейном отделе (приподнятая, вытянутая вперед голова) или в поясничном отделе (заметное выдвигание таза назад).

Выделяют такие степени патологий:

- 1 степень – простая форма кифозов и лордозов, кривизна в 30-40 градусов. Для ее устранения достаточно часто делать упражнения для осанки, а также устранить избыточный вес и привычку сутулиться.

- 2 степень – 40-50 градусов. Требуется контроля ортопеда, может быть рекомендовано ношение корсетов для осанки спины.

- 3 степень – 50-70 градусов. Необходимо серьезное лечение, может потребоваться хирургическое вмешательство.

- 4 степень – самая тяжелая форма, угол более 70 градусов. Возникает вследствие перенесенных тяжелых болезней опорно-двигательного аппарата.

При диагностике очень важна не только сама степень гиперлордоза или гиперкифоза, но и скорость прогрессирования состояния. Врачи выделяют быстро прогрессирующие (если уровень изгиба увеличивается более чем на 7 градусов в год) и медленно прогрессирующие (спина выгибается менее чем на 7 градусов в год) искривления. Лечение выбирается в зависимости от скорости, при которой изменяется осанка. У детей и подростков чаще встречаются кифозы 1-й степени. При таком диагнозе достаточно просто соблюдения мер профилактики, ношение магнитного корректора осанки. При других степенях требуется обязательное лечение под наблюдением ортопеда.

В том случае, если естественные изгибы недостаточно выражены, у пациента диагностируется плоская спина. Эта патология может сочетаться с кифозами и лордозами. Например, часто отсутствие физиологического лордоза в поясничной области совмещается с выраженным патологическим кифозом в грудном отделе. В других случаях наблюдается недостаток изгиба по всему позвоночному столбу. Плоская спина представляет особую угрозу для самого позвоночника. Без необходимых изгибов он теряет амортизационные свойства, а сами позвонки более подвержены трению. В результате не только теряется гибкость, но также повышается риск травм позвоночника при прыжках и других физических нагрузках. Плоская спина (по всем отделам позвоночника) развивается в реабилитационном периоде, после перенесения тяжелых болезней или операций, при котором необходимо соблюдать постельный режим.

В детском возрасте такая осанка чревата развитием сколиоза.

Сколиоз – искривление позвоночника относительно своей оси. Именно вследствие такого изгиба проявляется асимметричность тела при фронтальном осмотре. Признаками этой осанки являются:

1. Опущение одного плеча, часто с заметным сдвигом вперед.
2. Выступающая лопатка (особенно хорошо заметна при наклоне вперед).
3. Искривление таза (кости расположены не на горизонтальной линии).

Искривление относительно своей оси у позвоночника может наблюдаться в любом отделе, но чаще всего страдает грудной. При этом неправильная осанка именно в этом участке является наиболее опасной, так как развернутая грудная клетка может вызывать повреждения и патологии развития внутренних органов.

Существует два основных типа сколиоза:

1. С-образный сколиоз характеризуется кривизной только в одном отделе – позвоночник выгибается в дугу. Такая осанка может быть левосторонней и правосторонней.

2. S-образный сколиоз. Часто является результатом запущенного С-образного нарушения. Тело со временем пытается компенсировать возникшую кривизну, и позвоночник создает противовес – перекручивается еще один раз, в противоположную сторону.

Иногда встречается такой диагноз, как Z-образный сколиоз, характеризующийся тремя зонами искривления.

Сколиоз может сочетаться чаще всего с кифозом (сутулостью) и плоской спиной. Такое нарушение осанки у детей чаще встречается именно в школьном возрасте. Главными причинами сколиоза ортопеды называют:

1. Привычку неправильно сидеть за столом – наклоняться в одну сторону, вытягивать вперед плечо пишущей руки, подкладывать под себя одну ногу.

2. «Несимметричные» виды спорта и игра на определенных музыкальных инструментах. Мышечный каркас нужен, чтобы поддерживать спину и позвоночник, но, если одна из сторон развита больше, вероятность его искривления возрастает. Среди неблагоприятных видов спорта: теннис, метание ядра, стрельба из лука и прочее. Также на осанке может сказаться игра на скрипке.

3. Гиподинамия. Мышцы ослабевают, если нет физических нагрузок, в результате чего увеличивается риск искривления позвоночного столба.

Следующими причинами сколиотической осанки позвоночника могут быть наследственная предрасположенность, болезни костей, травмы и прочее.

Чаще всего у детей фиксируется 1-я степень сколиоза (кривизна менее 30 градусов). Если начать лечение в возрасте до 15 лет, правильную осанку можно будет полностью восстановить. Обследование проводится в положении стоя. Пятки следует поставить вместе, носки развести под углом 45 градусов. При обнаружении нарушений рекомендуется исследование спины рентгеном. Визуально заметные признаки в состоянии усугубиться заболеваниями, которые могут возникнуть вследствие изменений, вызванных осанкой. Систематическое нахождение ребенка за партой в неправильной позе дополняется вторичными, более серьезными признаками. К примеру, одна нога может быть короче другой [12].

1.3. Основные причины, вызывающие нарушения осанки

Существует 2 вида сколиоза: врожденный и приобретенный. Врожденный возникает из-за анатомических отклонений от нормы костных структур или позвонков, ассиметричных расположений таза и ног. Предупредить эту патологию нельзя, поскольку она формируется еще в утробе матери.

Приобретенный сколиоз формируется у совершенно здоровых детей из-за ряда причин. Искривление позвоночника может начать свое развитие у детей в результате нескольких причин:

1. Неправильная осанка на протяжении длительного времени. Она может возникать из-за того, что родители не контролируют ребенка в различные периоды его взросления. Например, в дошкольном возрасте ребенок сутулится, сидя за столом, спит на мягком матрасе. В школьном возрасте – неправильно сидит за партой, носит портфель на одном плече, подолгу сидит за компьютером. Все это способствует сутулой осанке, неправильной походке.

Вследствие чего нарушается работа внутренних органов и всего организма в целом.

2. Слабый мышечный корсет. Слабый мышечный корсет обычно возникает из-за отсутствия физической нагрузки в жизни ребенка. С раннего детства родители должны приучать ребенка к занятиям физической культуры. Эти занятия помогут укрепить здоровье, повысить иммунитет и выносливость. Родители должны своим примером показать значимость физической культуры для здоровья человека.

3. Неадекватные и несимметричные физические нагрузки. Физическая нагрузка безусловно играет важную роль в жизни человека. Однако она должна быть не только регулярной, но и соответствовать возрасту, уровню развития ребенка, а так же уровню подготовленности организма ребенка к физическим нагрузкам. Величина нагрузки и продолжительность этой нагрузки должны быть посильными для ребенка, иначе это может привести к болям в костях, ушибам и растяжениям, особенно у детей школьного возраста.

4. Ношение тяжелых рюкзаков и сумок на одном плече. Родители также должны следить за правильным распределением нагрузки на позвоночник, т. е. контролировать ношение рюкзака с двумя лямками на спине и массу содержимого рюкзака.

5. Неактивный образ жизни и минимумом движений. Дети очень часто из-за своей лени не хотят идти на улицу, гулять на свежем воздухе, заниматься физическими упражнениями. Все это также сказывается на плохом развитии осанки и здоровья в целом.

6. Сидение за столом и учебной партой в неправильной позе. Ребенку нужно показать как правильно сидеть за столом. Что расстояние от крышки стола до грудной клетки должно равняться ширине ладони, голова слегка наклонена вперед, а спина должна касаться спинки стула. Ноги слегка выдвинуты вперед, а расстояние от глаз до крышки стола должно быть равно 25-30 сантиметров. Высота стола и стула должны соответствовать росту ребенка.

7. Вегето-сосудистая дистония. На фоне неправильного развития осанки может возникнуть вегето-сосудистая дистония. Степень сколиоза можно уменьшить, облегчив состояния вегето-сосудистой дистонии, то есть больше прибывать на свежем воздухе и вести активный образ жизни.

8. Некачественное питание и дефицит витаминов. Некачественное питание и дефицит витаминов тоже может влиять на состояние осанки и заболеваний, связанных с ней. Питание должно быть дробным, разнообразным, обогащаться витаминами и различными микроэлементами. В основном в питании должны присутствовать белки, так как без них невозможно укрепление мышечного корсета спины. Также необходимо, чтобы в питании присутствовало достаточное количество солей кальция, так как они являются неотъемлемой частью костной ткани, а дети школьного возраста склонны к употреблению газированных напитков, которые способствуют под воздействием углекислого газа в пузырьках и ортофосфорной кислоты в составе синтетических включений вымыванию солей кальция из организма [10].

1.4. Основные направления профилактики нарушения осанки у детей школьного возраста

В нашем государстве одной из важных проблем является физическая подготовка и профилактика нарушения осанки. Главную роль в этой проблеме осуществляет медицинская сестра, так как она является непосредственным помощником врача. Она должна обладать необходимыми знаниями по основам ортопедии и уметь находить подход к маленьким пациентам в виде игры или разговора с ребенком, так как неправильные действия могут вызвать у него боязнь. При нарушении осанки у детей медицинская сестра должна знать основные жалобы и симптомы, внимательно выслушать пациента (ребенка) или его родителей и обратить внимание на наличие болей или дискомфортных

ощущений в той или иной области. Она должна знать принципы лечения, ухода и профилактики нарушения осанки и ознакомить пациента и его родителей (родственников) с ними. Выявив проблемы пациента, медсестра формирует сестринские диагнозы, оценивает степень значимости каждой из них и устанавливает приоритетные. В ее обязанности входит подготовка пациента к различным видам обследования позвоночника (магниторезонансная томография, компьютерная томография). Качество полученных данных зависит от правильности проведенной подготовки к обследованию. Также медсестра выявляет наличие у пациента духовно - психологических и социальных проблем, если они имеются. Она помогает ребенку выполнять различные упражнения для улучшения и корректировки осанки, а так же дает рекомендации родителям за наблюдением ребенка. Медсестра вселяет веру в пациента о дальнейшем выздоровлении, благоприятном исходе лечения. От ее знаний и умений отвлечь ребенка, успокоить зависит поведение его во время процедуры. В общении с детьми нельзя допускать грубости и небрежности. В основу работы медицинской сестры должен быть положен принцип, максимально щадящий психику больного ребенка и оградить его от отрицательных эмоций, связанных с медицинскими манипуляциями. Следует избегать насилия над ребенком при обследовании, проведении разных медицинских процедур. По возможности позволить ребенку «помогать» во время процедуры: подержать что-то, надеть самому, поиграть или «примерить» кукле. Не стоит применять отрицательной лексики: «не делай!», «не двигайся!» и т.п. Лучше ознакомить ребенка с процедурой, ответить на все вопросы, которые ребенок задает о процедуре, успокоить его [8].

После того как ортопед с помощью рентгеновских снимков ставит точный диагноз (выявляет тип нарушения и его степень), назначается лечение, которое направлено на коррекцию осанки медицинская сестра проводит беседы с родителями и учителями, выпускает санбюллетени по следующим вопросам:

1. Полноценное питание. В рационе уделить особое внимание белкам, так как они являются строительным материалом для мышц, и без них укрепить спину просто невозможно.

2. Лечебная физкультура. Детям рекомендуется ежедневно делать набор упражнений для осанки в домашних условиях.

3. Массаж. Он проводится в медицинских центрах или поликлиниках и может включать элементы вытяжения позвоночника.

4. Правильный подбор мебели для ребенка с учетом его роста.

Высота стола должна соответствовать росту ребёнка. Существуют также особые парты, которые предназначены для коррекции осанки школьника. Стул должен повторять изгибы тела. Вместо такого ортопедического стула можно подкладывать за спину на уровне поясничного отдела тряпичный валик в дополнение обычному ровному стулу. Высота стула в идеале должна быть равна высоте голени. Используйте подставку для ног, если они не достают до пола. Ребёнок должен сидеть так, чтобы спина его опиралась на спинку стула, а голова слегка наклонялась вперёд, а между телом и столом легко проходила ладонь ребром. При усаживании нельзя подгибать ноги под себя, так как это может привести к искривлению позвоночника и нарушению кровообращения.

5. Правильный подбор спального места.

В детской кровати должен быть ровный и твёрдый матрас, благодаря чему масса тела ребёнка распределяется равномерно, а мышцы максимально расслабляются после вертикального положения туловища за весь день. Нельзя допускать того, чтобы ребёнок спал на мягкой поверхности. Это провоцирует формирование неправильных изгибов позвоночника во время сна, а так же стимулирует согревание межпозвоночных дисков, в связи с которым нарушается терморегуляция. Детская подушка должна быть плоской и располагаться только под головой, а не под плечами.

6. Правильный подбор обуви. Обувь ученика должна быть обязательно ортопедической, которая имеет высокий задник, комфортный подъём и супинатор, а неправильно выбранные туфли или ботиночки могут

стать причиной развития плоскостопия. Также нужно обращать внимание на подошву, чтобы она не скользила, следить, как сгибается стопа. Нельзя покупать обувь «впритык», но и не следует отдавать предпочтение моделям на вырост. При покупке важно, чтобы малыш мог примерить и почувствовать, подходят ли ему выбранные туфли [11].

7. Равномерное распределение поднимаемой нагрузки. Чаще всего именно в школьном возрасте, когда у детей наблюдается стремительный рост костной и мышечной массы, они приобретают искривление позвоночника. Возникает это по причине того, что в таком возрасте позвоночник ребёнка не приспособлен к большим нагрузкам. Родители должны стараться не перегружать ребёнка при ношении им ранца, рюкзака или портфеля. По стандарту вес, который разрешено поднимать ребёнку, составляет 10% от общей массы тела. Спинка у школьного ранца должна быть ровной и твёрдой, ширина его не должна быть больше ширины плеч. Также ранец не должен висеть ниже пояса, а ремни на нём должны быть мягкими и широкими, регулироваться по длине. Недопустимо в течение длительного времени ношение тяжёлых сумок на одном из плеч, что особенно актуально для девочек. В этом случае искривление позвоночника для них может стать неизбежной проблемой. При переносе тяжёлых предметов нельзя наклониться, взять тяжесть и поднять её – это огромная нагрузка на позвоночник. Необходимо сначала присесть с ровной спиной, затем взять, прижать к груди, подняться и отнести [6]. При тяжёлых искривлениях позвоночника врачом может быть рекомендовано оперативное вмешательство. Однако для детской осанки такие методы применяются только в крайних случаях, поскольку до окончания подросткового возраста выпрямить спину практически всегда удается консервативным лечением.

Родители, конечно же, должны знать, какие усилия должны быть направлены на то, чтобы избежать искривления позвоночника, но все их старания могут быть перечеркнуты неправильной посадкой за школьной партой или ношением тяжёлого рюкзака на одном плече.

Поэтому школьной медицинской сестре необходимо проводить регулярные беседы с родителями школьников, педагогами, работающими в классах. В содержании беседы важно обратить внимание на следующие моменты:

1. Поза при длительном сидении ребенка во время уроков. Положение позвоночника необходимо контролировать при работе за компьютером, письме, чтении. Не нужно слишком наклоняться над столом, лучше, если у спины будет удобная поддержка – эргономичная спинка стула. Не стоит закидывать ногу на ногу или сидеть на ноге, ступни должны полностью стоять на полу. Также можно посоветовать на время долгого сидения надевать корректор осанки, который поможет удерживать спину в правильном положении.

2. Необходимость перерывов с разминкой во время учебы в школе или во время выполнения домашнего задания. Хотя бы раз в 30-40 минут (а для учащихся начальной школы каждые 20-30 минут) детям необходимо вставать и делать простые упражнения для снятия усталости спины и выпрямления осанки – наклоны, приседания, махи руками и прочее. Также в течение учебного дня детям необходимы перерывы на протяжении 10-15 минут.

3. Важность ежедневной утренней зарядки, включающей упражнения, рекомендованные ортопедом (возможно перед началом уроков) [13].

4. Организация регулярных профилактических осмотров и диспансеризация школьников, при проведении которых выявляются нарушения осанки.

5. Постоянный контроль связи учащихся с медицинским учреждением и своевременное посещение его специалистов.

6. Контроль объема физических нагрузок детей со сколиозом на уроках физической культуры.

7. Строгий контроль правил подбора столов и стульев в классы для учащихся.

8. Посещение детей с уже установленными нарушениями осанки соответствующих спортивных секций, занятий по ЛФК.

9. Консультация родителей учащихся по поводу профилактики и реабилитации детей.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ НАПРАВЛЕНИЙ ПРОФИЛАКТИКИ НАРУШЕНИЯ ОСАНКИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

2.1. Организационная характеристика базы исследования

Гимназия №3 - одно из старейших учебных заведений. На сегодняшний день это самая лучшая школа города с крепким и дружным коллективом детей, родителей, учителей и педагогов дополнительного образования. Это школа, в которой дети учатся самовыражению, саморазвитию и самореализации. Обучение в гимназии направлено на углубленное изучение русского и английского языков, а в 10-11 классах оно организовано по индивидуальным учебным планам. Наряду с образовательным процессом в гимназии особое внимание уделяется воспитательной работе, повышению мотивации к обучению, профилактике вредных привычек, дополнительного образования детей во внеурочной деятельности. Также организовано дополнительное образование по различным видам деятельности, в том числе художественно-эстетической, естественнонаучной, технической, физкультурно-спортивной. Основные задачи гимназии – это обеспечение качества дополнительного образования, развитие его индивидуальных особенностей, создание условий для выявления интересов и склонностей детей. Большое внимание в гимназии уделяется здоровью учащихся. Организована работа спортивных секций по различным направлениям: русская лапта, художественная гимнастика, каратэ-до, баскетбол, велоспорт, волейбол, туризм. В ежегодный план работы включены мероприятия для школьников духовно-нравственной, оздоровительной направленности.

Для осуществления различных видов деятельности и образовательного процесса в школе созданы 53 классные комнаты, актовый зал и зал хореографии, спортивный зал, бассейн, тир, тренажерный зал, столовая, 4 медицинских кабинета, библиотека, кабинет психологов и логопедов. Все это

организовано под руководством талантливых преподавателей, которые за свою успешную работу получают высокие награды не только на областном уровне, но и на международном. В их успехах я, как автор работы, сама лично смогла убедиться, учась в этой школе. Я благодарна всем учителям и работникам этой гимназии за высокий уровень профессионализма и заботу по воспитанию подрастающего поколения.

2.1. Анализ основных направлений профилактики нарушения осанки у школьников

Началом нашего исследования стала беседа с школьным медицинским работником, в результате которой нами было установлено, что на сегодняшний день среди всех школьников гимназии нарушение осанки установлено у 122 человек (9,3% от общего числа школьников).

Нами также была проведена беседа с заместителем директора Гимназии №3 по воспитательной работе. Мы выяснили, что педагогический коллектив школы ведет активную работу с учащимися и их родителями по воспитанию здорового образа жизни детей. Например, для детей средней школы регулярно проводятся следующие мероприятия:

1. Анализ исходного состояния по здоровьесберегающей деятельности в гимназии. Определение направлений для реализации проекта.
2. Реализация проекта «Семейный абонемент» (проведение мастер-классов с детьми и родителями по субботам, в том числе и по спортивно-оздоровительному направлению).
3. Освещение реализации проекта на сайте гимназии (раздел «Деятельность», подраздел «Создание здоровьесберегающей среды»).
4. Реализация системы дополнительного образования физкультурно-спортивной направленности.
5. Реализация программы «Полезные привычки» в 1-11 классах.

6. Реализация программ «Школьное молоко», «Школьный мед», «Разговор о правильном питании».
7. Реализация программы «За здоровый образ жизни» в 1-11 классах.
8. Анализ практики применения в учебно-воспитательном процессе здоровьесберегающих технологий.
9. Работа с родителями по вопросам охраны и укрепления здоровья детей.

Для начальной школы к указанному списку прибавляется проведение таких мероприятий, как:

1. Массовые праздники здоровья во 2-4 классах, День гимназии, посвященный здоровому образу жизни.
2. Проект «Танцевальная палитра» в 3 классах.
3. Участие во внутришкольной спартакиаде школьников 1-4 классов.

У нас также состоялась беседа с классными руководителями начальной и средней школы, которые рассказали нам о том, как они вовлекают детей в мероприятия, посвященные здоровому образу жизни. Например, для детей средней школы проводятся:

1. Утренняя общешкольная зарядка, которая длится пять минут и проводится до начала занятий.
2. Физкультминутки с музыкальным сопровождением (3 – 5 физических упражнений).
3. Учет периодов работоспособности детей на уроках (период вработываемости, период высокой продуктивности, период снижения продуктивности с признаками утомления).
4. Учет возрастных и физиологических особенностей ребенка на занятиях (количества видов деятельности на уроках, их продуктивность).
5. Разграничение физических нагрузок в зависимости от принадлежности ребенка к той или иной физкультурной группе.
6. Занятость во внеурочной спортивно-оздоровительной работе.

7. Вовлечение учащихся в объединения системы дополнительного образования спортивной направленности.
8. Реализация программ «За здоровый образ жизни» (по адаптированному варианту программы «Полезные привычки»), «Разговор о правильном питании».
9. Участие в конкурсе «Самый здоровый класс».
10. Организация однодневных походов обучающихся 1-11-х классов.
11. Проведение тематических родительских собраний «Безопасное детство - общее дело».

Для начальной школы прибавляется проведение таких мероприятий, как:

1. Использование оздоровительных методик, регулирующих двигательную активность, и приемов реабилитации умственной и физической работоспособности.
2. Используется педагогическая технология на основе личностной ориентации педагогического процесса (педагогика сотрудничества, педагогика педагогической поддержки, личностно-ориентированный подход, игровые технологии).
3. Использование эмоциональных разрядок на уроках.
4. Чередование позы с учетом вида деятельности.
5. Динамические перемены с использованием скакалок, мягких мячей и так далее.
6. Игры на открытом воздухе.
7. Классные часы в форме дискуссий, диспутов.
8. Экскурсии и прогулки, походы на природу, экологические десанты.
9. Участие в празднике ГТО, Дни здоровья, спортивные праздники.
10. Конкурсы рисунков.
11. Лекции для родителей.

Как заместитель директора по воспитательной работе, так и классные руководители начальной и средней школы делают все для формирования здорового человека с правильной осанкой.

Дальнейшим этапом нашего исследования стало письменное анкетирование учащихся средней школы. Нами была разработана анкета, которая содержит 12 вопросов (Приложение 1). Всего в анкетировании приняли участие 38 человек.

В нашем исследовании приняли участие 53% девочек и 47% мальчиков в возрасте от 9 до 11 лет (Рис.1). Это преимущественно учащиеся начальной школы (2-4 класс).

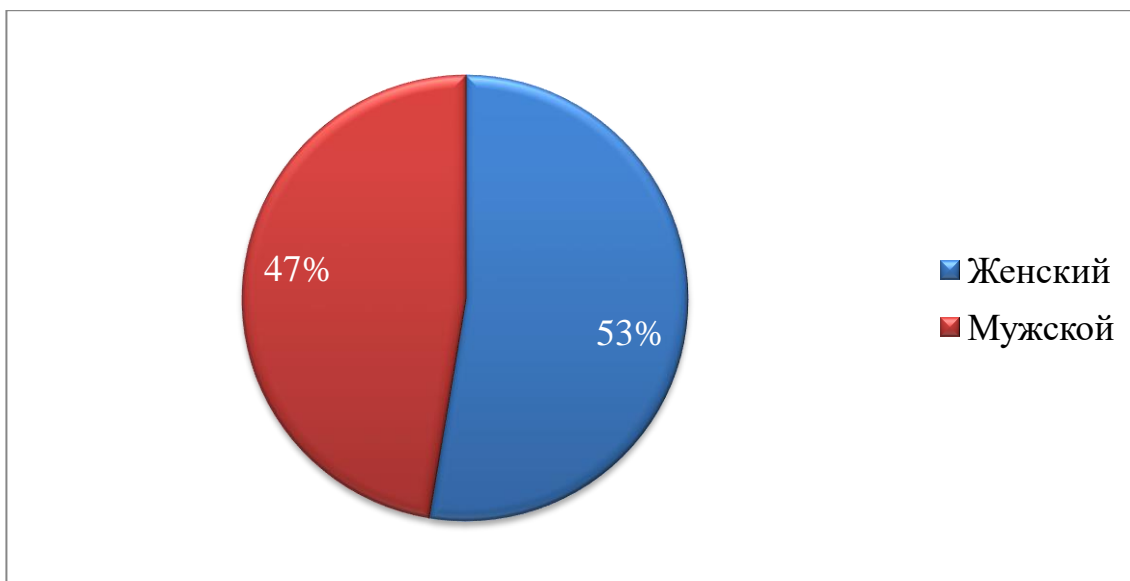


Рис.1. Пол

Мы видим, что 42% опрошенных нами респондентов носят портфель правильно, 26% ответили, что носят рюкзак очень низко, на уровне талии, а 19% опрошенных ответили, что носят рюкзак на одной руке или плече, 13% школьников носят портфель в руках. Из анализа мы видим, что большая часть детей может составить группу риска по последующему нарушению осанки и если не соблюдать необходимых правил носки портфеля, то уровень заболеваемости среди детей будет только расти (Рис. 2).

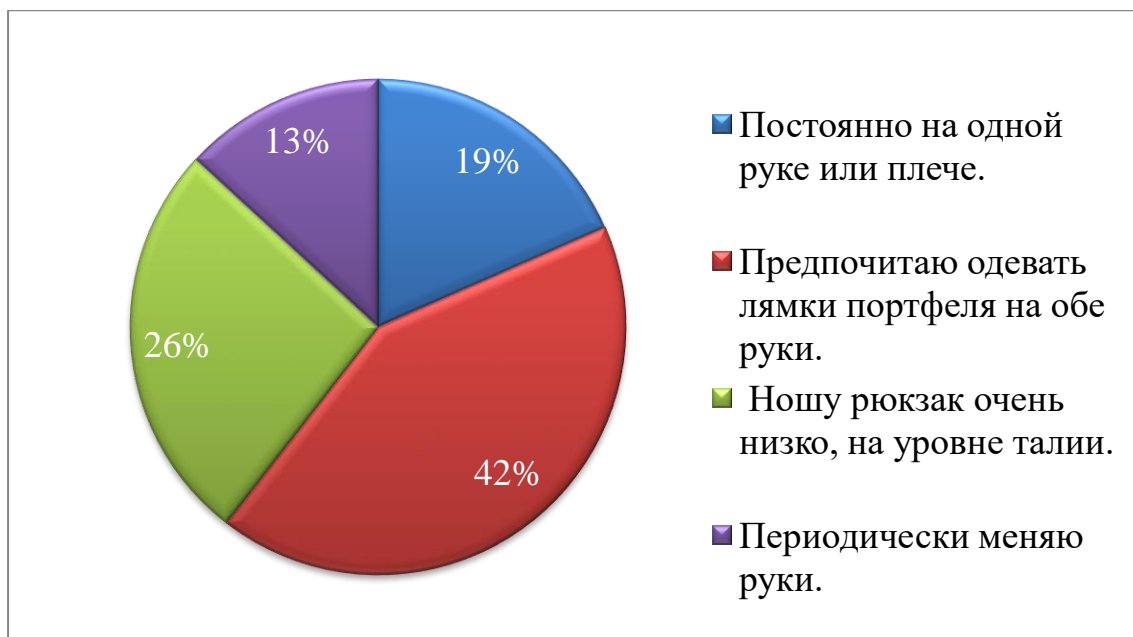


Рис.2. Особенности носки портфеля (сумки)

Как мы видим, 42% респондентов ответили, что предпочитают сидеть, держа спину прямо, 37% ответили, что не замечают, как сидят за столом, 8% имеют привычку сутулиться, и 13% отметили, что обычно сидят, облачаясь на одну сторону. Здесь мы видим, что основная масса детей не следят за своей осанкой во время обучения. Поэтому эти дети также состоят в группе риска по возможному нарушению осанки (Рис. 3).

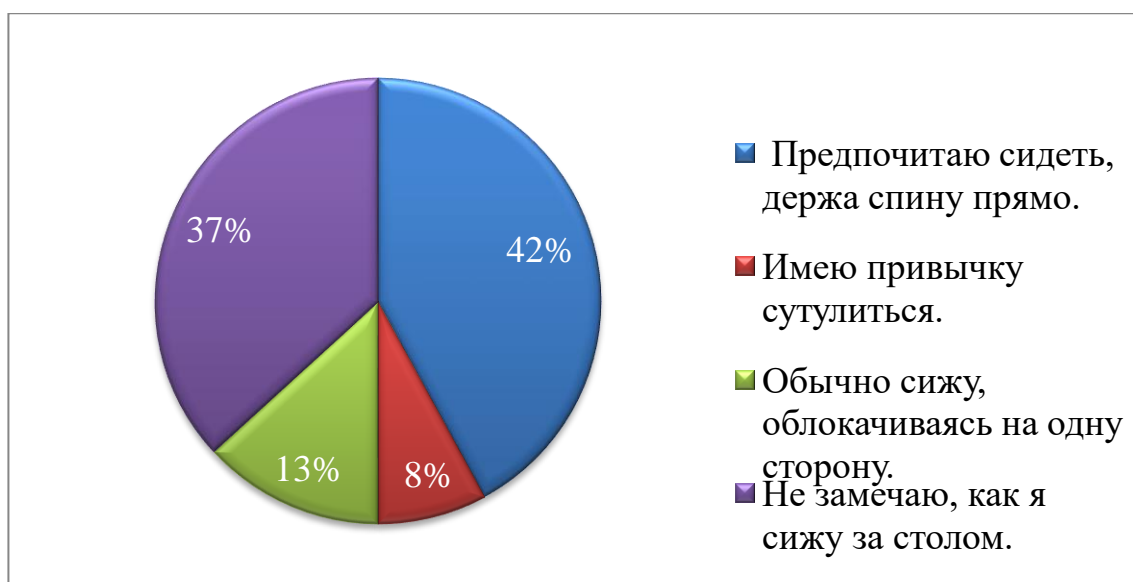


Рис. 3. Особенности сидения за партой

При анализе ответов на вопрос «Занимаетесь ли Вы спортом?», большинство респондентов ответили, что после занятий посещают дополнительно спортивные секции (66%), 26% посещают только уроки физической культуры и 8% не занимаются физической культурой вообще. Как уже отмечалось в 1 главе, спорт играет большую роль в профилактике сколиоза. Мы все-таки обнаружили 8% детей, для которых характерна гиподинамия. Возможно, эта цифра может увеличиваться, и тогда процент детей, находящихся в группе риска, будет расти. Поэтому родителям и учителям следует обратить особое внимание на данную проблему (Рис. 4).

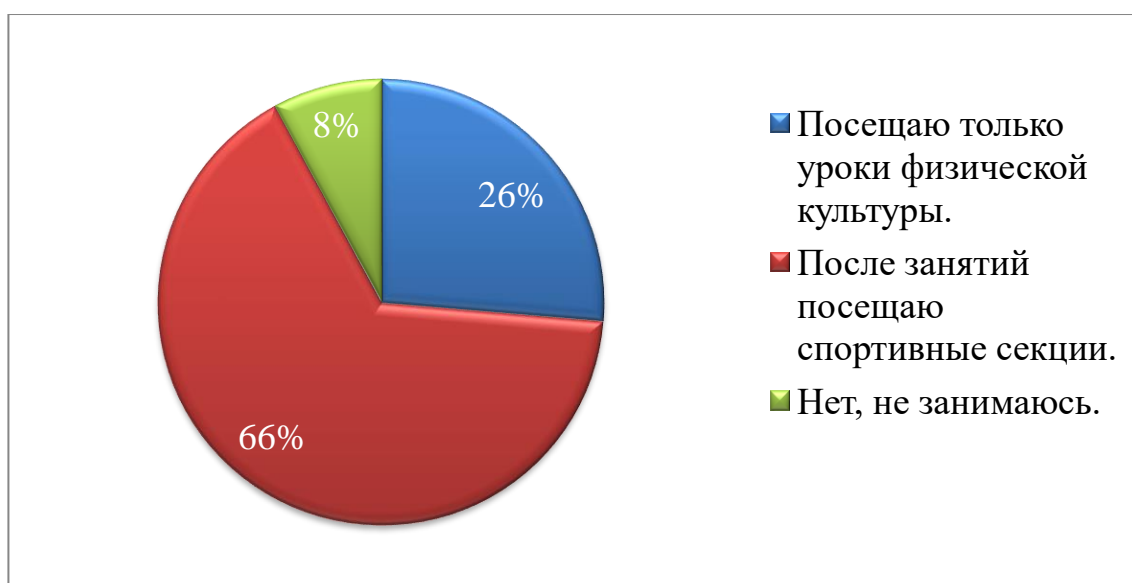


Рис.4. Занятие спортом

При анализе ответов на вопрос «Имеете ли Вы нарушение осанки?» 61% респондентов ответили, что не имеют нарушение осанки, 26% затруднились ответить на этот вопрос, а 13% респондентов ответили, что уже имеют нарушение осанки (Рис.5). Таким образом, можно сделать вывод, что доля детей, уже имеющих нарушение осанки, достаточно значительна.

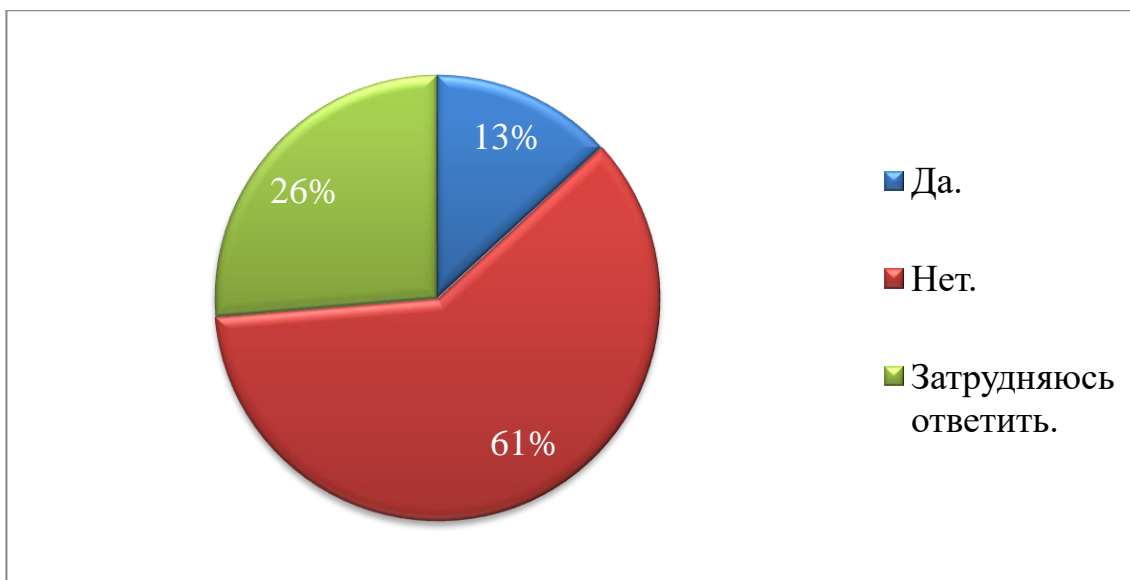


Рис.5. Выявленные нарушения осанки.

Из анализа ответов на следующий вопрос мы видим, что 79% респондентов считают свое питание полноценным, отрицательно ответили 18% и 3% затруднились ответить. В целом мы видим, что полноценное питание характерно для подавляющего числа опрошенных, но все же достаточная доля детей его не получает. Данный факт значительно повышает риск развития различных нарушений осанки (Рис.6).

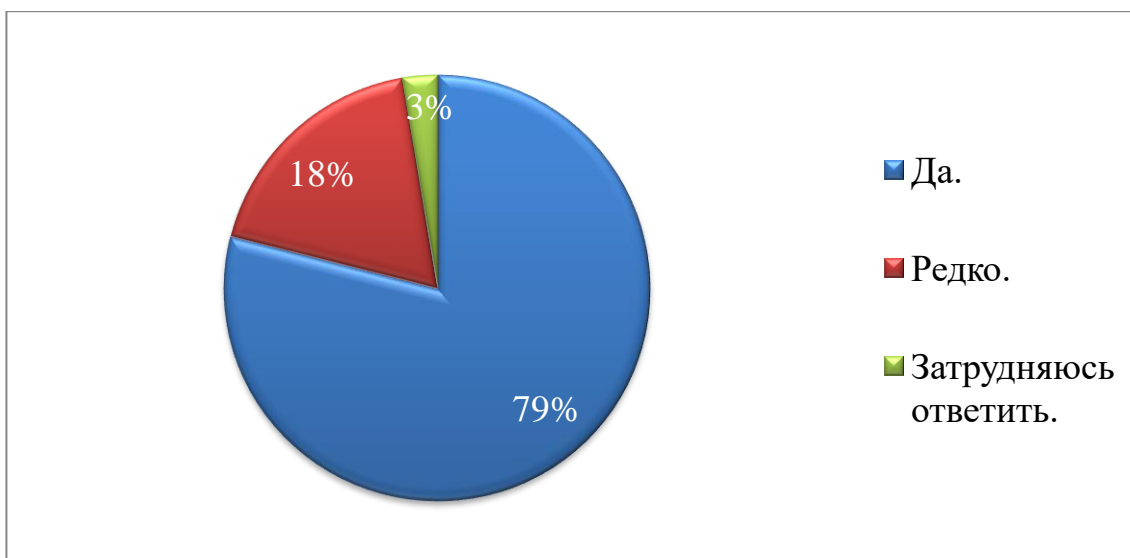


Рис.6. Можете ли Вы назвать свое питание полноценным?

Из анализа ответов на следующий вопрос нашей анкеты видно, что 71% респондентов спят на мягкой кровати, 13% спят на полужестком диване, 8%

спят на жестком матрасе и 8% не замечают, на чем они спят. Очень большое значение имеет степень жесткости места для сна. Мы предполагаем, что родители, сознательно выбирая мягкую кровать для сна ребенку, желают ему лучшего и даже не догадываются, что этим самым они провоцируют формирование патологических изгибов позвоночника во время сна (Рис.7).

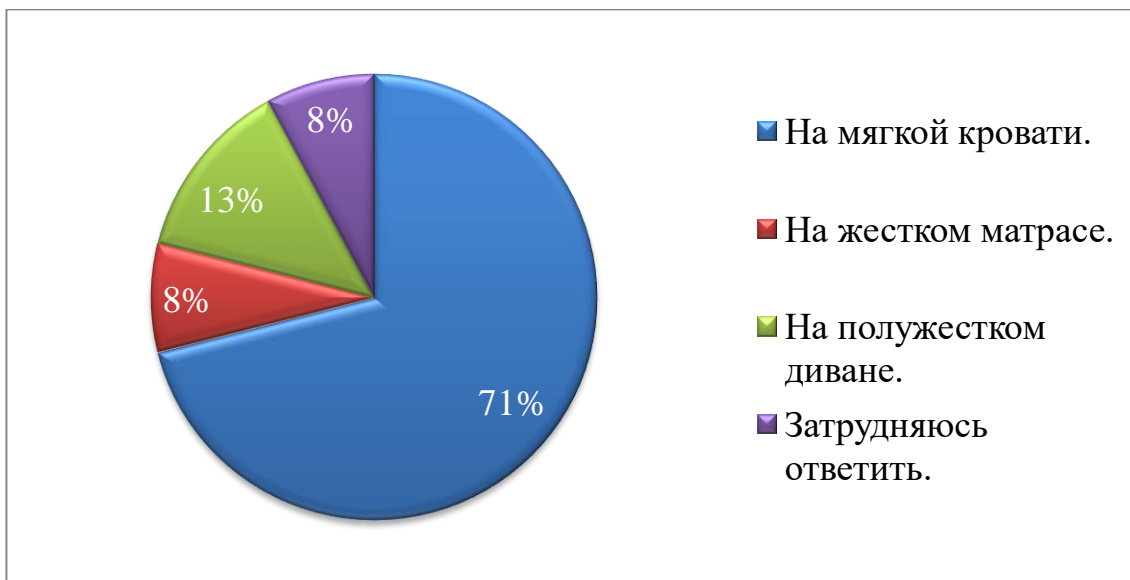


Рис.7. Как Вы предпочитаете спать?

Как мы можем заметить, 63% респондентов ответили, что предпочитают засыпать на мягкой подушке, 32%, что на подушке средней степени жесткости, а остальные 5% выбрали ответ «на высокой подушке». Ответ «на твердой подушке» никто из участников не выбрал. Здесь мы также видим налицо неправильный подход к выбору постельных принадлежностей. То есть 68% учащихся находятся в группе риска развития сколиоза. Поэтому родителям перед покупкой постельных принадлежностей сначала нужно обратиться к медицинскому персоналу за консультацией (Рис.8).

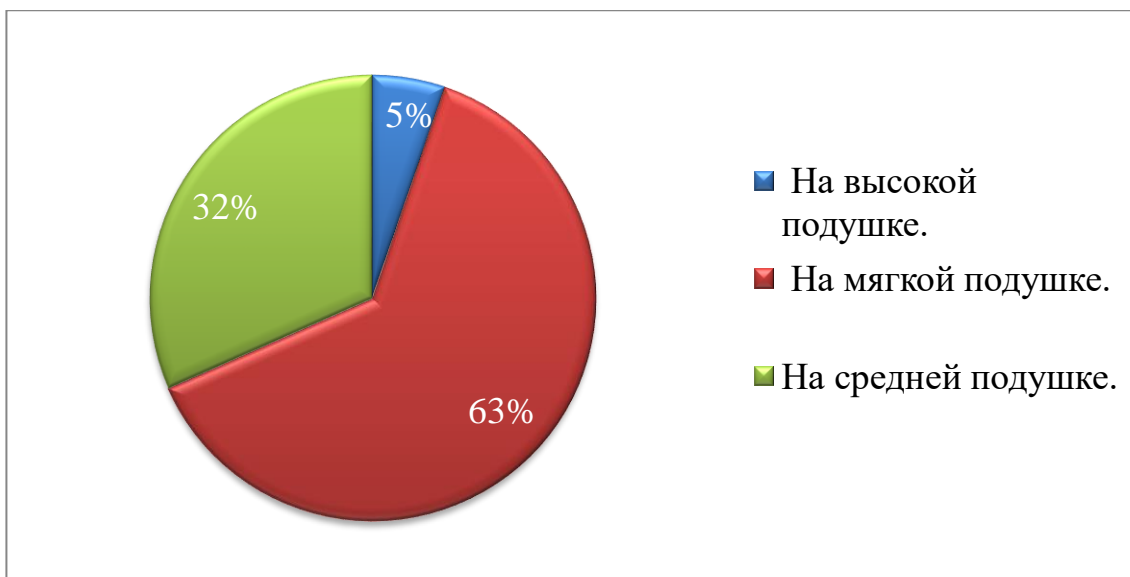


Рис.8. На какой подушке Вы предпочитаете засыпать?

На вопрос о частоте поднятия тяжестей, 53% респондентов ответили, что редко поднимают тяжелые предметы, 26% очень часто приходится их поднимать, 18% ответили, что вообще не поднимают тяжелых предметов и 3% ответили, что не замечают, насколько тяжелые предметы они поднимают. Отсюда мы видим, что почти половина детей находится в группе риска искривления позвоночника. Поэтому родители должны знать, что регулярная асимметричная нагрузка на детский позвоночник может привести к тяжёлым последствиям и данную особенность необходимо учитывать при покупке ранца для ребенка, при распределении школьных принадлежностей в нем (Рис.9).

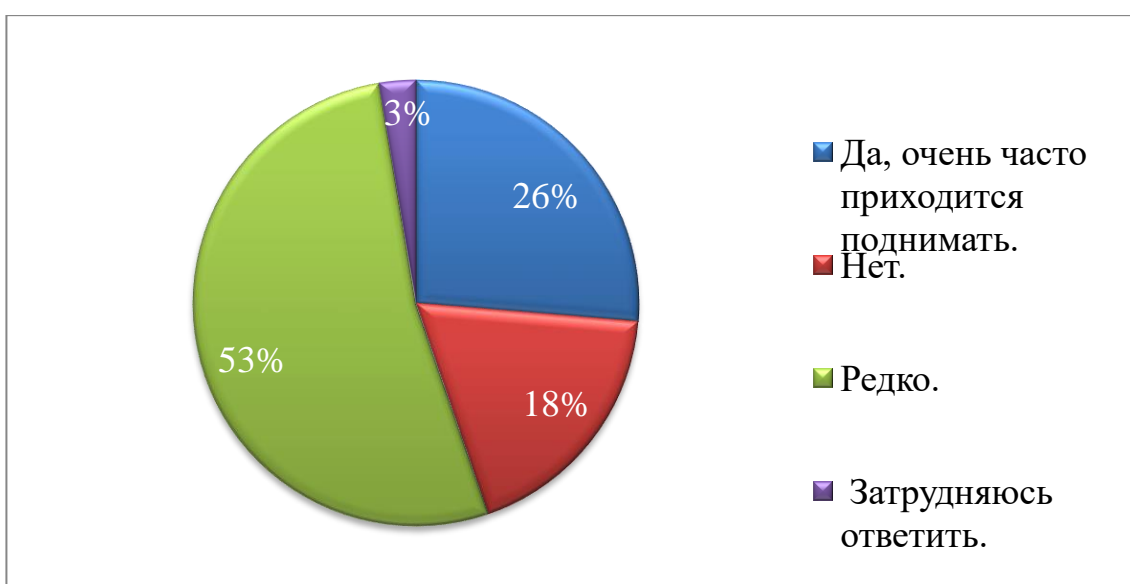


Рис.9. Поднимаете ли Вы тяжелые предметы?

66% опрошенных респондентов ответили, что посещают хирурга, участкового терапевта раз в 6 месяцев или раз в год, 26% не помнят и 8% не смогли ответить на данный вопрос. Это значит, что 34% учащихся находятся в группе риска, так как искривление позвоночника, которое может развиваться на самом раннем этапе будет выявлено не вовремя. Из-за этого может возникнуть патология осанки, которую сложнее будет исправить в дальнейшем (Рис.10).

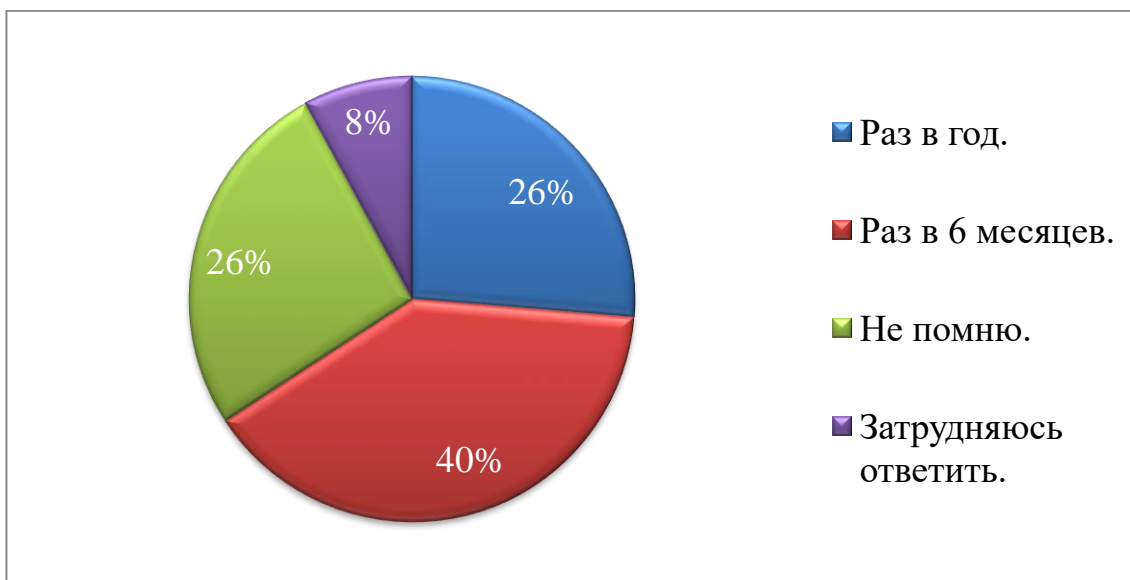


Рис.10. Частота посещаемости хирурга, участкового терапевта.

Как мы можем заметить, большинство опрошенных респондентов (66%), заинтересованы в получении информации о профилактике опорно-двигательной системы, 26% ответили, что не заинтересованы в получении этой информации и 8% затрудняются ответить. Исследования показали, что 34% опрошенных нуждаются в дополнительных разъяснениях по поводу важности информации о профилактике заболеваний опорно-двигательной системы (Рис.11).

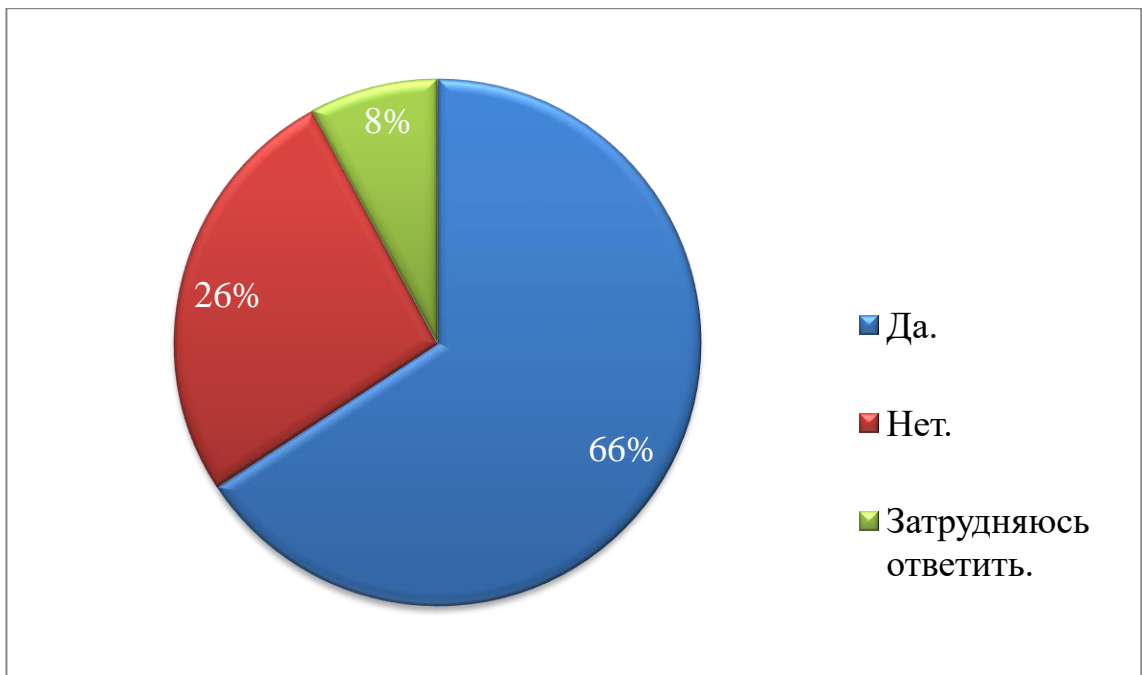


Рис.11. Заинтересованность респондентов в информации о профилактике заболеваний опорно-двигательной системы.

На основании проведенного исследования можно сделать вывод, что подавляющая часть учащихся начальной школы не имеет нарушений осанки, правильно питается, активно занимается спортом и регулярно посещает врача. Это можно объяснить слаженной работой педагогического коллектива школы, родителей и медицинских работников, активно занимающихся профилактикой данных патологий. Но в то же время мы выявили группу риска среди детей, которые в будущем могут приобрести данные нарушения, так как ежедневно носят портфель неправильно (58% детей), не следят за своей осанкой в течение учебного дня (37%), сутулятся и облакачиваются на одну сторону (21%). Кроме того следует отметить тот факт, что для определенной доли опрошенных характерно неправильно оборудованное место для сна (мягкая кровать – 71% и мягкая подушка – 63%). Это может спровоцировать формирование патологических изгибов позвоночника во время сна. Также мы выявили, что 47% учащихся, а это почти половина, находятся в группе риска искривления позвоночника, так как регулярная ассиметричная нагрузка на детский позвоночник может привести к тяжёлым последствиям. Все эти дети нуждаются

в дополнительной работе с ними. Это позволит снизить риск уровня развития заболеваний опорно-двигательной системы и своевременно предупредить о возможных патологиях.

В целях оптимизации деятельности медицинской сестры в учебном заведении нами была предложена форма профилактической работы с детьми и их родителями (Приложение 2). Это небольшая памятка, которая содержит необходимый минимум информации о причинах, факторах риска, признаках и профилактике заболеваний опорно-двигательной системы. Данная информация в доступной форме будет способствовать формированию знаний об основных направлениях деятельности школьников по предотвращению этих заболеваний. Данную памятку вместе с результатами исследования мы распечатали и предоставили медицинскому работнику школы, а также классным руководителям начальной школы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Нарушение осанки является одной из основных патологий физического развития школьников, причиной снижения общей работоспособности и нарастания психофизической нагрузки. Также, нарушения осанки могут привести к таким осложнениям, как смещение сердца и пережатие сосудов, хромота, частые заболевания органов дыхания, бактериальные осложнения после ОРВИ, гипоксия, изжога, тяжесть в желудке, запоры, потеря аппетита, головные боли, постоянная усталость, плохая концентрация внимания, раздражительность, потемнение в глазах и прочее. Кроме этого, неправильная осанка часто становится причиной защемлений нервов, проблем со связками и суставами. У взрослых пациентов быстрее развиваются различные заболевания позвоночника, в том числе и межпозвонковые грыжи.

Проведенное мной исследование показало, что дети думают, что знают все о нарушениях осанки, стараются вести здоровый образ жизни, но они ничего не знают о ее профилактике. Поэтому в данном случае очень важна роль медицинской сестры, которая должна знать основные жалобы и симптомы при нарушении осанки, и иметь понятие и проявление патологии в этой области. Она внимательно выслушивает пациента (ребенка) или его родителей и обращает внимание на наличие болей или дискомфортных ощущений в той или иной области. Она должна знать принципы лечения, ухода и профилактики нарушения осанки и ознакомить пациента и его родителей (родственников) с ними. Сюда относят: полноценное питание, занятие лечебной физкультурой, прием медикаментов, массаж, ношение корсета, обустройство детской комнаты, подбор обуви, а также равномерное распределение нагрузок. Выявив проблемы пациента, медсестра формирует сестринские диагнозы, оценивает степень значимости каждой из них и устанавливает приоритетные. В ее обязанности входит подготовка пациента к различным видам обследования позвоночника (магниторезонансная томография, компьютерная томография).

От правильности проведенной подготовки к обследованию зависит качество полученных данных. Также медсестра выявляет наличие у пациента духовно - психологических и социальных проблем, если они имеются. Таким образом, медицинские сестры в рамках своих должностных обязанностей принимают непосредственное участие в профилактике нарушения осанки у детей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вайнбаум, Я.С. Гигиена физического воспитания и спорта [Текст] : учебное пособие / Я. С. Вайнбаум. — М.: Издательский центр «Академия», 2015. — 240 с.
2. ГАУ ДО РС(Я) ЦО и ОД "Сосновый бор" Профилактика нарушений осанки у детей [Электронный ресурс] / ГАУ ДО РС(Я) ЦО и ОД "Сосновый бор" // Центр отдыха и оздоровления детей. — Якутск, 2015. — Режим доступа: <https://sosnovybor-ykt.ru/profilaktika-narushenij-osanki-u-detej-2/>
3. Давиденко, В. Н. Адаптивно-оздоровительная и развивающая направленность средств физической культуры в режиме дня младших школьников [Электронный ресурс] / В. Н. Давиденко // Библиотека диссертаций. — Тула, 2016. — Режим доступа: <http://www.dslib.net/fiz-vospitanie/adaptivno-ozdorovitel'naja-i-razvivajuwaja-napravlennost-sredstv-fizicheskoj.html>
4. Дрогомерецкий, В.В. Низкая двигательная активность как фактор проявления отклонений в состоянии здоровья у детей дошкольного и школьного возраста [Электронный ресурс] / В. В. Дрогомерецкий, А. А. Третьяков // journal-discurs.ru. — Белгород, 2017. - Режим доступа: <http://journal-discurs.ru/files/arkhiv-zhurnala/7-2017/27-34.pdf>
5. Епифанов, В. А. Ортопедические проблемы у детей [Электронный ресурс] / В. А. Епифанов // www.7ya.ru — Москва, 2016. — Режим доступа: <https://www.7ya.ru/article/Normalnaya-osanka/>
6. Комарова, М. С. Нарушения опорно-двигательного аппарата у детей [Электронный ресурс] / М. С. Комарова // Реферат. — Пенза, 2015. — Режим доступа: <http://refleader.ru/polatypolrnabew.html>
7. Ортопед.info Нарушение осанки у детей школьного возраста лечение [Электронный ресурс] / Ортопед.info // Ортопед.info. — Москва, 2018. —

Режим доступа: <http://kosti.info/narushenie-osanki-u-detej-shkolnogo-vozrasta-lechenie.html>

8. Полякова, Е. А. Деятельность медицинской сестры в профилактике сколиоза у детей и подростков [Электронный ресурс] / Е. А. Полякова // educontest.net. – Бутурлиновка, 2016. – Режим доступа: <https://educontest.net/ru/185816/деятельность-медицинской-сестры-в-пр/>

9. Самусев, Р.П. Атлас анатомии человека [Текст] : учебное пособие / Р.П. Самусев. — М.: Издательство «Мир и Образование», 2015. — 29 с.

10. admin4ik Особенности развития сколиоза поясничного отдела у взрослых и детей [Электронный ресурс] / admin4ik // sustavy-lechenie.ru – Москва, 2019. – Режим доступа: <https://sustavy-lechenie.ru/osobennosti-razvitiya-skolioza-poyasnichnogo-otdela-vzroslykh-detej/>

11. chistoplot.ru Развитие осанки [Электронный ресурс] / chistoplot.ru // chistoplot.ru. – Москва, 2018. – Режим доступа: <http://chistoplot.ru/razvitie-osanki/>

12. illnessnews.ru Нарушения осанки и методы ее коррекции [Электронный ресурс] / illnessnews.ru // illnessnews.ru. – Москва, 2017. – Режим доступа: <http://illnessnews.ru/osanka/>

13. medaboutme.ru Осанка [Электронный ресурс] / medaboutme.ru // Справочник. – Москва, 2018. – Режим доступа: <https://medaboutme.ru/zdorove/spravochnik/slovar-medicinskih-terminov/osanka/>

14. studbooks.net Особенности костной системы у детей [Электронный ресурс] / studbooks.net // Студенческая библиотека онлайн. – Москва, 2018. – Режим доступа: https://studbooks.net/1875955/meditsina/osobennosti_kostnoy_sistemy_detej

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета

Уважаемый респондент!

Просим Вас ответить на несколько вопросов анкеты, выбрав наиболее подходящий для Вас вариант ответа.

1. Ваш пол?
 - А. Женский
 - Б. Мужской
2. Ваш возраст?
 - А. От до 8
 - Б. От 9 до 12
 - В. От 13 до 15
 - Г. От 16 до 18
3. Как Вы носите портфель или сумку?
 - А. Постоянно на одной руке или плече.
 - Б. Предпочитаю одевать лямки портфеля на обе руки.
 - В. Ношу рюкзак очень низко, на уровне талии.
 - Г. Ношу портфель в руках.
4. Как Вы сидите за партой?
 - А. Предпочитаю сидеть, держа спину прямо.
 - Б. Имею привычку сутулиться.
 - В. Обычно сижу, облачаясь на одну сторону.
 - Г. Не замечаю, как я сижу за столом.
5. Занимаетесь ли Вы спортом?
 - А. Посещаю только уроки физической культуры.
 - Б. После занятий посещаю спортивные секции.
 - В. Нет, не занимаюсь.
6. Имеете ли Вы нарушение осанки?
 - А. Да.

- Б. Нет.
 - В. Затрудняюсь ответить.
7. Можете ли Вы назвать свое питание полноценным?
- А. Да.
 - Б. Нет.
 - В. Редко.
 - Г. Затрудняюсь ответить.
8. Как Вы предпочитаете спать?
- А. На мягкой кровати.
 - Б. На жестком матрасе.
 - В. На полужестком диване.
 - Г. Затрудняюсь ответить.
9. На какой подушке Вы предпочитаете засыпать?
- А. На высокой подушке.
 - Б. На мягкой подушке.
 - В. На средней подушке.
 - Г. Затрудняюсь ответить.
10. Поднимаете ли Вы тяжелые предметы?
- А. Да, очень часто приходится поднимать.
 - Б. Нет.
 - В. Редко.
 - Г. Затрудняюсь ответить.
11. Как часто Вы посещаете хирурга, участкового терапевта?
- А. Раз в год.
 - Б. Раз в 6 месяцев.
 - В. Не помню.
 - Г. Затрудняюсь ответить.
12. Интересна ли Вам информация о профилактике заболеваний опорно-двигательной системы?
- А. Да.

Б. Нет.

В. Затрудняюсь ответить.

Спасибо за сотрудничество!

