

8. Moskvina V.A. *Mezh polusharnie otnosheniya i problema individualnih razlichiy* [Interhemispheric relations and the problem of individual difference], Orenburg, IPK OSU, 2002, 288 p.
9. Panfilov N.V. *Rozvitije Koordinatsiy nih sposobnostey i obuchenie dvigatelnsim deystvijam detey 4–6 let v svyazi z osobennostjami dvigatelnoy assimetriji* [Development of coordination abilities and learning motor actions in children 4-6 years due to the nature of motor asymmetry] Features: Abstract. Thesis. on soysk. scientists. Candidate Class. ped. sciences [Spec.] 13.00.04 “Theory and methodology of education fizycheskoho, sportyvnoy trenyrovky and ozdorovyitelnoy fizycheskoy culture”, M., 1992, 19 p.
10. Silin E.A. *Mezhpolusharnaya assymetriya and yndyvudualnie razlychyya: monohrafiya* [Hemispheric asymmetry and individual differences: monograph], Perm, PPhU, 2004, 136 p.
11. Syrotyuk AL *Neyropsyholohycheskoe and psyhofyziolohycheskoe soprovozhdenye obucheniya* [Neuropsychological and psychophysiological support training], Moscow, TC “Sphere”, 2003, 220 p.
12. *Fizichna cultura. Programa dla zagalnoosvitnih zacladiv 1–4 klasy* [Physical Culture. The program for schools. Grades 1–4], Kiev, Litera LTD, 2011, 65 p.
13. Kuhl J. *Hemispheric asymmetry: Does power beat wisdom?* : manuscript, Seattle, Hogrefe and Huber Publishers, 2005, 467 p.
14. Ramaley F. *Chicago Journ*, 2012, vol. 47, P. 730–738.
15. Wang S. S. *The Wall Street Journ*, 2011, December 6, P. 46–52.

Рецензент: докт. мед. наук, проф. Остап'як З. М.

УДК 613.97-057.875:616.834.2:616.711  
ББК 56.1

Володимир Котелевський,  
Яна Копитіна

### ЗМІНИ ПОКАЗНИКІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ З ВЕРТЕБРАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

*Стаття присвячена проблемі якості життя студентської молоді і визначенню спрямованості реабілітаційних заходів при початкових проявах вертебральної патології. Метою дослідження, висвітленого в даній роботі, став аналіз рівня якості життя студентської молоді із патологією хребта для визначення спрямованості лікувально-реабілітаційних дій.*

*Розглянуто особливості показників якості життя у 54 студентів віком 19-20 років з вертебральним остеохондрозом першого ступеня. За результатами аналізу найбільші відхилення показників якості життя спостерігалися у студентів за показниками РФ – рольове функціонування, зумовлене фізичним станом; РЕ – рольове функціонування, зумовлене емоційним станом; СФ – соціальне функціонування. Ці показники мають яскраво виражений соціальний відтінок, тобто пов'язані із успіхами студента в процесі навчання, самооцінкою свого місця в майбутній професії та товариському студентському середовищу. Це доводить необхідність проведення у студентській молоді з початковими неврологічними проявами вертебрального остеохондрозу заходів не тільки фізреабілітаційного характеру (лікувальний масаж, лікувальна фізкультура), а й педагогічної та психологічної корекції. У статті доведено необхідність визначення показників якості життя для складання комплексних особистісно-орієнтованих реабілітаційних програм.*

**Ключові слова:** студент, патологія хребта, фізична реабілітація, якість життя.

*Статья посвящена проблеме качества жизни студенческой молодежи и определению направленности реабилитационных мероприятий при начальных проявлениях вертебральной патологии. Целью исследования, отраженного в данной работе, стал анализ уровня качества жизни у студенческой молодежи с патологией позвоночника для определения направленности лечебно-реабилитационных действий.*

*Рассмотрены особенности показателей качества жизни у 54 студентов в возрасте 19–20 лет с вертебральным остеохондрозом первой степени. По результатам анализа наибольшие отклонения показателей качества жизни наблюдались у студентов по показателям РФ – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; РЕ – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; СФ – социальное функционирование. Эти показатели имеют ярко выраженный социальный оттенок, то есть связанные с успехами студента в процессе обучения, самооценкой своего места в будущей профессии и товарищеском студенческой среде. Это доказывает необходимость проведения у студенческой молодежи с начальными неврологическими проявлениями вертебрального остеохондроза не только мероприятий физреабилитационного характера (лечебный массаж, лечебная физкультура),*

но и педагогической и психологической коррекции. В статье доказана необходимость определения показателей качества жизни для составления комплексных личностно-ориентированных реабилитационных программ.

**Ключевые слова:** студент, патология позвоночника, физическая реабилитация, качество жизни.

*The article is devoted to the problem of the quality of life for students and deciding on the direction of rehabilitation measures at the initial manifestations of vertebral pathology. The aim of the research reported in this paper was the analysis of quality of life in students with disorders of the spine to determine the focus of treatment and rehabilitation actions.*

*Peculiarities of indicators of quality of life among 54 students aged 19–20 years of vertebral osteochondrosis of the first degree. The results of the analysis, the greatest deviation of quality of life was observed among students in terms of RF – role functioning due to physical condition; re – role functioning due to emotional status; SF – social functioning. These indicators have a very strong social connotation, that is associated with the success of the student in the learning process, self-assessment of their place in the future profession and student friendly environment. This proves the need for the students with initial neurological manifestations of vertebral osteochondrosis not only events vitreoretinal character (therapeutic massage, therapeutic exercise), but also pedagogical and psychological adjustment. In the article the necessity of the determination of the quality of life for the compilation of a comprehensive student-oriented rehabilitation programs.*

**Keywords:** student, pathology of the spine, physical rehabilitation, quality of life.

**Постановка проблеми й аналіз результатів останніх досліджень.** Проблеми здоров'я молоді та її нормальної життєдіяльності є найактуальнішими у всі часи, а особливо в сучасному світі на тлі соціальних змін, економічної кризи, коли значно збільшується кількість стресових ситуацій, фізичних навантажень, екологічних негараздів. Адже лише фізично активна, психічно стійка та витривала молода людина здатна протидіяти всім негативним проявам сучасного світу та закласти основу майбутнього здорового суспільства.

Відтак дуже важливо стежити за станом здоров'я молоді, різними сферами її життя, щоб своєчасно корегувати її здоров'я та допомогти подолати інші життєві труднощі. Особливої актуальності ця проблема набуває у студентському середовищі, адже сучасні освітні технології характеризуються безпосереднім застосуванням досягнень науково-технічного прогресу, комп'ютеризацією навчального процесу, що збільшує інформаційний потік і навантаження на студентів. Все це призводить до стомлення, перенапруження, зменшення резервних можливостей людини, розвитку патологічних станів організму та гіподинамії, що в цілому знижує показники якості життя студентів [3; 7]. Особливу роль у погіршенні якості життя студентської молоді відіграють зміни функціонального стану хребта. Адже патології хребта посідають одне з перших місць серед захворювань у студентської молоді. Так, тільки при вступі у ВНЗ у 70–80% юнаків спостерігаються порушення постави, у 20% – різні деформації хребта [4]. Вирішення цієї проблеми базується перш за все на детальному вивченні психосоматичного стану та глобальних процесів життєдіяльності студентів задля проведення профілактичних заходів фізичної реабілітації з метою покращення стану опорно-рухової системи та показників якості життя молоді.

Роботу виконано відповідно до “Зведеного плану НДР у сфері фізичної культури та спорту на 2011–2015 р.” за темою 4.6.3.1 “Теоретико-методичні засади фізичного виховання і спорту у формуванні здорового способу життя”, а також за темою 3.5.2 “Програмування та методики фізичної реабілітації осіб різних нозологічних та вікових груп”.

Фахівці фізичної реабілітації досягли значних успіхів у питаннях формування оздоровчої культури молоді, методологічного забезпечення загального рівня здоров'я студентської молоді [3]. Досить популярним напрямом наукових досліджень є визначення взаємозв'язку способу життя людини та наявності різних захворювань. Так, за даними сучасних досліджень, проведених найбільш авторитетними науковими цент-

рами різних країн [5], здоров'я людини приблизно на 8–10% залежить від медицини, на 15–20% – від стану довкілля (екологічного фактору), на 18–20% – від біологічних факторів (спадковості). Однак вирішальним чинником є спосіб життя людини (50–58%), який нерозривно пов'язаний із якістю її життя [2; 14]. Проте в літературі недостатньо відомостей, які стосуються визначення показників якості життя студентської молоді з патологією хребта.

Провідною ідеєю нашого дослідження стала думка про те, що недостатньо здоровий спосіб життя студентів, а отже, і відповідні показники якості їх життя належать до вирішальних чинників виникнення вертебральної патології.

**Мета дослідження** – аналіз рівня якості життя у студентської молоді із патологією хребта для визначення спрямованості лікувально-реабілітаційних дій.

Для досягнення зазначеної мети поставлені такі завдання:

1) виявити особливості визначення показників якості життя у студентської молоді із патологією хребта;

2) визначити взаємозв'язок змін певних показників якості життя студентської молоді із наявністю функціональної патології хребта та вертебрального остеохондрозу першого ступеня.

**Методи й організація дослідження.** Аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури, клінічне обстеження, педагогічне спостереження, тестування за опитувальником з визначення рівня якості життя MOS SF-36 та методи математичної статистики.

Аналіз показників якості життя та клінічне обстеження студентської молоді з функціональною патологією хребта і неврологічними проявами вертебрального остеохондрозу першої стадії проводилися на базі лабораторії оздоровчо-реабілітаційних технологій Навчально-наукового інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету ім. А. С. Макаренка. Організація дослідження передбачала два основні етапи. На першому етапі дослідження здійснювався теоретичний аналіз літератури за даною проблематикою, визначалися особливості визначення показників якості життя. На другому етапі дослідження проводилося діагностика психосоматичного стану 54 студентів віком 19–20 років та тестування за показниками якості їх життя.

**Результати досліджень та їх обговорення.** При аналізі літературних джерел особливу увагу приділяли питанню визначення якості життя. Якість життя є новим критерієм оцінювання ефективності медико-реабілітаційних заходів, а також порівняння результатів застосування різних тактик і методик. Поняття “якість життя” використовується у філософії, фізіології, соціальній політиці, економіці, екології, гігієні, соціології та охороні здоров'я. Якість життя має у своїй основі певний рівень матеріального добробуту, розвитку економіки, науки, культури тощо.

Існує багато визначень поняття якості життя. Наведемо декілька з них.

Якість життя можна подати як показник, який усуває обмеженість поняття “рівень життя” виміром тих “якісних умов задоволення потреб, які не піддаються прямому кількісному виміру”. Якщо рівень життя характеризує реалізацію потреб членів суспільства у благах, то якість життя – ступінь задоволення потреб із досягненням того певного особистісно-психологічного стану, без адекватної оцінки якого неможливо судити про реальний рівень добробуту в країні, створити уявлення про реальний стан задоволення потреб людей.

Якість життя – інтегрована характеристика всієї сукупності видів, форм, сфер життєдіяльності людей певного суспільства, зумовлених рівнем його виробництва, економічними відносинами, політичним устроєм та системою цінностей.

Якість життя – це синтез культурно-духовних, соціально-особистісних, валеолого-екологічних і матеріально-демографічних компонентів життєдіяльності, емоційно-оцінне ставлення особистості або групи людей до сукупності умов життя, що зумовлюють ступінь задоволеності та реалізації різноманітних потреб людини, зокрема цілеспрямованого розвитку смислотвірною потенціалу до вміння жити в природі, разом з іншими, бути здоровим, ноосферно мислити, творчо працювати.

Базуючись на цих визначеннях, якість життя потрібно розглядати як індивідуальне співвідношення свого становища у житті суспільства в контексті культури та систем цінностей певного суспільства з цілями індивідуума, його планами, можливостями та ступенем загальної невлаштованості. Іншими словами, якість життя – ступінь комфортності людини не тільки внутрішньо, а й у межах суспільства.

Також потрібно зазначити, що якість життя – суб'єктивна оцінка людиною свого самопочуття, на яке впливають зовнішні (навколишнє середовище, політичний устрій, релігійні переконання, рівень благополуччя, рівень медичного обслуговування тощо) та внутрішні фактори (стан здоров'я, тяжкість хронічних захворювань).

Якість життя (life quality), згідно з визначенням ВООЗ (1999), – оптимальний стан і ступінь сприйняття окремими людьми і населенням у цілому того, як задовольняються їх потреби (фізичні, емоційні, соціальні та ін.) і надаються можливості для досягнення благополуччя та самореалізації.

Для дослідження якості життя нами було обрано опитувальник MOS SF-36, що дозволяє визначити рівень ЯЖ за шістьма шкалами [5; 6]. Опитувальник розробили у США J. Ware та C. Sherbourne у межах дослідження Medical Outcome Study в 1992 р. (ліцензія №C1-120505-17386 Quality Metric Incorporated) [9; 10]. Його переклад у 1992 р. здійснено N. Aaronson зі співавт. [6]. Опитувальник MOS SF-36 був унормований для загальної популяції США і репрезентативних вибірок в Австралії, Франції, Італії. 36 пунктів згруповано у вісім шкал. Показники кожної шкали варіюють між 0 і 100 балами, де 100 балів є нормою повного здоров'я. Кількісно оцінюються вісім показників.

1. Фізичне функціонування (ФФ) – відображає ступінь, за якого фізичний стан обмежує виконання фізичного навантаження (самообслуговування, ходьба, підняття сходами тощо).

2. Рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (РФ), – вплив фізичного стану на повсякденну рольову діяльність (робота, виконання щоденних обов'язків).

3. Інтенсивність болю (ІБ) – вплив болю на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу по дому та поза ним.

4. Загальний стан здоров'я (ЗЗ) – оцінка хворим свого стану здоров'я і перспектив лікування у відповідний момент.

5. Життєва активність (ЖА) – базується на сприйнятті себе сповненим сил та енергії чи, навпаки, безсилим.

6. Соціальне функціонування (СФ) – визначається ступенем обмеження соціальної активності (спілкування) фізичним або емоційним станом.

7. Рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (РЕ), – передбачає оцінку ступеня, за якого емоційний стан обмежує виконання роботи або іншої щоденної діяльності (в тому числі значні затрати часу, зменшення обсягу роботи, зниження її якості тощо).

8. Психічне здоров'я (ПЗ) – характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій.

Точність методу не перевищує одного бала. Усі шкали формують два показники: духовне (психічне здоров'я; рольове функціонування, зумовлене емоційним станом;

соціальне функціонування; життєва активність) і фізичне благополуччя (фізичне функціонування; інтенсивність болю; загальний стан здоров'я; рольове функціонування, зумовлене фізичним станом). Результати подаються у вигляді оцінок у балах за вісьма шкалами, складеними так, що більш висока оцінка вказує на вищий рівень ЯЖ. З урахуванням специфіки та особливостей дослідження ЯЖ за допомогою опитувальника MOS SF-36 клінічно значущими розбіжностями є відмінності, що дорівнюють або перевищують 10 балів за період не менше ніж чотири тижні. Для таких запитальників, як MOS SF-36, що мають шкали від 0 до 100 балів, встановлена певна градація відмінностей: зміни 5–10 балів – слабкі, зміни 10–20 балів – помірні, зміни більше ніж 20 балів – дуже великі [5]. Інструмент з дослідження якості життя MOS SF-36 повністю відповідав тим параметрам-вимогам, що висуваються до запитальників.

Це перш за все три основні параметри [5]:

1) надійність – це показник, який відображає, як точно оцінювальна перемінна відображає дійсну вимірювальну величину в балах, тобто це здатність давати точні та постійні вимірювання;

2) валідність, або достовірність, – це здатність опитувальника достовірно визначати ту основну характеристику, на дослідження якої він спрямований, тобто достовірно вимірювати те, що він повинен вимірювати;

3) чутливість – здатність опитувальника давати статистично значущі зміни балів якості життя відповідно до можливих змін у стані респондента [6].

Важливим для дослідження було те, що показники якості життя MOS SF-36 певною мірою відображували той спосіб життя, який вів студент, знаходячись і вдома і на навчанні.

На другому етапі дослідження проводилися педагогічне спостереження, клінічне обстеження та тестування за показниками якості життя 54 студентів віком 19-20 років (46 з них жінки – 77,6%) з вертебральним остеохондрозом першого ступеня за класифікацією Б. Я. Фіщенко [8].

Нами було використано такий вид педагогічного спостереження, як пряме – за типом зв'язку дослідника з об'єктом спостереження (проводиться безпосередньо в ході спостереження). Дані педагогічних спостережень використовувалися для обґрунтування одержаних результатів, аналізу динаміки функціонального стану, а також для корекції функціональних порушень у хворих, залучених до дослідження. У процесі спостережень проводився консультативний огляд хворого, заповнювалася спеціальна анкета-опитувальник, куди не тільки включалися запитання, що стосувалися скарг студента, а й аналізувався спосіб життя респондента. На превеликий жаль, за нашими даними, тільки 5,2% студентів виконували ранкову зарядку і вели здоровий спосіб життя. Це свідчить перш за все про недостатній рівень мотивації та низьку валеологічну грамотність обстежуваних студентів.

Клінічне обстеження студентів із метою визначення морфофункціонального стану хребта проводилося за загальноприйнятими у вертебродіагностиці методиками [1; 4]. Особлива увага приділялася діагностиці больового синдрому, м'язового тонусу паравертебральних м'язів і функціональних блокад хребта. Із загальної кількості обстежуваних вісім пацієнтів висували скарги на періодичні невиражені болі у шийному відділі хребта та оніміння деяких пальців верхньої кінцівки; вісімнадцять пацієнтів скаржилися на періодичні пекучі болі та відчуття дискомфорту в міжлопатковій ділянці; у двадцяти шести пацієнтів превалювали скарги на біль або почуття дискомфорту у попереково-крижовому відділі хребта з іррадіацією болю в нижні кінцівки. Усі пацієнти мали невиражений ступінь вертебрального больового синдрому, помірне підвищення тонусу па-

равертебральних м'язів. При об'єктивному обстеженні практично в усіх випадках клінічні прояви неврологічної симптоматики корелювали з локалізацією функціональних блокад відповідних ХРС. Найчастіше зустрічалися функціональні блокади шийно-грудного переходу хребта (83,3%), рідше – попереково-крижового переходу (57,4%) і ще рідше – грудно-поперекового відділу (33,3%).

Разом із тим сучасний рівень реабілітаційної науки потребує підвищених вимог до якості виконання реабілітаційних методик, об'єктивності визначених змін у процесі відновлювального лікування не тільки за клінічними показниками. Необхідно визначити глобальні зміни в життєдіяльності всього організму пацієнта, і в тому числі різних сторін його життя. Саме на це було спрямоване дослідження показників якості життя студентів. Для визначення показників якості студентів із вертебральною патологією нами було застосовано російськомовну версію загального опитувальника SF-36 [5], розробленого в МЦДЯЖ – Санкт-Петербурзькому Міжнародному центрі дослідження якості життя. На діаграмі (рис. 1) наведено основні дані дослідження.

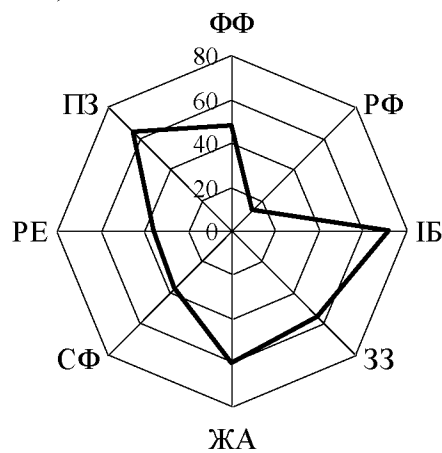


Рис. 1. Показники якості життя обстежуваних студентів (в балах\*):

ФФ – фізичне функціонування; РФ – рольове функціонування, зумовлене фізичним станом; ІБ – інтенсивність болю; ЗЗ – загальний стан здоров'я; ЖА – життєва активність; СФ – соціальне функціонування; РЕ – рольове функціонування, зумовлене емоційним станом; ПЗ – психічне здоров'я.

Як видно з наведеної діаграми, студенти з вертебральною патологією мали найменшу кількість балів за показниками РФ – рольове функціонування, зумовлене фізичним станом (13,21); РЕ – рольове функціонування, зумовлене емоційним станом (35,78); СФ – соціальне функціонування (37,44). Ці показники мають яскраво виражений соціальний відтінок, тобто пов'язані із успіхами студента в процесі навчання, самооцінкою свого місця в майбутній професії та товариському студентському середовищу. Це доводить необхідність проведення у студентської молоді з початковими неврологічними проявами вертебрального остеохондрозу не тільки заходів фізреабілітаційного характеру (лікувальний масаж, лікувальна фізкультура), але і педагогічної та психологічної корекції.

Досить посередніми виявилися показники ФФ – фізичного функціонування (48,3) та ЗЗ – загального стану здоров'я (55,15). Ці показники безпосередньо пов'язані з валеологічною грамотністю студента, рівнем його мотивації до ведення здорового

\* Примітка. Показники кожної шкали варіюють між 0 і 100 балами, де 100 балів є нормою повного здоров'я.

способу життя, організацією у вищому навчальному закладі валеологічного та реабілітаційного супроводу студента з патологією хребта та з якістю викладання предмету фізичного виховання.

Найменші зміни спостерігалися у показниках ІБ – інтенсивності болю (72,08), ЖА – життєвої активності (60,71) та ПЗ – психічного здоров'я (63,19). Це пояснюється перш за все тим, що для дослідження ми брали студентів із больовим синдромом дуже низької інтенсивності або відчуттям дискомфорту в різних відділах хребта. За клінічними даними така картина відповідала першій стадії вертебрального остеохондрозу за Б.Я. Фищенко, тобто мав місце невиражений больовий синдром, певні функціональні зміни, але ніяких органічних змін хребта при різних методах обстеження не простежувалося. Практично це стан хребта на межі норми та патології. Очевидно, що при таких мінімальних проявах вертебральної патології найменшою мірою будуть змінюватися показники ЖА – життєвої активності та ПЗ – психічного здоров'я. Проведене дослідження дало можливість дійти таких висновків.

### **Висновки**

Наявність зниження певних показників якості життя студентів із вертебральною патологією дозволяє припустити, що у формуванні патології хребта значну роль відіграють соціальний фактор, стресові навантаження емоційного характеру, гіподинамія, а також недостатній рівень загального здоров'я.

Дослідження показників якості життя студентів із вертебральною патологією за російськомовною версією загального опитувальника SF-36 вважаємо сучасним критерієм ефективності комплексного застосування елементів педагогічної та психологічної корекції, лікувального масажу, лікувальної фізкультури у студентській молоді із патологією хребта, який сприяє складанню більш повноцінної програми фізичної реабілітації та реабілітаційного і валеологічного супроводу оздоровчого процесу в молодих людей.

Дослідження молоді з вертебральною патологією завжди має враховувати різноманітні зміни життєдіяльності всього організму обстежуваного, включати визначення показників якості його життя. Це сприятиме складанню більш повноцінних реабілітаційних програм та підвищенню ефективності реабілітаційних методик, спрямованих на профілактику та лікування людей із патологією хребта, і матиме широку перспективу розвитку у фізичній реабілітації.

1. Воробей В. В. Остеохондроз позвоночника: этиология, клиника, лечение физическими методами / В. В. Воробей, И. В. Рой // Журнал практичного лікаря. – 2001. – № 6. – С. 39–44.
2. Вайдич Н. В. Педагогічне спостереження / Н. В. Вайдич // Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. – 2011. – № 2. – С. 98–101.
3. Капустин Е. Н. Здоровый образ жизни учащейся молодежи / Е. Н. Капустин. – Л. : Изд-во ЛГУ, 1991. – 69 с.
4. Котелевський В. І. Діагностика рівня здоров'я, психосоматичного стану та якості життя у студентської молоді / В. І. Котелевський, Ю. О. Лянной, О. І. Міхеєнко. – Суми : СумДПУ ім. А.С. Макаренка, 2010. – 117 с.
5. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова ; под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. – 2-е изд. – М. : ЗАО "ОЛМА Медиа Групп", 2007. – 320 с.
6. Романенко Я. М. Якість життя : навч.-метод. посіб. / Я. М. Романенко, Ю. О. Лянной. – Суми : Вид-во СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2011. – 116 с.
7. Попелянский Я. Ю. Ортопедическая неврология (вертеброневрология) : руководство для врачей / Я. Ю. Попелянский. – М. : Медпресс-информ, 2003. – 672 с.
8. Фищенко В. Я. Консервативное лечение остеохондроза позвоночника / В. Я. Фищенко, Г. Ф. Мартыненко. – К. : Здоровье, 1989. – 168 с.
9. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide / J. E. Ware, K. K. Snow, M. Kosinski, B. Gandek. – Boston, 1993. – P. 1–22.

#### References:

1. Sparrow V.V. *Jurnal praktijnogo likarya* [Journal practitioners], 2001, vol. 6, P. 39–44.
2. Vaydych N. V. *Naukoviy visnik maznarodnogo gumanitarnogo Universitetu* [Scientific Bulletin of the International Humanitarian University], 2011, vol. 2, P. 98–101.
3. Kapustin E. N. *Zdoroviy sposib zhittya ujaveysia molodezhi* [Healthy lifestyle learn young people], LA, Yzd.-in LSU, 1991, 69 p.
4. Kotelevsky V. *Diagnostika rivnia dozovja psihosomatijnogo stanu ta jakosty zhittja studentskoj molodi* [Diagnosis of health, psychosomatic condition and quality of life of students], Amounts: SumDPU them. AS Makarenko, 2010, 117 p.
5. Novik A. A. *Rukovodstvo po isleduvaniyu kajestva zhizny v medicine* [Guide to Study Quality of life in medicine], Ions; ed. Acad. RAMS YL Shevchenko, 2nd ed, Moscow, ZAO "Olma Media Group", 2007, 320 p.
6. Romanenko Y. M. *Jakist zhittya: navjalno-metodijniy posibnyk* [Quality of Life: Teach method. Guidances], Sofia, Izd SumDPU them. Makarenko, 2011, 116 p.
7. Popelyansky Y. *Ortopedicheseskaya nevrolohiya (vertebronevrolohiya): rukovodstvo dya vrajey* [Ortopedical neurology (vertebrology): guidance for doctors], Moscow, Medpress-inform, 2003, 672 p.
8. Fyschenko V. Y. *Konservativnoe lejenje osteohondroza pozvonojnika* [Konservativnoe treatment of osteochondrosis spine], Kiev, Health, 1989, 168 p.
9. Ware J. I. *Health Survey Manual and Interpretation Guide*, Boston, 1993, P. 1–22.

*Рецензент:* канд. біол. наук, доц. Султанова І. Д.

УДК 373.5.015.3: 615.825  
ББК 74.200.545.1.

*Світлана Демчук, Ігор Випасняк*

### ОСНОВНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ПОСТАВИ ДІТЕЙ 10-11 РОКІВ ОСНОВНОЇ І СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНИХ ГРУП

*Результати досліджень фахівців галузі, проведених у загальноосвітніх школах, переконливо свідчать, що наші школярі страждають не стільки від розумового перенавантаження, скільки від дефіциту рухової активності, недостатньої уваги до школярів, які за станом зоров'я віднесені до спеціальної медичної групи.*

*Мета дослідження – визначити основні підходи до корекції постави дітей 10-11 років основної і спеціальної медичних груп. Використані наступні методи дослідження: теоретичний аналіз, опитування; соматоскопія, педагогічний експеримент, статистична обробка кількісних показників. Результати соматоскопії засвідчили, що лише в 11,8% дітей 10 років постава відповідає нормі. У 15,85% виявлено різні відхилення постави, в тому числі захворювання хребта (70,95%). Значна кількість дітей (29,7%) мають лише порушення постави, 26,4% сколіоз, а 14,85% характеризуються мульти відхиленнями в поставі, що вимагає різноспрямованого впливу на м'язи тулуба.*

*Теоретично обґрунтована та запроваджена у навчальний процес коригуюча гімнастика ефективно вплинула на корекцію порушень постави дітей основної та спеціальної медичних груп.*

**Ключові слова:** корекція, постава, спеціальна та основна медичні групи, діти.

*Результаты исследований специалистов области, проведенных в общеобразовательных школах, убедительно свидетельствуют о том, что наши школьники страдают не столько от умственной перенагрузки, сколько от дефицита двигательной активности, недостаточного внимания к школьникам, которые по состоянию здоровья отнесены к специальной медицинской группе.*

*Цель исследования – определить основные подходы к коррекции осанки детей 10-11 лет основной и специальной медицинских групп. Использованные следующие методы исследования: теоретический анализ, опрашивание; соматоскопия, педагогический эксперимент, статистическая обработка количественных показателей. Результаты соматоскопии удостоверили, что лишь в 11,8% детей 10 лет осанка отвечает норме. В 15,85% выявлены разные отклонения осанки, в том числе заболевания позвоночника (70,95%). Значительное количество детей (29,7%) имеют лишь нарушение осанки, 26,4% сколиоз, а 14,85% характеризуются мульти отклонениями в осанке, которая требует разнонаправленного влияния на мышцы туловища.*

*Теоретически обоснованная и внедренная в учебный процесс корригирующая гимнастика эффективно повлияла на коррекцию нарушений осанки детей основной и специальной медицинских групп.*

**Ключевые слова:** коррекция, осанка, специальная медицинская группа, дети.