

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ФІЗИЧНОГО
ВИХОВАННЯ І СПОРТУ УКРАЇНИ
КАФЕДРА КІНЕЗІОЛОГІЇ ТА ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЇ
РЕАБІЛІТАЦІЇ
КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
на здобуття освітнього ступеня магістра
за спеціальністю 017 Фізична культура і спорт
освітньою програмою «Фізкультурно-спортивна реабілітація»
на тему: «СКРИНІНГ СТАНУ ПОСТАВИ ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО ВІКУ У
ПРОЦЕСІ ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ»

здобувача вищої освіти
другого (магістерського) рівня
Просветіної Марини Юрїївни

Науковий керівник: Кашуба В.О.
завідувач кафедри кінезіології та
фізкультурно-спортивної реабілітації
д. фіз.вих., професор

Рецензент:
доцент кафедри кіберспорту та інформаційних технологій
кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент Усиченко В.В.

Рекомендовано до захисту на засіданні кафедри (протокол № ... від
.....2024 р.)

Завідувач кафедри: Кашуба В.О.
доктор наук з фізичного виховання та спорту, професор

(підпис)

Київ – 2024

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1 СКРИНІНГ СТАНУ ПОСТАВИ ЛЮДИНИ У ПРОЦЕСІ ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЯК НАУКОВА ПРОБЛЕМА.....	7
1.1 Порушення стану постави людини, як проблема сучасності.....	7
1.2.Характеристика порушення постави осіб зрілого віку.....	16
1.3. Аналіз сучасних підходів щодо скринінгу стану.....	30
постави людей зрілого віку у процесі фізкультурно –спортивної реабілітації	
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕНЬ	40
2.1.Методи досліджень	40
2.1.1.Аналіз спеціальної науково-методичної літератури	41
2.1.2.Соціологічні методи дослідження(google-анкета)	43
2.1.3 Методи математичної статистики.....	44
2.2 Організація дослідження	45
РОЗДІЛ 3. СУБ'ЄКТИВНА ОЦІНКА СТАНУ ПОСТАВИ ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО ВІКУ.....	47
3.1. Аналіз даних соціологічного дослідження google анкета і смарт цілі ..	47
3.2 Зміст та структура авторської технології.....	48
РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	79
Аналіз питань і відповідей по Діаграмам.....	79
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	89
ВИСНОВКИ.....	91
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	93
ДОДАТКИ.....	107

ВСТУП

Актуальність дослідження. Науковим співтовариством за останній час накопичено значний досвід із питань оцінки постави, профілактики та корекції функціональних порушень стану опорно-рухового апарату людей зрілого віку у процесі фізкультурно-спортивної реабілітації.

В теперішній час застосовується багато різних методик та технологій визначення порушень постави. Особливої уваги заслуговують такі дослідження сучасних вітчизняних науковців :

- В. О. Кашуба розробив технологію виміру й біогеометричного аналізу постави людини, до якої входить фотограмметрування сагітального та фронтального профілів тіла людини відносно соматичної системи відліку, визначення кутових і лінійних характеристик постави щодо сагітальної площини. Автоматична обробка цифрових знімків здійснюється за допомогою програми «Torso» (2003); (13)

- К. М. Сергієнко (2004) розробив програмне забезпечення «Big Foot», що дає змогу отримати морфофункціональні характеристики опорно-ресорної функції стопи; (13)

- І. В. Хмельницька (2006) розробила технологію комп'ютерного моніторингу моторики людини, до якої входить пакет прикладних програм (ППП) «БіоВідео» , що дає змогу отримувати біомеханічні характеристики і окремих біоланок, і всього тіла людини в кожному кадрі та в окремих фазах рухової дії. Вихідними даними для цієї програми є файли одноплосинної відеозйомки рухової дії людини; (33)

- Кашуба ВО, Носової НЛ, Коломієць ТВ (2019), розроблена карта скринінг-контролю біогеометричного профілю постави дітей дошкільного віку в процесі фізичної реабілітації. (23)

Сучасні підходи щодо скринінгу стану постави людей зрілого віку у процесі фізкультурно-спортивної реабілітації мають певну складність для

визначення порушень, або потребують певного технологічного обладнання. Ці аспекти обтяжують, а також затягують реабілітаційний процес, що в свою чергу демотивує всіх учасників процесу.

Також важливо відмітити, що постава це мультифакторний процес. На поставу впливають багато чинників, як внутрішніх так і зовнішніх. І на деякі з них можна вплинути тим, що спеціаліст може допомогти скорегувати спосіб життя, звички, тощо. Саме тому, мною запропонована анкета, яка допоможе виявити ці чинники. На основі результатів анкети рекомендується скласти цілі по системі SMART-цілі, для успішного досягнення як корекції способу життя, так і самого реабілітаційного процесу, і тим самим покращити рівень здоров'я, запобігти розвитку певних захворювань і навіть відтермінувати процеси старіння.

Вищенаведене підкреслює перспективність, актуальність і необхідність наукових досліджень з розробки скринінгу стану постави осіб зрілого віку.

Метою дослідження є розробка скринінг технології оцінки стану постави людей зрілого віку.

Завдання дослідження:

1. За даними аналіз літературних джерел визначити особливості застосування сучасних методів скринінгу щодо оцінки стану постави сучасної людини.

2. Провести суб'єктивну оцінку стану постави людей зрілого віку.

3. Розробка скринінг технології оцінки стану постави людей зрілого віку

Об'єктом дослідження є стан постави осіб зрілого віку під впливом фізкультурно-спортивної реабілітації.

Предметом дослідження є скринінг технології оцінки стану постави людей зрілого віку.

Методи дослідження:

1. Аналіз науково-методичної літератури: Здійснено огляд та критичний аналіз наукових робіт, методичних посібників та статей, що стосуються проблеми порушення постави та фізкультурно-спортивної реабілітації осіб зрілого віку.
2. Методи математичної статистики: Застосування методів статистичного аналізу для обробки та інтерпретації отриманих даних, визначення статистично значущих змін у стані постави під впливом фізкультурно-спортивної реабілітації.
3. Системний аналіз та синтез: Використання системного підходу для аналізу взаємозв'язків між різними аспектами фізкультурно-спортивної реабілітації та їх впливу на стан постави осіб зрілого віку.

Наукова новизна. Наукова новизна роботи полягає у внесенні важливого внеску в сучасне розуміння проблеми порушення постави та фізкультурно-спортивної реабілітації осіб зрілого віку. Створено інноваційну скринінгову технологію, яка враховує специфіку осіб зрілого віку та їхніх потреб у фізкультурно-спортивній реабілітації. Застосовано комплексний підхід, який включає в себе соціологічні, математично-статистичні методи та експертний аналіз для повнішого розуміння проблеми та розробки ефективних рекомендацій. Здійснено інтеграцію знань з області медицини, фізіотерапії, соціології та спортивних наук для комплексного розгляду проблеми та розробки цільової технології. Основний акцент роботи робиться на попередженні та корекції порушень постави, що є важливим напрямком у забезпеченні фізичного здоров'я та якості життя осіб зрілого віку. Використання сучасних методів антропометрії, візуального аналізу, соціологічних досліджень та обробки даних математичною статистикою для отримання точних та надійних результатів. Розроблено авторську технологію, яка враховує усі аспекти дослідження та надає конкретні рекомендації для покращення стану постави у процесі фізкультурно-спортивної реабілітації. Ця робота вносить вагомий внесок у розширення наукового розуміння та розв'язання актуальної проблеми підтримки

фізичного здоров'я та якості життя осіб зрілого віку через ефективні методи фізкультурно-спортивної реабілітації.

Практична значущість. Розроблена скринінгова технологія може бути невід'ємною частиною фізкультурно-спортивної реабілітації для ефективного виявлення та відстеження порушень постави у осіб зрілого віку. Розроблена технологія дозволяє підвищити ефективність фізкультурно-спортивної реабілітації для цільової групи, забезпечуючи індивідуальний та зорієнтований на результат підхід. Результати дослідження та розроблена технологія можуть допомогти у покращенні стану постави, попередженні порушень та підтриманні оптимальної функціональної активності, сприяючи поліпшенню якості життя осіб зрілого віку. Розроблена технологія може стати ефективним інструментом для підтримки здоров'я та сприяти активному старінню, сприяючи збереженню фізичної активності та незалежності у пізньому віці. Отримані результати та розроблені методи можуть бути включені до навчальних програм для студентів та фахівців у галузі фізіотерапії, спортивної медицини та реабілітації. Розроблені рекомендації та технологія мають потенціал вдосконалити програми громадського здоров'я, спрямовані на збереження та покращення фізичного здоров'я серед популяції зрілого віку. Отже, дана робота внесе позитивний внесок у розвиток сфери фізіотерапії та реабілітації, покращить якість медичних послуг для осіб зрілого віку та сприятиме сталому підтриманню їхнього фізичного та соціального благополуччя.

Структура магістерської роботи складається зі вступу, 4 розділи та практичні рекомендації, висновки, список використаної літератури, 4 додатки, всього 171 сторінок.

РОЗДІЛ 1

СКРИНІНГ СТАНУ ПОСТАВИ ЛЮДИНИ У ПРОЦЕСІ ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЯК НАУКОВА ПРОБЛЕМА

1.1 Порухення стану постави людини, як проблема сучасності.

Проблема порушень постави у сучасному світі є однією зі складних і досить поширених проблем. Функціональні порушення постави є одним з найпоширеніших відхилень в скелетно-м'язовій системі серед дітей, підлітків та молоді. В першу чергу, це пов'язано зі зниженням рівня рухової активності і змінами способу життя сучасної людини, зумовленими науково-технічним прогресом. Порушення постави негативно позначаються на функціях внутрішніх органів, серцево-судинної, дихальної та травної систем, чинять негативний вплив на рівні фізичної і розумової працездатності людини. За даними різних авторів, до 60% випадків порушення постави призводять до формування стійких деформацій опорно-рухового апарату.

Одним із комплексних показників статусу ОРА людини є правильна постава. Наукове співтовариство вважає, що правильна постава сприяє раціональному використанню біомеханічних властивостей ОРА і нормальній роботі системи життєзабезпечення людини, що має велике значення для життя людини.

У Словнику медичної термінології є таке визначення: «Постава – це положення, в якому людина стоїть зручно, без надмірної напруги м'язів, у положенні, в якому людина стоїть зазвичай».

У педагогічній літературі поняття «постава» в основному визначається як природний уклад людини, зумовлений генетичними та соціальними факторами.

За визначенням І. Д. Ловейко, поза дитини — це динамічний стереотип, тобто комплекс добре розвинених і взаємообмежувальних умовних і безумовних рухових рефлексів.

За В. М. Мухіним, ця поза є звичайним положенням, у якому людина

стоїть невимушено, без надмірної напруги м'язів: корпус і голова тримаються вертикально, хребет утворює плавну хвилясту лінію, обриси грудної клітки виступають вперед, живіт витягнутий. злегка підтягнуті всередину, ноги в стегнах і колінах розтягнуті.

А.Д. Рубцова зазначала, що за відсутності патологічних змін опорно-рухового апарату та нервової системи правильна постава тотожна умовним руховим рефлексам, які набувають особи зрілого віку в процесі розвитку, наприклад умовному рефлексу їсти виделкою чи ложкою.

З фізіологічної точки зору постава – це динамічний стереотип руху, який закладається в дитинстві і продовжує розвиватися протягом усього життя людини. Розглядаючи питання про регулятивне підтримання постави, необхідно враховувати, що призначення вісцеральних рефлексів полягає в регуляції і підтримці відповідно до них сталості фізіологічних і кінематичних параметрів тіла в контексті постави. Тому схему рефлексу розтягування м'язів за О. В. Марандикиною, Ю. А. Матвєєвою необхідно доповнити структурною схемою системи керування підтримкою та контролем пози людини, найважливішою ознакою якої є наявність зворотного зв'язку, що дозволяє фізіологічна система для корекції контрольованих змінних. Будь-які відхилення від необхідного значення.

З біомеханічної точки зору, правильна постава є результатом пропорції між усіма діючими силами, коли фізіологічні вигини хребта чіткі і мають рівномірний хвилеподібний вигляд, це головне, оскільки, згідно із законами механіки, вони надають хребту більшу стабільність і стійкість, підвищуючи його еластичні властивості сприяє здатності підтримувати баланс тіла.

Протягом століть спосіб життя людей дуже сильно змінився. Спочатку на робочих місцях спостерігалися різні умови праці, але сьогодні більшість людей застрягли в кабінетах та офісах. Пов'язані з роботою захворювання опорно-рухового апарату (ОРА) часто пов'язані з ергономічними факторами ризику, такими як контактний стрес і незручна поза (зміна нормальної робочої

пози). Захворювання опорно-рухового апарату вражають шию, плечі та нижню частину спини (НС) і суттєво впливають на самопочуття людини та її ефективність на роботі. В індустріально розвинутих країнах, частка людей які ведуть сидячий спосіб життя становить 70-80% в рік, що свідчить про необхідність проведення профілактичних і лікувальних втручань.

Скарги на біль у верхній частині тіла стали більш поширеними серед цих працівників. Біль у шиї є досить поширеним явищем і може бути викликаний фізичним навантаженням серед офісних працівників, ніж серед представників інших професій. Щорічна частота виникнення больових синдромів у офісних працівників коливається від 42% до 63%, при цьому офісні працівники мають найвищу частоту проблем з шиєю (від 17% до 21%) серед усіх інших професій. Протягом 1 року спостереження від 34% до 49% працівників повідомляють про новий початок захворювання.

Розриви ротаторної манжети, включаючи розриви повної та часткової товщини, зростають у віці понад 40 років і часто протікають безсимптомно, тому може бути доцільно розглядати їх як дегенеративні розриви ротаторної манжети у офісних працівників.

Постава - це сукупність взаємодій м'язово-скелетної системи з аферентними та еферентними шляхами центральної нервової системи, основна роль якої полягає в тому, щоб підтримувати тіло в стані м'язово-скелетної рівноваги, захищаючи опорні структури тіла від травм або прогресуючої деформації.

Термін "постава" означає положення тіла в просторі. Вона вказує на положення тіла в просторі і має на меті підтримувати тіло в рівновазі під час динамічних рухів і статички.

На поставу впливають багато факторів, включаючи нейрофізіологічні, біомеханічні та психоемоційні фактори, пов'язані з еволюцією виду.

Ще можемо визначити поставу як будь-яке положення, яке визначає підтримку рівноваги з максимальною стабільністю, мінімальним споживанням

енергії та мінімальним напруженням анатомічних структур

Ключові концепції постави можна узагальнити наступним чином:

- Концепція просторовості: положення, яке займає тіло в трьох напрямках простору, і просторове співвідношення між різними сегментами скелета;

- Поняття антигравітації: гравітація є основною зовнішньою силою для регулювання постави, а постуральний баланс є реакцією на гравітацію;

- Концепція балансу: взаємозв'язок між суб'єктом і навколишнім середовищем.

Суб'єкт приймає найбільш відповідну позу по відношенню до навколишнього середовища і цілей руху, в статичних і динамічних умовах. Таким чином, кінцевою метою пози є підтримка рівноваги в статичних і динамічних умовах.

Баланс відбувається завдяки взаємодії між різними основними та вторинними анатомічними структурами. Основними структурами є вестибулярні органи, мозочок, кора головного мозку та ретикулярна формація, а вторинними - екстерорецептори (тактильні та тиску), розташовані під стопою, зорові рецептори та пропріоцептори, розташовані в сухожиллях, суглобових капсулах та м'язах.

Баланс може бути:

- Статичним: здатність тіла зберігати статичне положення. При такому балансі хребетний стовп витягнутий вгору від основи крижів, у серединно-сагітальній площині, з трьома фізіологічними вигинами, які утворюються вздовж лінії центру тяжіння.

- Динамічність: здатність тіла підтримувати стабільний стан під час різних видів щоденної діяльності.

Як у статичній, так і в динамічній рівновазі центр ваги підтримується відповідно до анатомічних структур, але з мінімальними витратами енергії, розподіляючи вагу тіла по всій скелетній системі. Крім того, м'язова система використовує антагоністичні ізометричні скорочення, які визначають

постуральний тонус, що відповідає за підтримку пози

Постава можлива завдяки взаємодії між м'язовою системою та скелетною системою. З функціональної точки зору постава може бути:

- Функціональною: характеризується відсутністю болю, нормальним м'язовим тонусом, відсутністю м'язового напруження, збалансованістю кінетичних ланцюгів і збереженням гармонійного співвідношення сегментів скелета в трьох просторових площинах.

- Нефункціональною: характеризується болем, м'язовою дистонією, патологічним м'язовим напруженням, дисбалансом кінетичних ланцюгів і втратою гармонії сегментів скелета в трьох просторових площинах.

Контроль пози - це ізометрична і моторна поведінка, яка представляє собою стабільну вихідну точку виконання рухів. Ефективність системи контролю пози залежить від наявності та достовірності інформації від вестибулярної та соматосенсорної системи. Коли будь-який з цих компонентів змінюється патологічним чином, тіло коливань, як правило, збільшується, а активність постуральних м'язів підвищується з метою збереження постурального балансу.

Ця система більш відома як Тонічна Постауральна Система і є "кібернетичною системою", що складається з аферентної системи (сенсорні шляхи), яка передає інформацію до центрального комп'ютера (центральної нервової системи - ЦНС), який (м'язова система), в кінцевому рахунку, відповідає за контроль над позою завдяки еферентно-ефекторному шляху.

Соматосенсорний вхід генерується органами чуття, розташованими на різних рівнях:

- М'язові: інформація надходить від м'язів (чутливих до зміни довжини м'язових пучків) та сухожильних органів Гольджі (чутливих до зміни напруги м'язів).

Постуральні коливання викликають легке напруження м'язів і подальшу активацію та реакцію м'язових веретен. Пропріоцептивна інформація від м'язів є

особливо точною та розрізнявальною.

- Зорово-окоруховий: сітківка (парацентральна і периферична), передає інформацію, що стосується руху поля зору і визначає орієнтацію голови відповідно до сприйнятого зору;

- Вестибулярний: у контроль пози задіяна не вся вестибулярна система. Напівкругні канали фактично не беруть участі в контролі постави, оскільки поріг їх сприйняття занадто тонкий, щоб їх можна було контролювати за допомогою стабілометрії. Справжніми вестибулярними рецепторами є отоліти, які передають інформацію про прискорення та відхилення голови і відіграють певну роль у контролі постуральних коливань.

- Шкірний: виявляє згинання стопи, пов'язані з опорною поверхнею, за допомогою шкірних рецепторів, локалізованих переважно на рівні стопи.

Із останніх досліджень помічено достатній вплив пандемії COVID-19 на поставу, тому кількість людей з порушеннями різко зросла за останні 3 роки.

Також проводилися дослідження по темі неправильних постуральних звичках людей, їх вплив на постуральну систему і розробка методів навчання, які ми маємо включати в реабілітаційний процес.

До внутрішніх чинників, що визначають поставу людини, відносять:

- будову скелета, опорні, ресорні та еластичні властивості кістяка, а також взаємодію його біокінематичних ланцюгів;

- біомеханічні властивості м'язів, що беруть участь у формуванні ортоградної пози

- рефлекторні механізми підтримки пози і загальну її регуляцію вищими відділами ЦНС;

- стан аналізаторів (зокрема, зорового і слухового);

- психоемоційний стан, особистісні установки, етичні начала поведінки.

Останнім часом, в дослідження постави рекомендують додавати обстеження зубощелепної системи. Було доведено, що різні елементи зубощелепної системи також беруть участь у регуляції ортостатичної постави.

Необхідно розглянути такі взаємозв'язки:

1. Біомеханічні, анатомо-фізіологічні зв'язки черепа та постури
2. Міофасціальні зв'язки жувального та постурального апарата
3. Нейрофізіологічні взаємозв'язки зубо-щелепного апарату та шийного відділу хребта
4. Постуральні прояви дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу.

Стоматогнатична система складається з верхньощелепної та нижньощелепної кісток, які беруть активну участь у підтримці правильного положення черепа за допомогою згиначів і розгиначів шийі, м'язів над і під під'язиковою кісткою, жувальних м'язів і плечового пояса.

Максило-мандибулярний комплекс є невід'ємною ланкою моторної системи міофасціального каркасу організму, особливо з тісним зв'язком моторного комплексу голови та шийі. Тому внаслідок різноманітності симптоматики при дСНЦС більшість пацієнтів неодноразово, безуспішно лікуються у неврологів, фізіотерапевтів, ларингологів, а результати не приносять довготривалої стабільності. Одним з критеріїв роботи організму, як цілісної системи, є прояв компенсації. Тому, патологічні зміни в певній ділянці постури призводять до компенсаторних реакцій, шляхом зміни тону м'язової системи в різних відділах хребта та на різних рівнях .

Міофасціальні зв'язки жувального та постурального апарата: м'язева система невід'ємно пов'язана з фасціальною. Маючи властивості «живої тканини» фасція безперервно охоплює сіткою всі системи організму. Автономність цієї тканини полягає в компенсаторних механізмах саморегуляції та поєднаності. Передача інформації на відстань та зміна цитокселегу визначає адаптивні властивості фасціальної тканини. При цьому явище поєднаності і безперервності клінічно проявляється у явищах синергізму, антагонізму. При передачі патологічного біомеханічного навантаження фасціальна тканина змінює свої властивості. Зі збільшенням виділення цитокінів відбувається запуск запального процесу. Надмірна активація нервових рецепторів клінічно

проявляється в явищах відбитого характеру болю в суміжні ділянки. Передача явищем механотрасдукції інформації на віддалені анатомопографічні ділянки призводить до перенапруження м'язевих волокон через екстра- та інтрамускулярну сполучну тканину. (Вовк В.В. «Краніо-цервіко-мандибулярна дисфункція: клінічний перебіг та особливості лікування», Київ, 2021)

Постуральні прояви дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба. Одним з критеріїв роботи організму, як цілісної системи, є прояв компенсації. У пацієнтів з больовою формою дисфункції скронево-нижньощелепного суглобу відмічаються, окрім болю в зубо-щелепній ділянці головний біль/мігрень, біль в шийному відділі хребта та в поперековому відділі. Це пояснюється тісними морфофункціональними та біомеханічними зв'язками між двома відділами, а результатом є повний дисбаланс всього організму. Лікування спеціалістами різних галузів – неврологами, ортопедами, фізіотерапевтами не дає очікуваного результату або має короткочасний вплив. Комплекс симптомів з клінічними мультипроявами складає важкість у проведенні диференційної діагностики та є дискусійним питанням в науковому світі.

Стан стопи важливий для постави. Аферентний вхід від підошви впливає на стійкість постави. Шкірні рефлекси стопи важливі для постави та ходи. Тільки аферентні рецептори нижніх кінцівок надають достатньо інформації для підтримання вертикального положення і є критично важливими для сприйняття постуральних коливань. Зміна зворотного зв'язку від пропріоцептивних рецепторів змінює ходу і характер активації м'язів. Положення і поза стопи та гомілковостопного суглоба також можуть відігравати важливу роль у пропріоцептивному впливі.

Стан підошви відіграє вирішальну роль у якості повсякденної діяльності, такої як стояння, ходьба та біг . Будь-яка зміна структури підошви, включаючи збільшення або зменшення її склепіння, є одним із факторів, що піддають стопу надмірному навантаженню, викликаному фізичними навантаженнями; передбачається, що дефекти якості координації, гнучкості та опору склепіння

стопи і зміна кінетики стопи порушують функцію стопи і роблять людей схильними до порушень рівноваги . Майже 80% людей тією чи іншою мірою мають проблеми зі стопою, але найпоширенішим із цих порушень у будь-якому віці є деформація плоскостопості. За даними попередніх досліджень, поширеність плоскостопості в загальній популяції становить близько 25% . Ця аномалія більш характерна для жінок [таранна грань п'яtkової кістки у жінок орієнтована більш медіально по відношенню до тіла п'яtkової кістки, ніж у чоловіків , людей з вищим індексом маси тіла (ІМТ) та людей з більшим розміром стопи . Виникнення плоскої стопи в немовлят і ранньому дитинстві є нормальним явищем, а склепіння розвивається з віком .

Гнучка підшва при плоскостопості може спричинити втрату рівноваги та відчуття положення суглобів, тому, згідно з цим попереднім дослідженням, спеціалісти під час реабілітації повинні знати і враховувати цей можливий дефіцит при веденні таких пацієнтів.

Також, сучасному світі, вплив екології на ОРА має як прямий вплив , так і опосередкований через низьку якість продуктів харчування. Сполучна тканина все частіше має ознаки диспластичності. Через порушення гормональної системи відмічається погіршення стану кістково- мязевої системи. Часті стреси спонукають людей до зловживання алкогolem на курінням. Ці всі негативні фактори середовища в певній мірі погіршують стан постави.

Отже, порушення постави це мультифакторний процес. На поставу впливають багато чинників, як внутрішніх так і зовнішніх. Кожен з них має своє значення. Якщо на людину впливає одразу декілька факторів, то скоріше за все в неї будуть порушення постави , а з часом певні захворювання. На деякі з них важко вплинути, наприклад на вплив екології і стресу. Але ми точно можемо покращити поставу засобами фізкультурно- спортивної реабілітації.

1.2. Характеристика порушення постави осіб зрілого віку

Організм людини – надзвичайно складний, збалансований механізм, наділений дивними можливостями і вимагає дуже обережного і розумного підходу до себе. Важливою складовою частиною цього механізму є опорно-руховий апарат.

Тіло людини формується в процесі онтогенезу таким чином, що вся його маса в подовжньому напрямі розташовується паралельно вектору гравітації, а основні маси біологів сконцентровані на відносно невеликих відстанях від неї. Симетричність біомеханічної конструкції рухової системи виявляється завдяки тому, що саме такий розподіл мас в просторі дозволяє людині ефективніше управляти гравітаційними взаємодіями при переміщеннях свого тіла. Найважливішим поняттям, пов'язаним з орієнтацією тіла людини в просторі і зі всією сукупністю рухових дій, є постава. Струнками не народжуються, струнками стають, тому формування правильного біогеометричного профілю постави людини належить до найбільш актуальних педагогічних проблем фізичного виховання, при цьому просторове розташування біокінематичних ланцюгів опорно-рухового апарату людини розглядається не лише як один з чинників, що характеризують закономірності локалізації основних біокінематичних пар тіла відносно соматичної системи відліку, але і як один з важливих показників стану їх здоров'я. Постава є предметом вивчення різних наук. В літературних джерелах вона характеризується з біомеханічної та інших точок зору. Всі ці підходи до розуміння суті постави змістовні і істотні. В основному, автори зв'язують поставу із здоров'ям і працездатністю організму, виділяючи при цьому її біологічний початок, визначаючи її соціальні, естетичні, гігієнічні аспекти і їх значення. Тісний зв'язок між станом опорно-рухового апарату і станом здоров'я доведений багатьма дослідженнями, де наголошується, що відсутність відхилень у стані опорно-рухового апарату є

неодмінною умовою нормального функціонування органів і систем, розвитку всього організму в цілому, підвищення працездатності людини і зміцнення його здоров'я.

Дослідження останніх років свідчать про те, що багато захворювань є результатом складної інтеграції пато- і саногенетичних реакцій організму, адаптивної перебудови діяльності його різних функціональних систем, формування багаторівневих компенсаторних процесів. Проте у деяких випадках адаптація організму до дії несприятливого чинника може бути причиною формування таких реакцій, комплекс яких відбивається у вигляді самостійного захворювання. Повною мірою ця проблема характерна для патології хребетного стовпа, що проявляється у вигляді сколіозу, і надана патологія в сучасному уявленні – це не симптом деякого захворювання, а поліетіологічна хвороба, що характеризується визначеним симптомокомплексом. Проте аналіз літератури свідчить, що численна кількість досліджень, які стосуються сколіозу, не вирішує всіх проблем, пов'язаних з етіологією, класифікацією, діагностикою, лікуванням даного захворювання. Поряд із поширеними методами профілактики і консервативної корекції статичних деформацій хребта, які рекомендовані останнім часом, існує потреба в методології застосування сучасного спортивного та реабілітаційного обладнання.

Існують різні види порушень постави, котрі можна розділити на дві групи:

1. Порушення у сагітальній осі
2. Порушення у фронтальній осі

Виділяють чотири основні типи неструктурних порушень положення тіла в сагітальній площині:

1. лордотична постава
2. кіфотична постава
3. постава з «розгойдуванням спини», нахил таза назад
4. постава з плоскою спиною

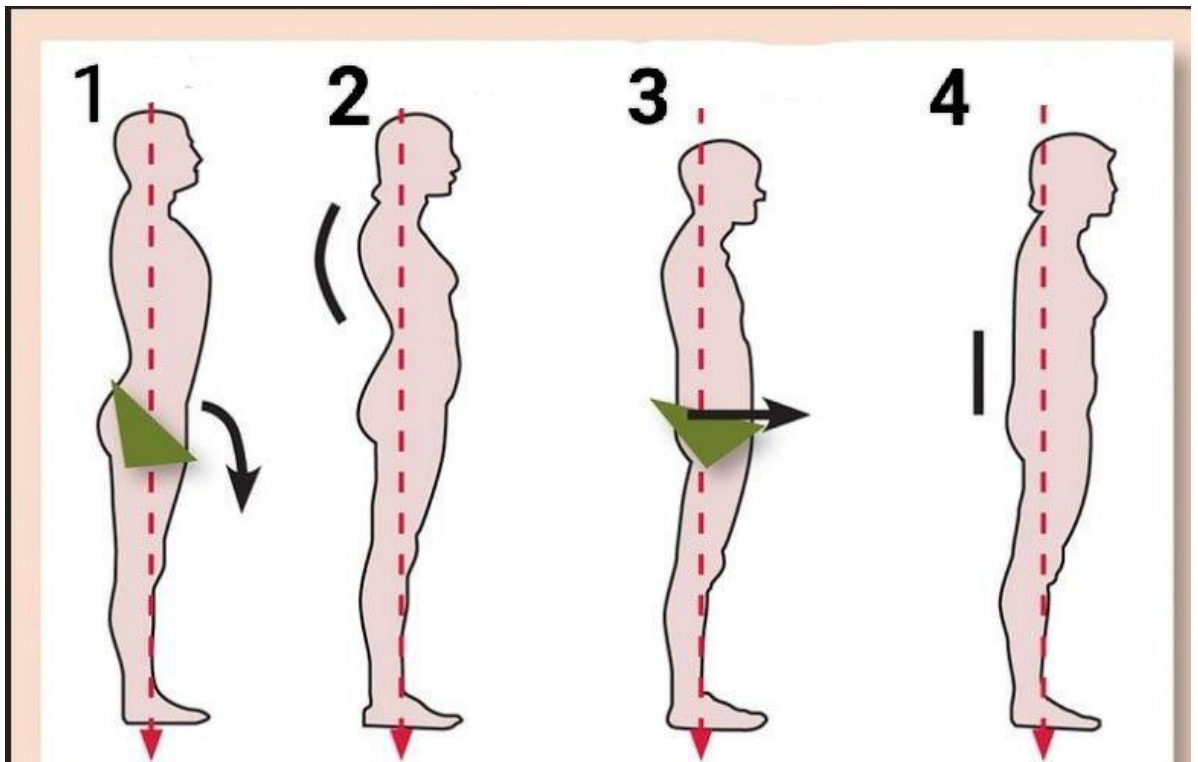


Рис.1.1. Типи неструктурних порушень положення тіла в сагітальній площині

Кожна з них може порушувати фізіологічне навантаження на опорно-руховий апарат певним чином, що може призвести до функціонального розладу

Тож, розберемо кожен окремо.

1.Лордотична постава

Лордоз відноситься до нормального вигину хребта всередину. Коли цей вигин перебільшений, його зазвичай називають гіперлордозом.

Лордотична постава [див. зображення , постава під номером 1] являє собою неправильну поставу, яка відрізняється від правильної наступними ознаками:

- Збільшення поперекового лордозу
- Збільшенням антеверсії тазу (переднього нахилу).

Збільшений передній нахил тазу

- призводить до збільшення згинання тазостегнових суглобів.
- Коліна можуть перебувати в стані гіперекстензії,
- і через таке положення колін виникає підошовне згинання стоп.

Нормальний поперековий лордоз характеризується середнім попереково-крижовим кутом від 39° до 53° ,

Збільшення лордотичного кута пропорційно збільшує зсувну деформацію або напругу в передньому напрямку і зміщує центр ваги вперед. Дехто вважає, що це збільшення кута і навантаження пов'язане з порушенням постави і болем у спині. З біомеханічної точки зору, акцентований поперековий лордоз пов'язаний з підвищеною поширеністю болю в нижній частині спини. Однак деякі дослідження дійшли висновку, що біль у попереку не пов'язаний безпосередньо з поперековим гіперлордозом. Існують фактори, які сприяють збільшенню поперекового лордозу. Ці етіологічні фактори, такі як слабкість тулуба, короткі м'язи спини, слабкі стегна, підколінні сухожилля тощо, в свою чергу, можуть викликати біль у попереку.

Важливо зазначити, що не тільки поперековий гіперлордоз є причиною болю в попереку. Таким чином, не можна стверджувати, що існує зв'язок між БНЧС і розміром поперекового лордозу. З іншого боку, цілком ймовірно, що слабкість м'язів тулуба може впливати на форму поперекового лордозу і може бути причиною БНЧС.

Багатороздільні, поперечні м'язи живота та внутрішні м'язи тулуба діють із запізненням у пацієнтів з гіперлордозом. Існує кореляція між слабкістю м'язів тулуба та збільшеним лордотичним кутом, що може бути причиною болю в попереку. Слабкість будь-якого з м'язів попереково-тазового поясу може супроводжувати повороти тазу та відхилення дуги спини, порушуючи м'язовий баланс у цій ділянці, і, таким чином, людина може бути схильною до порушень опорно-рухового апарату.

Існують різні фактори, що впливають на поперековий лордоз. Деякі дослідження показують, що на діапазон поперекового лордозу впливають вік, стать, переміщення центру мас, такі як вагітність і ожиріння.

Можливі причини гіперлордозу:

1. Вроджені деформації хребта

2. Внутрішній нахил стегна

3. Короткі м'язи спини

Дисбаланс між м'язами, що оточують тазові кістки, тобто напружені згиначі стегна, слабкі м'язи кора, слабкі сідничні м'язи. Цей м'язовий дисбаланс (синдром перехрещених м'язів) (Lower Crossed Syndrome) призводить до того, що постуральні м'язи скорочуються у відповідь на стрес, а вони, в свою чергу, пригнічують своїх антагоністів.

Люди з болем у попереку мають знижену поперекову ROM і пропріоцепцію. Їхні стабілізуючі м'язи діють повільніше, ніж у людей без БНЧС. У нормі стабілізуючі м'язи активуються перед початком руху, але у людей з болем у попереку це скорочення затримується.

Диференціальна діагностика.

Дуже важливо провести правильну оцінку постави і не плутати її, наприклад, з поставою, коли спина розгойдується, оскільки лікування залежить від визначення правильної постави. При похилій спині таз нахилений назад, на відміну від лордотичного поперекового відділу хребта, коли він нахилений вперед.

Спондилолітез є серйозним захворюванням, яке слід виключити, як і більш серйозні захворювання, провівши повне обстеження поперекового відділу хребта.

2. Грудний гіперкіфоз описується як надмірне передньо-заднє викривлення грудного відділу хребта, що перевищує 40° .

Кут збільшується з віком, немає єдиних загальноприйнятих порогових значень для визначення гіперкіфозу або "нормальних" змін грудного відділу хребта, пов'язаних зі старінням.

Частіше зустрічається у жінок, ніж у чоловіків.

Нормальний кут кіфозу варіюється між 20° до 40° у молодих людей від 48° до 50° у жінок і близько 44° у чоловіків у старших людей.

Категорії включають:

1. Хвороба Шейермана: Юнацька форма гіперкіфозу. Дефект ростової пластинки тіла хребця на кортикальному рівні, що призводить до ослаблення тіла хребця і викликає його заклинювання. Зупиняється в кінці росту (ростовий хрящ більше не активний).

2. Постуральний кіфоз: Найпоширеніша форма, без видимих деформацій хребців. Результат неправильної постави, ослаблених м'язів і зв'язок хребта.

3. Вроджений кіфоз: Дефект кісток, виявлений при народженні. Кут кіфозу буде збільшуватися, якщо його вчасно не лікувати.

4. Віковий гіперкіфоз: Кут кіфозу збільшується з віком, що призводить до вікового гіперкіфозу. Незважаючи на те, що збільшення кіфозу є одним з типових результатів остеопорозу, до 70% пацієнтів з віковим гіперкіфозом не страждають від зниження мінеральної щільності кісткової тканини. Точна поширеність пацієнтів з неостеопоротичним гіперкіфозом невідома, проте, за оцінками, від 10% до 45% людей у віці старше 50 років мають правильний діагноз. За гендерною ознакою, грудний гіперкіфоз збільшується до 50% у чоловіків і 65% у жінок у віці старше 65 років.

Клінічно значуща анатомія. Грудний відділ хребта має природний кіфоз. Таке викривлення грудної клітки є результатом незначного заклинювання хребців.

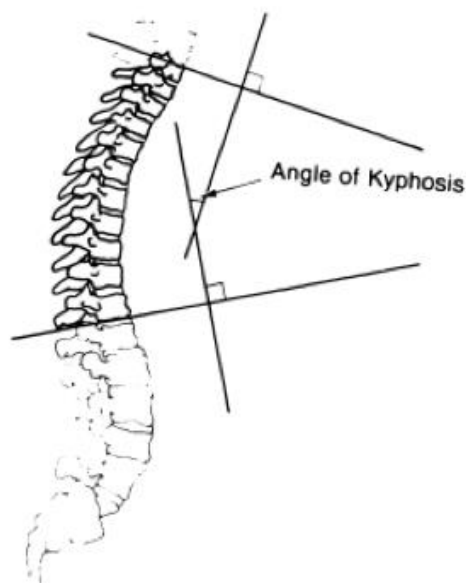


Рис.1.2. Природний кіфоз грудного відділу

Нормальний ступінь опуклості грудної клітки (20-40 градусів) вимірюється в сагітальній площині.

Грудний гіперкіфоз - це дефект, який легко побачити збоку (вигляд збоку), виникає, коли крива грудного згину перевищує 40°.

Лінія сили тяжіння:

- У положенні стоячи лінія гравітації проходить вентрально до тіл хребців.
- Навантаження сили тяжіння збільшує грудний кіфоз.
- Сили згинання призводять до анатомічних змін.

Анатомічні зміни включають - пасивне обмеження задніх зв'язок; скорочення глибоких односуглобових м'язів і грудних частин довгих розгиначів.

Епідеміологія. Загальноприйнятого визначення гіперкіфозу не існує, тому поширеність гіперкіфозу точно не відома. Поширеність гіперкіфозу зростає з віком у жінок і чоловіків, причому найбільша зміна кута кіфозу спостерігається у жінок у віці від 50 до 59 років. Оцінки коливаються від 20 до 40 відсотків серед осіб, які живуть у суспільстві, віком ≥ 60 років. Дослідження показують, що кіфоз збільшується приблизно на 9 градусів за десятиліття[6].

Рівень кіфозу збільшується з віком, часто після 40 років. Різниця у статі, а саме, гіперкіфоз з'являється зазвичай швидше у жінок, ніж у чоловіків. Фактори ризику розвитку грудного гіперкіфозу також включають скелетно-м'язові, нервово-м'язові та сенсорні порушення Деякі люди мають ідіопатичну причину. Психосоціальні фактори відіграють певну роль, тобто депресія, тривога, невпевненість, зневіра.

Біомеханічні фактори грудного гіперкіфозу. Вищі навантаження на хребет і сила м'язів тулуба у вертикальному положенні. Прискорюють дегенеративний процес і сприяють дисфункції та болю .

Повсякденна діяльність з поганою поставою, наприклад, положення голови, що виступає, і втрата діапазону плечей, спричинена: сутулим сидінням,

неправильно підібраними шкільними партами, перевантаженою спиною та рюкзаками.

Характеристики/клінічна картина. Гіперкіфоз грудного відділу хребта може бути постуральним або структурним.

Пацієнти також можуть мати комбінацію обох порушень вирівнювання.

1. Постуральні порушення є гнучкими і реагують на позиційні зміни або сигнали для зміни вирівнювання .

2. Порушення структурного вирівнювання, тобто фіксоване вирівнювання кісткових структур зберігається незалежно від положення людини, наприклад, при хворобі Шойермана.

При поєднанні структурних порушень та порушень вирівнювання постави корекція постави може бути лише частково успішною. Кіфоз, який розпочався як порушення постави, може стати структурним порушенням (зазвичай не є болючим, доки не розвинеться важкий грудний кіфоз) .

Найпомітніший симптом - поява округлої спини (перебільшене переднє викривлення грудного відділу хребта) .

- Зміна положення спини здебільшого відбувається поступово з часом .
- Біль у грудному відділі спини
- Порушення дихання: грудний гіперкіфоз може негативно впливати на дихання .
- Обмеження діапазону рухів хребта
- Остеопоротичні переломи .
- Труднощі при вставанні зі стільця, з ліжка або з ванни
- Повільніша хода
- Почуття "розбалансованості", та/або втрата рівноваги, або майже падіння
- Почуваєтесь більш втомленими, ніж зазвичай (втома)
- Утруднене дихання (у важчих випадках) .
- Диференціальна діагностика

Діагноз грудного гіперкіфозу можна встановити за допомогою клінічного

обстеження і підтвердити за допомогою рентгенологічного дослідження. У деяких людей гіперкіфоз грудної клітки може розвинутися однакової величини внаслідок різних процесів, що призводить до поширеної помилкової інтерпретації.

Диференціальний діагноз може бути наступним:

- Хвороба Шейермана
- Остеопороз
- Зміни хребта, пов'язані з травмою, наприклад, перелом хребців
- Пухлина
- Інфекція
- Остеохондроз хребта

3. Постава з «розгойдуванням спини», нахил таза назад - при цьому типі постави спостерігається нахил голови вперед, гіперрозгинання шийного відділу хребта, згинання грудного відділу хребта, розгинання поперекового відділу хребта, нахил таза назад, гіперрозгинання стегон і колін, а гомілковостопний суглоб злегка підвернутий.

Поза з відхиленням назад показує збільшення нахилу таза і тулуба назад і грудного кіфозу в порівнянні з нейтральною позою.

Дивіться друге зображення зліва, на відміну від 2 зображень праворуч, де показаний гіперлордоз хребта.

Ця зміна постави пов'язана з:

підвищеною активністю прямого м'яза живота і

зниженою активністю внутрішньочеревного косого м'яза,

а також зниженою активністю клубово-поперекового

і великого сідничного м'язів у тазостегновому суглобі.

Постава з «розгойдуванням спини», нахил таза назад - назад зменшує скорочення скелетних м'язів, тим самим створюючи навантаження на скелетну систему, що є фактором, не пов'язаним зі скороченням, і призводить до збільшення навантаження на поперековий відділ.

Механізм травми / патологічного процесу

Постава з «розгойдуванням спини», нахил таза назад - це неправильна постава, яка відрізняється від правильної наступними ознаками:

1. зміщенням таза вперед, нахил таза назад
2. грудним кіфозом, поширеним на верхню частину поперекового відділу хребта (спостерігається довший грудний кіфоз),
3. очевидно коротшим поперековим лордозом,
4. нормальним або дещо зменшеним переднім нахилом таза.

Це може виникати через неправильні звичні пози та ослаблені м'язи,

- наприклад, надмірно активні/напружені підколінні сухожилля,
- розтягнутість зв'язок,
- неправильна стратегія правильної постави,
- шкідливі звички, такі як сон на животі та погана постава при сидінні.

Постава з «розгойдуванням спини», нахил таза назад включає в себе:

- Випрямлячів хребта у верхньому грудному та верхньому поперековому відділах,
- Стабілізаторів лопаток (передня зубчаста м'яз, нижня і середня частина трапецієподібного і ромбовидного м'язів),
- М'язи живота (їх нижня частина) та
- Односуглобові (клубові м'язи, грудні м'язи)
- та двосуглобові згиначі стегна (прямий м'яз стегна, напружувач латеральної фасції)

Вкорочення м'язів, розташованих нижче, свідчить про їхню гіперактивність:

- Підпотиличні, грудинно-ключично-соскоподібні, лускоподібні м'язи (всі демонструють гіперактивність)
- Грудні м'язи - великі та малі грудні м'язи (всі виявляють гіперактивність)
- поперекові м'язи попереку (нижня частина),

- Верхні волокна м'язів живота,
- Великий сідничний м'яз
- Підколінні сухожилля (виявляють гіперактивність)

Клінічна картина:

Положення частин тіла в позі розхитування спини

Частина тіла	- Положення
Голова	- витягнута (висунута вперед)
Шийний відділ хребта	- верхня частина: витягнута (гіперлордоз)
Нижня частина:	- зігнута (гіполордоз або кіфоз)
Грудний відділ хребта	- верхня частина: збільшене згинання (гіперкіфоз) нижній відділ: нормальний (кіфоз)
Поперековий відділ хребта	- верхній відділ: згинання (кіфоз або гіполордоз) - нижній відділ: збільшене розгинання (гіперлордоз)
Таз	- зміщений допереду, зменшений передній нахил
Тазостегнові суглоби нахилу тазу	- розтягнуті за рахунок зменшення переднього нахилу тазу
Колінні суглоби	- нейтральні або гіперрозтягнуті
Гомілковостопні суглоби	- нейтральні або підошовні зігнуті

Діагностичні процедури. Хороша оцінка постави.

- В ідеальній поставі ви повинні бути в змозі провести пряму лінію між великим вертлюгом і латеральною кісточкою.
- Зверніть увагу на відхилення назад.
- Центр стегон знаходиться перед лінією тяжіння.
- Таз знаходиться в задньому нахилі до нейтрального положення.

Сутулість, також відома як лордоз, - це порушення постави, що характеризується надмірним викривленням нижнього відділу хребта всередину. Цей стан зазвичай призводить до того, що таз нахиляється вперед, виштовхуючи нижню частину спини (поперековий відділ хребта) в дугоподібне або відхилене

назад положення. Сутулість може виникати як у дітей, так і у дорослих і мати різні причини та ступені тяжкості.

Основні ознаки сутулості (лордозу) включають

1. Перебільшений вигин нижньої частини спини: Найбільш помітною ознакою сутулості є виражений вигин попереку всередину. Цей вигин може зробити сідниці більш рельєфними, а живіт - випнутим вперед.

2. Нахил таза: Сутулість часто пов'язана з переднім нахилом таза, коли верхня частина таза нахиляється вперед і вниз.

3. Вирівнювання ніг: Сутулість також може впливати на вирівнювання ніг, спричиняючи перерозгинання колін і тенденцію стояти зі зімкнутими колінами.

Причини сутулості (лордозу) можуть бути такими:

- М'язовий дисбаланс: Слабкі м'язи живота і напружені м'язи попереку можуть сприяти виникненню сутулості, оскільки дисбаланс виводить хребет з його природного положення.

- Погана постава: Тривала неправильна постава, наприклад, сутулість або сидіння з поганою підтримкою попереку, з часом може призвести до появи сутулості.

- Ожиріння: Надмірна вага може створювати додаткове навантаження на нижню частину спини і сприяти виникненню сутулості.

- Вагітність: Похитування спини може виникнути під час вагітності через зміни у поставі та підвищений тиск на нижню частину спини.

- Певні захворювання: Деякі захворювання, такі як спондилолітез (захворювання хребта), можуть призвести до лордозу.

Сутулість може спричинити дискомфорт, біль у попереку, труднощі з рівновагою та рухливістю. Варіанти лікування сутулості можуть включати

- Фізична терапія: Вправи для зміцнення м'язів живота і нижньої частини спини можуть допомогти виправити м'язовий дисбаланс і поліпшити поставу.

- Ергономічні зміни: Налаштування робочих місць і сидінь для забезпечення кращої підтримки попереку та сприяння правильній поставі.

- Контроль ваги: Підтримання здорової ваги може зменшити навантаження на нижню частину спини.

- Ортопедичні пристрої: У деяких випадках для підтримки хребта можуть бути рекомендовані ортопедичні пристрої, такі як брекети або вставки у взуття.

- Хірургічне втручання: У важких випадках або при певних захворюваннях може розглядатися питання про хірургічне втручання.

Важливо, щоб люди, які страждають на ригідність, проконсультувалися з медичним працівником або фізичним терапевтом для належного обстеження та отримання рекомендацій щодо лікування та вправ, адаптованих до їхніх конкретних потреб. Раннє втручання і корекція способу життя часто допомагають поліпшити поставу і зменшити дискомфорт, пов'язаний з сутулістю

4. Постава з плоскою спиною

"Плоска спина" - це термін, який використовується для опису специфічного стану або аномалії постави, пов'язаної з вирівнюванням хребта. Він стосується постави, при якій нормальні вигини хребта, особливо поперековий (нижній відділ спини), зменшені або сплюснені, що призводить до відносно плоского або прямого вирівнювання хребта від шиї до нижньої частини спини.

Клінічна картина.

Синдром плоскої спини характеризується нахилом тулуба вперед, утрудненим стоянням у вертикальному положенні з повністю витягнутими колінами та болем внаслідок втрати поперекового лордозу. Щоб компенсувати втрату поперекового лордозу і стояти прямо, пацієнт згинає стегна і коліна, а шийний відділ розгинається, щоб підтримувати вертикальний горизонтальний погляд. Така неправильна постава створює навантаження на шийний, грудний та поперековий відділи хребта, що призводить до втоми та болю. Фізичне обстеження виявляє сплюснення

При цьому типі постави спостерігається нахил голови вперед, розгинання шийного відділу хребта, розгинання грудного відділу хребта, втрата

поперекового лордозу і задній нахил таза.

Синдром плоскої спини може призводити до різних симптомів, включаючи біль у нижній частині спини, м'язову втому, труднощі з підтриманням вертикального положення, а також проблеми з рівновагою і ходьбою.

Етіологія: дегенеративні зміни в хребті, травми, особливо хлестова травма, операції на хребті або процедури зрощення хребта, які змінюють природну кривизну хребта. Він також може бути пов'язаний з такими захворюваннями, як анкілозуючий спондиліт або хвороба Шойермана. псевдоартроз, що призводить до втрати корекції сагітальної площини, фіксований грудний гіперкіфоз, згинальні контрактури стегна та попередній грудно-поперековий кіфоз. Найпоширенішою причиною синдрому плоскої спини є поширення дистракційного інструментарію в нижній поперековий відділ хребта або крижі

Рентгенографічна оцінка.

Сагітальне викривлення грудного та поперекового відділів хребта також використовується для оцінки патологічного дисбалансу. Нормальний функціональний діапазон широко варіюється; однак, загальноприйнято вважати, що нормальний грудний кіфоз становить від 20° до 50°, а нормальний поперековий лордоз - від 20° до 65°. Крім того, грудно-поперековий суглоб повинен бути прямим.

Формально, обстеження при синдромі плоскої спини повинно включати рентгенограму в боковій проекції в положенні стоячи в повний зріст, у фазі 36 дюймів, з розгинанням колінних суглобів

Правильна постава економить сили, сприяє правильному розташуванню та нормальній діяльності внутрішніх органів, зміцненню здоров'я та працездатності. Навпаки, сутулість, запалі груди, ускладнюють роботу серця та легень, що викликає недостатнє постачання організму киснем, підвищену стомлюваність та дратівливість. Розслабленість, а потім і слабкість м'язів живота призводить до усунення органів черевної порожнини, застійних явищ у жовчному міхурі та кишечнику.

Провідними факторами, що визначають стан постави людини, є положення та форма хребта, кут нахилу тазу та ступінь розвитку м'язів. Завдяки наявності фізіологічних вигинів (шийного та поперекового лордозів, грудного та крижово-копчикowego кіфозів) хребетний стовп людини має ресорні властивості, що оберігають головний та спинний мозок від струсів, при цьому збільшуються його стійкість та рухливість. Фізіологічні вигини хребта формуються у процесі розвитку рухових навичок людини. Таким чином, проблема неправильної постави була і залишається актуальною, на нашу думку, це пов'язано з низкою факторів: недостатня увага батьків учнів і учителів фізичної культури до необхідності застосування коригуючих вправ, які сприятимуть гармонійному фізичному розвитку, застарілі методики профілактики й корекції порушень постави, відсутність відповідного інвентарю й обладнання.

1.3 Аналіз сучасних підходів щодо скринінгу стану постави людей зрілого віку у процесі фізкультурно –спортивної реабілітації

Підходи до перевірки постави є важливими для людей похилого віку під час фізичного виховання та спортивної реабілітації, щоб запобігти травмам і підтримувати загальний стан здоров'я. Постуральна оцінка включає спостереження за статичною поставою для вирівнювання та оцінку парних анатомічних орієнтирів для симетрії. Використовується для вимірювання положення голови, положення плечей, шийного лордозу, грудного кіфозу, поперекового лордозу, положення нижніх кінцівок і нахилу тазу. '

Підходи до скринінгу постави для людей похилого віку включають спостереження за статичною поставою для вирівнювання та оцінку парних анатомічних орієнтирів для симетрії. Метою дослідження був аналіз постурального балансу та часово-просторових параметрів ходи у самостійних літніх людей за статтю. Постуральний скринінг використовується для

вимірювання постави голови, пози плечей, шийного лордозу, грудного кіфозу, поперекового лордозу, пози нижніх кінцівок і нахилу тазу. Спостерігаючи за статичною поставою, можна виявити будь-які дефекти тіла, які можуть призвести до різних фізичних проблем.

Існують різні підходи до перевірки постави, кожен зі своїми перевагами та недоліками . Активне та пасивне тестування гнучкості в опорних позах із пов'язаним м'язовим кінцевим відчуттям і результати спеціальних тестів використовуються для оцінки постави. Найбільш поширеним методом оцінки постави в клінічній практиці є візуальне спостереження . Перевага цього методу в тому, що він не вимагає спеціального обладнання. Однак цей метод має обмеження щодо точності та надійності .

Постуральний скринінг є важливим аспектом фізичного виховання та спортивної реабілітації для людей похилого віку. З віком їхня постава може порушуватися через низку факторів, таких як зменшення м'язової сили, скутість суглобів і дегенеративні зміни хребта. Таким чином, важливо оцінити та вирішити будь-які проблеми постави, щоб запобігти подальшим фізичним проблемам. Спостереження за статичною поставою для вирівнювання та симетрії є ефективним підходом до скринінгу постави у людей похилого віку. Це передбачає огляд різних анатомічних орієнтирів, таких як голова, плечі та таз, щоб визначити, чи вони знаходяться в правильному положенні. Виявивши будь-які відхилення від ідеального положення, терапевти можуть розробити відповідні плани лікування для виправлення постави та запобігання майбутнім ускладненням. Окрім статичного аналізу постави, оцінка ходи також має вирішальне значення для постурального скринінгу для людей похилого віку. Аналізуючи часово-просторові параметри ходи, терапевти можуть виявити будь-які відхилення в ході людини, такі як незбалансований розподіл ваги або нерівномірну довжину кроку. Ця інформація може допомогти терапевтам розробити цілеспрямовані заходи для покращення ходи та загального постурального балансу.

Вікові підходи до скринінгу постави важливі, оскільки старіння впливає на мультисенсорне перезважування як під час сенсорного видалення, так і під час додавання . Тому вкрай важливо використовувати вікові скринінгові підходи для виявлення будь-яких дефектів в організмі, які можуть призвести до різних фізичних проблем. Кут нахилу тулуба та індекс постави є параметрами постави, що відрізняються між віковими групами . Вікові підходи до скринінгу постави є важливими для кращої точності та надійності визначення дефектів тіла.

Фізичне виховання відіграє значну роль у скринінгу постави для людей похилого віку. Систематичний огляд і мета-аналіз показали зв'язок між фізичною активністю та позою тіла. Правильна постава необхідна для підтримки рівноваги тіла, правильного розташування опорних структур і ефективного функціонування тіла. Тому програми фізичного виховання повинні включати підходи до перевірки постави, щоб запобігти травмам і підтримувати загальний стан здоров'я.

Спортивна реабілітація також відіграє вирішальну роль у скринінгу постави для людей похилого віку . Силкові та багатокomпонентні вправи не покращують контроль постави у літніх людей . Проте постуральна оцінка як частина процесу скринінгу є актуальною, оскільки є докази кореляції між травмою та позою . Програма вправ для корекції постави може зменшити м'язово-скелетний біль у людей похилого віку . Тому програми спортивної реабілітації повинні включати підходи до перевірки постави, щоб запобігти травмам і підтримувати загальний стан здоров'я.

Скринінг постави для людей похилого віку може бути складним через різні фактори . Наприклад, літні люди з хронічним болем у шиї мають порушення контролю постави, що ускладнює точну оцінку їх пози . Крім того, ходьба у літніх людей може бути менш стабільною, неефективною та погано узгодженою з позами та фазами ходи . Ці виклики роблять необхідним використання підходів скринінгу постави з урахуванням віку, які враховують унікальні потреби літнього населення.

Існують етичні міркування при проведенні скринінгу постави для людей похилого віку . Наприклад, для захисту людей похилого віку від негативних наслідків необхідно вжити заходів з інфекційного контролю та скринінгу . Крім того, застосування засобів фізичного обмеження серед людей похилого віку в будинках престарілих є складною етичною проблемою, яку необхідно вирішити . При розробці підходів до перевірки постави для людей похилого віку слід враховувати етичні міркування.

Майбутні напрямки скринінгу постави для людей похилого віку включають використання більш комплексних досліджень . Наприклад, дослідження постурального балансу та аналізу ходи можна використовувати для визначення впливу старіння та статі на поставу . Крім того, можна вдосконалити силові та багатокomпонентні вправи для покращення постурального контролю у літніх людей . Майбутні дослідження мають бути зосереджені на розробці більш точних і надійних підходів до скринінгу постави для людей похилого віку.

Опис методів визначення постави людини , особливості їх практичного застосування, окремі переваги і недоліки наведено в табл. 1.1.

Таблиця 1.1.

Основні методи дослідження постави людини

<i>№</i>	<i>Назва</i>	<i>Опис методу</i>
1	Тест Адамса з нахилом вперед	Метод візуального аналізу, що застосовується для виявлення прихованого сколіозу серед пацієнтів зі схильністю до патологій постави. Однією з переваг методу є його простота (що дозволяє застосування тесту навіть не медичними працівниками), а недоліком – низька загальна ефективність.

2	Клітинна діелектрична Спектроскопія	Дослідження мононуклеарів периферії крові для визначення рівня мелатоніну, пов'язаного із виникненням сколіозу [2]. Високоєфективний метод дослідження будь-яких видів сколіозу, що має досить значну організаційну і економічну складність.
3	Сколіометрія	Метод, що ґрунтується на застосуванні спеціального приладу – сколіометру. Потребує додаткової підготовки спеціаліста, який проводить дослідження та характерний досить складним алгоритмом проведення вимірювань.
4	Радіологічні методи (рентгенографія, томографія)	Технологія визначення профілю постави, внаслідок дозованого опромінення пацієнтів. Один із найбільш точних методів діагностики, що визначається: високою вартістю процедури і вимірювальної установки, променевим навантаженням і складністю в інтерпретації результатів, необхідністю у висококваліфікованому персоналі.
5	Оптичні методи (топографія, фотограмметрія, відеограмметрія, відеореєстрація стереометричного зображення)	Базуються на мануальній чи автоматизованій обробці цифрових даних. Серед недоліків методу виділяють низьку точність обробки вимірюваних даних, зокрема серед пацієнтів із підвищеною вагою (чи з дуже сильно худобою), асиметрією м'язів та патологіями у поперековому відділі хребта.
6	Новітні методи постійного моніторингу (система типу «Розумний рюкзак», реабілітаційний корсет, тощо).	Характеризуються конструктивною складністю та необхідністю постійного використання для належного моніторингу осанки. Окрім того, такі системи як «реабілітаційний корсет», потребують призначення лікарем і можуть бути шкідливими при їх некоректному розташуванні на тілі пацієнта [4].

Поглиблене обстеження постави:

Інклінометрія: дозволяє вимірювати діапазони руху хребтового стовпа. Згідно американській медичній асоціації (АМА), дуальна інклінометрія є провідним методом для виміру складних рухів хребтового стовпа.

Використовуючи протоколи дуальної інклінометрії АМА, Tracker Freedom інклінометрична система атоматично віднімає рух хребтового стовпа для спрощення вимірювань і надання дійсних показників діапазону руху (ROM).

У систему закладено протоколи для вимірювання руху в шийному,

грудному і поперековому відділах хребтового стовпа.

Гоніометр Tracker Freedom Goniometry дозволяє проводити вимір руху в суглобах пальців і кінцівок. При вимірі на суглобах кінцівок, висувні деталі забезпечують необхідну довжину інструменту для простого, точного збігу з анатомічними орієнтирами. Він має протоколи, схвалені АМА для виміру активного і пасивного діапазонів руху, для патологічних положень.

Динамометр Tracker Version 5 Muscle Testing має ПЗ, що перевершує всі існуючі аналоги за рахунок інноваційних особливостей та інтуїтивної навігації, дозволяє реєструвати максимальну силу та визначати потужність і білатеральний дефіцит.

Тривимірний сканер 3D-Сканер (компанія МБН) являє собою механо-опто-електронний прилад, який проводить реєстрацію положення щупа сканера в навколишньому просторі. Обстеження складається з введення даних людини в базу даних програми та виконання власне сканування. Для цього людина стає в одне з обраних положень, фахівець включає режим сканування і в певній послідовності, встановлюючи щуп сканера на необхідні точки, виробляє обмір таза і плечового пояса, а потім проводить щупом сканера по остистих відростках хребта від основи черепа до остистого відростка хребця L5 ПВХ. Все дослідження для одного положення людини займає 2-3 хвилини.

Екзоскелет (зовнішній скелет) - це зовнішній каркас, що повторює біомеханіку людини для посилення її м'язових зусиль, вони сприяють підвищенню фізичної сили і допомагають при відновленні ОРА. Роботизовані протези – це імпланти, що замінюють відсутні кінцівки, складаються з механіко-електричних елементів, мікроконтролерів зі штучним інтелектом, що здатні керуватись від нервових закінчень людини.

Нові технології комплектуючих, датчиків, мікрокомп'ютерів, матеріалів усунули перешкоди для інтегрованого контролю в реальному часі деяких дуже складних динамічних систем, таких як людиноподібні роботи, які вже сьогодні мають приблизно 50 ступеней свободи і керуються контролером за мікросекунди. З урахуванням наведеного твердження про необхідність

збільшення числа ступенів свободи, маючи на увазі, що для активності всього скелета людина має приблизно 650 м'язів, що може бути виражено понад 600 ступеней свободи, тобто таким же числом біологічних силових приводів.

Підходи до перевірки постави є важливими для людей похилого віку під час фізичного виховання та спортивної реабілітації, щоб запобігти травмам і підтримувати загальний стан здоров'я. У цьому есе обговорюються переваги, недоліки та важливість вікових підходів до скринінгу постави, а також роль фізичного виховання та спортивної реабілітації в скринінгу постави для людей похилого віку. Також було висвітлено проблеми та етичні міркування при скринінгу постави для людей похилого віку. Майбутні дослідження повинні бути зосереджені на розробці більш точних і надійних підходів до скринінгу постави, які враховують унікальні потреби людей похилого віку. Загалом, перевірка постави є вирішальним компонентом підтримки здоров'я та благополуччя людей похилого віку під час фізичного виховання та спортивної реабілітації.

Отже, порушення постави у людей різного віку є одним із важливих питань сучасної травматології та ортопедії. Найчастіше, з метою виявлення порушень профілю постави, використовують діагностичні методи із застосуванням громіздкої вимірювальної апаратури. А завдання створення портативної системи постійного моніторингу осанки, що була б доступною для звичайного користувача, й досі залишається актуальним.

Висновки до 1 розділу

Отже, ми розглянули загальні принципи та основи порушення постави людини, в особливості звертаючи увагу на представників зрілого віку, а також аналізуються сучасні підходи до скринінгу стану постави в контексті фізкультурно-спортивної реабілітації.

Сучасний спосіб життя, особливості професійної діяльності та недостатня фізична активність призводять до поширення проблем, пов'язаних із станом постави людини. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), більше 80% світового населення стикається з проблемами, пов'язаними із станом постави, що включає в себе різні види сколіозу, кіфозу, лордозу та інші аномалії (ВООЗ, 2020). Зокрема, особливу увагу варто приділити групі осіб зрілого віку, оскільки разом із природним процесом старіння вони стають вразливими до змін у структурі та функціях опорно-рухового апарату.

Суттєвим аспектом є взаємозв'язок між станом постави та фізичним здоров'ям. Порушення постави можуть впливати на роботу серцево-судинної, дихальної та інших систем організму, сприяючи розвитку хронічних захворювань та погіршенню якості життя. Також важливо враховувати психосоматичний аспект – взаємозв'язок між станом постави та психічним здоров'ям. Постава може впливати на емоційний стан, самопочуття та соціальну взаємодію осіб, що особливо актуально для групи людей з віковими особливостями.

Вирішення проблеми порушення постави є актуальним завданням, оскільки воно напряду впливає на якість життя та тривалість активного періоду людського життя. З цього приводу розробка наукових підходів до визначення та корекції порушень постави, зокрема у контексті фізкультурно-спортивної реабілітації осіб зрілого віку, є надзвичайно важливою задачею.

Особливості фізіології та анатомії опорно-рухового апарату у людей зрілого віку визначають особливості порушень постави в цій категорії

населення. Зростання кількості порушень постави у цій групі є наслідком різних факторів, таких як зменшення м'язової маси, зниження еластичності суглобів, остеопороз, дегенеративні зміни у хребті, артрит та інші захворювання, які характерні для старіючого організму.

Однією із ключових проблем стану постави у людей зрілого віку є сколіоз. Це більш розповсюджена аномалія, яка виявляється у більшості випадків, особливо у жінок. Сколіоз характеризується бічним відхиленням хребта в одному або кількох його відділах, що викликає відхилення та обертання тіла. Це може призводити до болів у спині, обмеження рухів та погіршення якості життя.

Крім того, порушення постави в осіб зрілого віку можуть бути пов'язані із змінами у внутрішніх органах, таких як легені, серце та шлунок, через вплив відхилень хребта на їхнє розташування та роботу. Це важливий аспект, який вимагає уваги при розробці програм фізкультурно-спортивної реабілітації.

Також ми проаналізували існуючі підходи та методи скринінгу стану постави, зокрема у фізкультурно-спортивній реабілітації осіб зрілого віку. Висвітлення цього аспекту є важливим для розуміння сучасного стану досліджень у даній галузі та для обґрунтування вибору методологічного підходу для проведення власного дослідження.

Різноманітність існуючих методів скринінгу стану постави свідчить про актуальність проблеми та пошук ефективних засобів її вирішення. Традиційні методи вимірювання та аналізу постави, такі як антропометрія, виявляють свою ефективність, але їхні обмеження полягають у відсутності повністю об'єктивного визначення стану постави та недостатній деталізації результатів.

Інноваційні підходи, такі як візуальний скринінг стану біогеометричного профілю постави, фотозйомка та аналіз постави, використання комп'ютерних технологій у процесі аналізу, відкривають нові

можливості для об'єктивної оцінки стану постави та виявлення навіть найменших аномалій.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕНЬ

2.1.Методи досліджень

Для вирішення поставлених в роботі завдань використовувалися наступні методи дослідження:

- 1.Теоретичний аналіз іузагальнення даних науково-методичної літератури.
2. Контент-аналіз медичних карт та документації
3. Соціологічні методи.
4. Методи математичної статистики.

На сьогодні вже існують розроблені карти діагностики постави, наприклад Біогеометртчний профіль постави, та інші, якими користується спеціаліст, але для клієнта /пацієнта не завжди зрозумілі дані методи.

Тому для активішого залучення у реабілітаційний процес клієнта/пацієнта нами була розроблена Гугл Анкета яка дозволяє клієнтові /пацієнтові провести самоаналіз і разом з спеціалістом виявити індивідуальні актуальні зони які потребують корекції і разом скласти цілі по методиці SMART, для кращого досягнення результатів.

2.1.1.Аналіз спеціальної науково-методичної літератури

Особливість методу реконструкції полягала в можливості систематизувати матеріал по темі роботи, змінювати послідовність висловлювань автора, відбирати і включати текст роботи із зазначенням джерела, поєднувати його з виразом інших дослідників, інтерпретувати, оцінювати текст, не спотворюючи авторського варіанту .

Метод аперцепіювання, який мав на увазі просте доповнення

використовуваного й прийнятого за аксіому знання з якого-небудь джерела своїми власними судженнями, що застосовувався в дисертації .

Аспективний аналіз, який застосовувався в дисертації, у наукових статтях при розгляді наукового тексту під кутом зору поставленої проблеми, на основі вивчення думки інших авторів .

Герменевтичний аналіз – метод виявлення вірного змісту використовуваних термінів і понять, що був спрямований на отримання нової

інформації для роботи з дисертацією й внесення наукової новизни в дослідження [19].

Критичний аналіз– метод, що мав на меті виявлення сильних й слабких сторін досліджуваних наукових текстів вітчизняної й закордонної науково- методичної літератури .

Концептуальний аналіз– аналіз наукових текстів у ракурсі концепції або теорії, що дало можливість дисертантові провести пошук концептуальних основ дослідження й одержати висновки .

Проблемний аналіз– аналіз невирішених питань, що потребують доповнення у стадії дослідження наукової проблеми, був направлений на інтерпретацію проблеми й вибору певних методів дослідження, які використовувались в дисертації .

Аналіз науково-методичної літератури та документальних джерел дав підстави визначити особливості функціональних порушень людей зрілого віку на сучасному етапі; проаналювати підходи, засоби, методи і технології фізичного виховання і реабілітації використовуваних при порушеннях постави і плоскостопості у людей зрілого віку; окреслити сучасні підходи до оцінки постави людини в процесі занять фізичними вправами.

Загалом за темою дисертаційного дослідження було вивчено й опрацьовано 72 джерел наукової та спеціальної літератури.

Вивчення наукової літератури допомогли у формуванні об'єкту, предмету, мети та завдань дослідження.

Результати аналізу науково-методичної літератури свідчать про те що сьогодні широко висвітлені матеріали наукових досліджень і досвіду практики з питань розробки та впровадження різних варіантів технологій і методик для кількісної та якісної оцінки біогеометрического профілю постави, опорно-ресорних властивостей стопи. В той же час, нефективність оздоровчих заходів при порушеннях постави людини багатьма дослідниками пояснюється недостатньою розробленістю технологій оцінки її стану, що в

свою чергу визначило завдання дослідження та шляхи їх вирішення

2.1.2. Соціологічні методи дослідження (google-анкета)

Аналіз науково-методичної літератури вказує на велику популярність та розповсюдженість цього методу наукового пізнання, який дозволяє здійснювати збір первинної інформації шляхом письмового чи усного звернення до визначеної сукупності людей (респондентів) із запитаннями, зміст яких висвітлює соціальну проблему, що досліджується, з подальшою реєстрацією та аналізом відповідей .

У нашій роботі ми використовували такі форми опитування, як: бесіда та анкетування .

Метод анкетування вигідно вирізняється серед інших методів дослідження широтою охоплення одиниць дослідження, оперативністю отримання фактичного матеріалу та зручністю його подальшої технічної обробки. Цінність і достовірність отриманої інформації залежить не тільки від правильності вибору та підготовки об'єкту дослідження, від організації анкетування тощо, а й від самої анкети, від ефективності самих питань, від їхньої доступності, повноти, чіткості, ясності, стислості .

Метод анкетування передбачає використання запитання, що є певним типом міркування, який передбачає брак інформації про відповідний об'єкт і потребує відповіді та пояснення . У дослідженнях використовуються найрізноманітніші види запитань: залежно від змісту (про факти, поведінку, інформованість, настанови, мотиви, оцінювання). Оформлення анкет нами здійснювалось на основі попереднього визначення цілей та завдань соціологічного опитування, встановлення необхідних емпіричних індикаторів для вимірювання характеристик об'єкту дослідження, попереднє виділення блоків анкети, підготовка питань для цих блоків, розробка блок-схеми анкет, завершальне доопрацювання анкет .

З метою отримання відповідей для вирішення основних завдань дослідження, нами запропоновано ряд анкет.

Анкета представлена в Додатку А.

2.1.3.Методи математичної статистики

З метою встановлення думки експертів щодо необхідності впровадження у процес фізичної реабілітації людей зрілого віку технології контролю стану біогеометричного профілю їхньої постави, бачення вихователів стосовно проблеми корекції порушень постави й обсягу теоретичних знань із питань контролю стану постави, - в ході дослідження було застосовано методи кваліметрії, яка дозволяє кількісно оцінювати якісні показники, отриманих за результатами спостережень, опитування, соціометрії, припускаючи використання людини як безпосереднього вимірювача в системі оцінки .

Експертизи або метод експертних оцінок - статистичний, метод, що дозволяє дати оцінку досліджуваному явищу у вигляді узагальненої думки фахівців (експертів) по даній проблемі. Експертизи є незамінним методом у випадку вивчення явищ, які не мають певного кількісного вираження.

Оброблення отриманих даних проводилося з урахуванням рекомендацій спеціальної літератури з математичної статистики й досвіду раніше проведених досліджень .

У процесі проведення досліджень були використані такі статистичні методи: метод середніх величин і вибірковий метод.

Проводився аналіз таких показників:

- середнє арифметичне значення вибірки, \bar{x} ;
- стандартне відхилення, S.

Деякі гіпотези перевірялися при вищому рівні надійності $P = 99 \%$ (рівень значущості 0,01). У процесі проведення дослідження аналізувалися

достовірність відмінностей між показниками, які характеризують....., що дозволило інтерпретувати результати дослідження.

Статистичне оброблення одержаних даних проводилося за допомогою пакета «Statistica 8.0» (StatSoft, США) й електронних таблиць «Excel 2007» (Microsoft, США), які дозволили провести аналіз вимірювань і розрахунок базових величин.

2.2.Організація дослідження

На першому етапі - обрано наукову проблему дослідження, проаналізовано дотичні до неї сучасні літературні джерела, розкрито науково-теоретичні та методичні аспекти фізичної реабілітації людей зрілого віку; встановлено ступінь наукової розробленості проблеми, її об'єкт і предмет, сформульовано мету та завдання, дібрано наукові методи й окреслено програму дослідження.

На другому етапі - організовано та проведено констатувальний експеримент на основі авторської скрінінг –програми та сформовано SMART-цілі для 52 осіб віком від 25 до 55 років.

На третьому етапі - узагальнено та систематизовано результати всіх етапів дослідження, проведено статистичну обробку отриманих даних, обговорено й інтерпретовано їх; сформульовано висновки, розроблено практичні рекомендації, структурно та стилістично оформлено текст.

РОЗДІЛ 3 СУБ'ЄКТИВНА ОЦІНКА СТАНУ ПОСТАВИ ЛЮДЕЙ ЗРІЛОГО ВІКУ ЯК ПЕРЕДУМОВА РОЗРОБКИ СКРІНІНГ ТЕХНОЛОГІЇ

3.1. Аналіз даних соціологічного дослідження

Дослідження літературних джерел спрямовані на вивчення аспектів формування мотиваційно-ціннісних пріоритетів стосовно визначення функціонального стану постави людей зрілого віку для подальшого створення постановки скрінінг технології. У роботах вчених розглядалися результати та думки, що базувалися на проведених дослідженнях з даної тематики.

Для респондентів нами було розроблено скрінінг-анкету в Google Forms. Google Forms — це надійний спосіб опитування, оскільки він пропонує кілька переваг. По-перше, це дозволяє дослідникам збирати дані з будь-якого місця, роблячи їх зручними та доступними для учасників. По-друге, Google Forms забезпечує автоматичний аналіз даних, заощаджуючи час і зусилля дослідників. Крім того, він пропонує такі функції, як захищений паролем доступ і унікальні ідентифікатори дослідження, що забезпечує конфіденційність і безпеку даних учасників. Крім того, було встановлено, що використання онлайн-анкет через Google Forms збільшує кількість відповідей і покращує точність даних порівняно з паперовими анкетами. Нарешті, Google Forms є економічно ефективним варіантом, оскільки він усуває потребу в паперових відповідях і ручному введенні даних, зменшуючи витрати, пов'язані зі збором і аналізом даних.

Для даного опитування необхідною є суб'єктивна оцінка пацієнта, яка ґрунтується на самоаналізі пацієнта, що спонукає його до більш активної участі у реабілітаційному процесі. Дані об'єктивні вимірювання є дуже важливими, але часто пацієнт/клієнт не розуміє, що важливою складовою реабілітації є він сам, його спосіб життя, звички.

Вагомим для даного дослідження є визначення SMART – цілей. Можна сказати, що «ціль — це очікуваний результат певного набору втручань» і, як

описано в Оксфордському словнику англійської мови, мета — це «об'єкт, на який спрямовані зусилля чи амбіції; призначення (більш-менш трудомістка) подорож Мета або результат, до якого поведінка свідомо чи несвідомо спрямована.' Це допомагає пояснити встановлення цілей загалом, але встановлення цілей у контексті фізіотерапії та реабілітації.

Одним із методів встановлення цілей є використання цілей SMART. Вони можуть допомогти виконати будь-яке завдання чи мету, велику чи малу, і охоплюють такі деталі, як конкретна інформація про мету чи завдання, як, коли та чи буде вона досягнута, а також часові рамки чи тривалість виконання. мета.

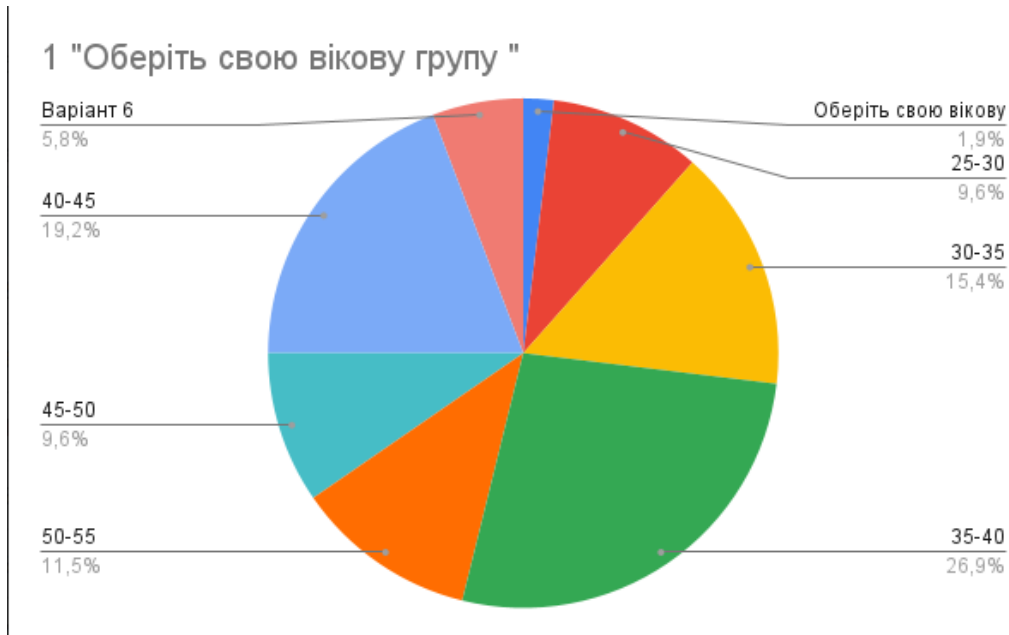
Цілі SMART є важливими для здоров'я, фізичної форми та відновлення, оскільки вони дозволяють поставити вимірювану ціль, відстежувати ваш прогрес, є чіткими та мотивуючими, а отже, забезпечують хороший стимул для досягнення мети.

Анкета розроблялась автором індивідуально. Питання були направлені на самооцінку свого рівня здоров'я та рівня фізичної активності, способу життя осіб зрілого віку. Побудова питань була різною, залежно від їх змісту. У більшості використовувалися такі форми запитань як з вибором двох варіантів відповідей, типу «так», «ні», окремі питання стосувались .

3.2. Зміст та структура авторської технології

Для детального дослідження стану постави у респондентів згідно авторської анкети проведено опитування та сформовано результати.

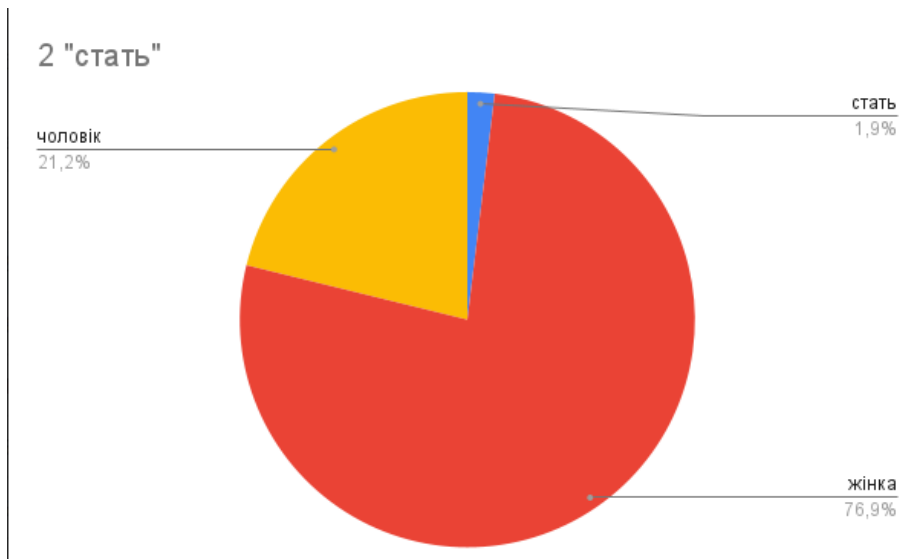
Віковий діапазон респондентів Діаграма 1



Діаграма 1. Вікові групи

Отже, респондентів віком 25-30 років 1.9%, віком 30-35 років 15.4%, **віком 35-40 років 26.9%**, віком 40-45 19.2%, 45-50 років 9.6%, віком 50-55 років 11.5%

Респонденти за статтю Діаграма 2

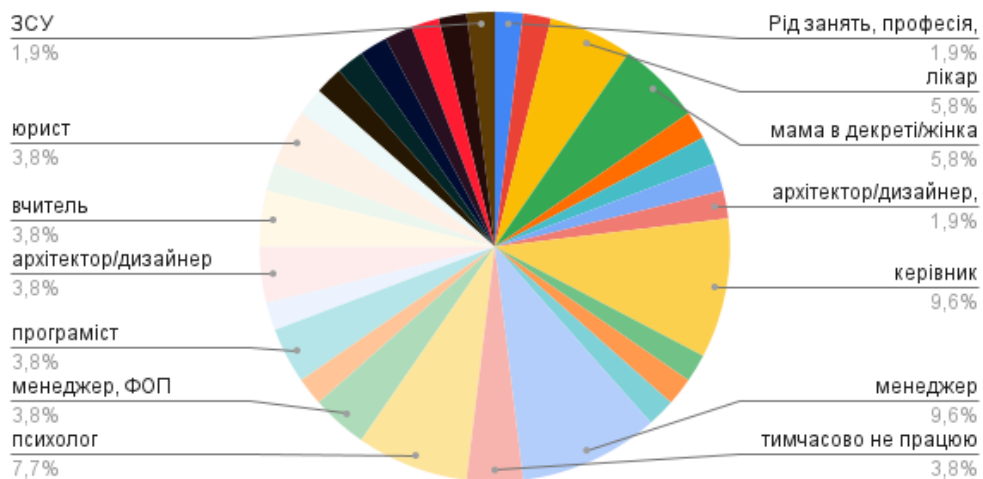


Чоловіків – 21.2%, жінок – 76,9%, інше- 1.9%

Діаграма 2. Стать респондентів

Рід занять респондентів представлено в Діаграмі 3

3 "Рід занять, професія, основана діяльність (можливо вибрати декілька варіантів)"



Діаграма 3. Рід занять

Великий перелік роду занять респондентів, серед яких найбільш популярними є: керівник, менеджер, психолог, мама в декреті та інші.

Також в процесі заповнення анкети всі респонденти зазначали свої електронні адреси, якщо необхідно буде уточнити інформацію при її обробці.

1	Позначка часу	Електронна адреса	Прізвище Ім'я По Батьки (за бажанням)	Оберть свою вікову гру	стать	Рід занятя, професія, о	Ріст в см (наприклад, 17	Вага в кг	Скільки год/день провод	Якщо робота у більшос	Скільки годин
2	11/22/2023 19:55:09	evilnpride@gmail.com	Ягодзинська Тетяна Євг	25-30	жінка	студентка, лаборант ад	165	48	6-8 год/день	6-8 годин вдень	2-4 год /день
3	11/28/2023 19:41:37	maksymmarchenko2792	Максим Марченко	30-35	чоловік	лікар	190	72	більше 10 годин в день	Менше години	2-4 год /день
4	11/28/2023 19:48:24	galkagrigojan1983@gmail.com	Григор'ян Галина Олександрівна	35-40	жінка	мама в декреті/жінка бе	171	54	менше 4 год/день	менше 2	6-8 год/день
5	11/28/2023 19:57:08	luda7289@gmail.com	Газкеєва Людмила Олександрівна	50-55	жінка	Прибиральниця	167	115	4-8 год/день	6-8 годин вдень	6-8 год/день
6	11/28/2023 20:04:25	denysova.yulia@gmail.com	Юлія Денисова	35-40	жінка	Пані рекисерка	178	80	менше 4 год/день	менше 2	4-8 год/день
7	11/28/2023 20:14:46	pani.leshukova@gmail.com	Лешукова Аліна	35-40	жінка	менеджер, економіст /ф	164	50	4-8 год/день	менше 2	2-4 год /день
8	11/28/2023 20:25:32	bolg@ua	Олександрівна Анастасія	25-30	жінка	мама в декреті/жінка бе	165	42	6-8 год/день	2-4 г/д	1-2 год/день
9	11/28/2023 20:41:35	yuliyanchukovaart@gmail.com	Янчукова Юлія Сергіївна	35-40	жінка	архітектор/дизайнер, ПІ	168	64	6-8 год/день	Не знаю	Коли як
10	11/28/2023 21:19:04	yura.burkaka@gmail.com	Бурлака Юрій Валерійович	35-40	чоловік	керівник	184	95,8	4-8 год/день		4-8 год/день
11	11/28/2023 21:55:46	shoharbynatatianna1408@gmail.com	Щербина Т.М.	35-40	жінка	керівник, лікар	168	63	8-10 год/день	менше 2	6-8 год/день
12	11/28/2023 21:59:15	vendettaminas@gmail.com	Настя Мінас	30-35	жінка	Перукар	165	75	4-8 год/день	6-8 годин вдень	1-2 год/день
13	11/28/2023 22:13:28	lyudmilakomashko@gmail.com	Комашко Людмила	35-40	жінка	мама в декреті/жінка бе	165	68	менше 4 год/день	4-8 г/д	2-4 год /день
14	11/28/2023 22:37:23	zakharchuk@gmail.com	Захарчук Юлія Олександрівна	45-50	жінка	менеджер	162	56	6-8 год/день	менше 2	1-2 год/день
15	11/28/2023 23:05:21	julia.fedorova1313@gmail.com	Федорова Юлія	35-40	жінка	керівник	170	60	менше 4 год/день	4-8 г/д	4-8 год/день
16	11/29/2023 1:55:09	victoribis888@gmail.com	Кузьменко Віктор Олександрович	30-35	чоловік	тимчасово не працюю	165	97	6-8 год/день		2-4 год /день
17	11/29/2023 3:34:59	ushakov.ua@gmail.com		40-45	чоловік	психолог	182	78	6-8 год/день		0 1-2 год/день
18	11/29/2023 8:49:34	mirosianest@gmail.com	Мирошлага Неестуля	40-45	жінка	менеджер, ФОП	168	68	4-8 год/день	2-4 г/д	2-4 год /день
19	11/29/2023 9:18:25	gusacatana@gmail.com	Гусачка Тетяна Анатоліївна	35-40	жінка	майстер манікюру/макія	170	95	менше 4 год/день	6-8 годин вдень	1-2 год/день
20	11/29/2023 9:20:11	annetnikolaieva@gmail.com	Анна Алексєєнко	25-30	жінка	менеджер	173	60	6-8 год/день		2-4 год /день
21	11/29/2023 9:23:19	lenchik.anufrieva@gmail.com	Ануфрієва Олена	35-40	жінка	програміст	158	49	8-10 год/день		2-4 год /день
22	11/29/2023 9:58:05	furtadannanna@gmail.com	Фуртатенко Анна	35-40	жінка	архітектор/дизайнер, тл	168	67	менше 4 год/день	6-8 годин вдень	6-8 год/день
23	11/29/2023 10:00:45	info.ksenyabutsa@gmail.com	Ксеня Буца	40-45	жінка	архітектор/дизайнер	168	58	6-8 год/день	Не стою.	1-2 год/день

Рис.4.1. Загальний вигляд таблиці Ексель з відповідями анкетами

З ексел таблицею можна ознайомитися в **додатку В**

Загалом авторська анкета складалась з 83 питань.

Пункти опитувальника згруповані у у блоки . див

(Додаток С)

Блок 1 Загальна інформація (Вік . Стать Рід занять)

Блок 2 Рівень фіз.активності

Блок 3 Стан здоров'я

Блок 4 Хороші та погані звички

Блок 5 Вплив стресового фактору

Блок 6 Скарги на сьогодні

Блок 7 Попередні обстеження і лікування

Блок 8 Постава

Блок 9а Зубощелепна система

Блок 9б Головний біль

Блок 10 Стопи

Блок 11 Робоче місце

Блок 12 Заключна загальна частина

Статистична обробка матеріалу проводилася сучасними статистичними методами з використанням комп'ютерних програм, які забезпечили аналіз вимірювань Excel та Statistica 10.0 (StatSoft, USA).

Для математичної обробки матеріалу застосовувалися такі статистичні показники: середнє арифметичне, середнє квадратичне відхилення стандартна , похибка середнього арифметичного, коефіцієнт Стьюдента

Для аналізу взаємозв'язку між параметрами, що досліджувалися, використовувався кореляційний аналіз. У разі відповідності експериментальних даних нормальному закону розподілу розраховувався коефіцієнт кореляції Пірсона r , а для вимірювання тісноти і напрямку зв'язку між якісними змінними – коефіцієнт кореляції Крамера V .

Склад респондентів було визначено з урахуванням завдань дослідження. Дослідження проводилися із залученням осіб, працівників різних професій у вікових діапазонах від 25 до 55 років.

Перший етап – вивчення та аналіз літератури, узагальнення вітчизняного і світового досвіду.

Другий етап – проведення досліджень із вивчення способу життя, суб'єктивна оцінка рівня здоров'я, стану постави осіб зрілого віку.

Третій етап – статистична обробка первинних даних дослідження.

Четвертий етап – розробка рекомендацій щодо стану постави осіб зрілого віку.

Технологія Скринінгу стану постави

Крок 1. Перед початком реабілітаційного процесу рекомендовано заповнити анкету "Скринінг стану постави "

Анкета «Скринінг стану постави» має 12 Блоків по 4-8 питань. Всього 75 питань, з котрих більшість закриті питання, з варіантами відповіді так /ні, або вибрати свій варіант, і тільки 4 питання мають відкритий варіант відповіді.

Анкета "Скринінг стану постави"

Ця анкета створена для суб'єктивного дослідження стану постави, виявлення чинників які впливають на кожного індивідуума, що надасть змогу для розроблення програми реабілітації.

Анкета має 11 розділів, кожний приблизно по 5 питань.

Вам знадобиться 10-15 хв

Питання розроблені максимально просто, у більшості з варіантами відповіді.

Якщо на якісь питання важко відповісти в графі "Інше" (англ "Other", рос."Другое ") можна написати - не знаю

Ця анкета створена для дослідження постави у певній віковій категорії, а саме зрілий вік 25–55 р.

Якщо Вам менше 25 років, чи більше 55 років, цю анкету НЕ заповнюйте.

Ваші відповіді дуже важливі, дякуємо за Вашу увагу.



1. Загальні інформація 7 питань
2. Рівень фізичної активності 4 питань
3. Стан Здоров'я 6 питань
4. Хороші та погані звички 8 питань
5. Вплив стресового фактору 4 питань
6. Скарги на сьогоднішній день 8 питань
7. Попередні обстеження і лікування 4 питань
8. Постава 7 питань
9. Зубощелепна система, головний біль і постава 12 питань
10. Стопи і постава 7 питань
11. Робоче місце і постава 4 питань
12. заключна частина 4 питань

Пацієнт може її заповнити самостійно , але за моїми спостереженнями краще це робити разом з реабілітологом / тренером . Заповнення анкети в середньому займає 15 хв. По результати опитування 75 % відмітили не складність при заповненні , 11% відповіли що було складно зрозуміти питання, тому декі питання ще потребують корекції. Але при цьому 90 % відповіли про користь і бажання обговорити результати і спланувати наступні дії.

Крок 2. За результатами анкети , реабілітолог / тренер має визначити які чинники мають найбільше значення.

Блок 1. Загальні інформація

Збір інформації з приводу пацієнта, його вік , стать та рід занять. А також ріст і вага ,для вираховування індексу маси тіла.

Кожен з цих параметрів має виражений вплив на прогнозування і здійснення реабілітаційного процесу. Наприклад Вік: у нетренованих людей є велика різниця фізичних якостей ,таких як сила, витривалість, гнучкість , координація, швидкість та спритність у ранньому зрілому віці (25-30 років) і більш пізньому (50-55 років).

Рід занять : має значення зі сторони фізичного навантаження, стресовий фактор, і також умови праці (ергономіка робочого місця, правильний режим робота-відпочинок ,та інші умови праці).

Безумовно визначення індексу маси тіла важливо для складання реабілітаційного процесу враховуючи індивідуальні особливості і мультидисциплінарний підхід.

1. Загальні інформація

Прізвище Ім'я По Батькові
(за бажанням)

Ваша відповідь _____

Оберіть свою вікову групу *

- 25-30
- 30-35
- 35-40
- 40-45
- 45-50
- 50-55
- Варіант 6

стать *

- чоловік
- жінка

Рід занять, професія, основана діяльність (можливо вибрати декілька варіантів) *

- менеджер
- керівник
- програміст
- архітектор/дизайнер
- юрист
- економіст /фінансист /бухгалтер
- будівельник /
- вчитель
- військовий
- лікар
- психолог

- лікар
- психолог
- майстер манікюру/макіяжу/перукар
- мама в декреті/жінка берегиня сім'ї
- пенсіонер
- тимчасово не працюю
- Інше:

Ріст в см (наприклад:172) *

Ваша відповідь _____

Вага в кг *

Ваша відповідь _____

Блок 2 Рівень фізичної активності

В цьому блоці важливо визначити який вид діяльності превалює в повсякденному житті , скільки часу людина приділяє оздоровчій фізичній активності на тиждень.

Враховуючи останні рекомендації ВООЗ:

- фізична активність середньої інтенсивності не менше 150 хвилин на тиждень або вправи аеробіки високої інтенсивності не менше 75 хвилин на тиждень чи еквівалентний об'єм фізичної активності середньої та високої інтенсивності
- вправи аеробіки слід виконувати серіями протягом не менше 10 хвилин
- для отримання додаткових переваг для здоров'я дорослі люди мають збільшити час виконання вправ аеробіки середньої інтенсивності до 300 хвилин на тиждень або виконувати вправи аеробіки високої інтенсивності до 150 хвилин на тиждень чи еквівалентний об'єм фізичної активності середньої та високої інтенсивності
- силові вправи слід виконувати з залученням головних груп м'язів два і більше днів на тиждень

The image shows a digital questionnaire with two columns of questions. The left column has a purple header '2. Рівень фізичної активності'. The first question asks 'Скільки год/день проводите сидячі?' with radio button options: 'більше 10 годин в день', '8-10 год/день', '6-8 год/день', '4-6 год/день', and 'менше 4 год/день'. A red warning icon and text 'Відповідь на це запитання обов'язкова' are at the bottom. The second question asks 'Якщо робота у більшості часу стоячи (наприклад продавець), то скільки годин стоячи?' with radio button options: '6-8 годин в день', '4-6 г/д', '2-4 г/д', and 'менше 2'. A pencil icon is at the bottom right. The right column has a question 'Скільки годин в день динамічна активність (ходьба, фізична діяльність побутова +робоча)?' with radio button options: '6-8 год/день', '4-6 год/день', '2-4 год /день', '1-2 год/день', and 'Інше: _____'.

2. Рівень фізичної активності

Скільки год/день проводите сидячі ? *

більше 10 годин в день

8-10 год/день

6-8 год/день

4-6 год/день

менше 4 год/день

⚠ Відповідь на це запитання обов'язкова

Якщо робота у більшості часу стоячи (наприклад продавець), то скільки годин стоячи ?

6-8 годин в день

4-6 г/д

2-4 г/д

менше 2

Скільки годин в день динамічна * активність (ходьба, фізична діяльність побутова +робоча)?

6-8 год/день

4-6 год/день

2-4 год /день

1-2 год/день

Інше: _____

Блок 3 Стан Здоров'я

Цей блок спрямований на виявлення захворювань чи патологічних станів порушення ОРА та інших систем, щоб врахувати їх при створенні програми реабілітації в контексті мультидисциплінарного підходу.

<p>3. Стан Здоров'я</p> <p>Як би Ви оцінили своє самопочуття за останній рік *</p> <p><input type="radio"/> постійно почував себе хворим / слабким / страждаю від постійного болю</p> <p><input type="radio"/> часто відчуваю себе хворим / слабким / заважає періодичний біль</p> <p><input type="radio"/> в цілому добре, інколи відчуваю погіршення після перенавантажень чи стресів</p> <p><input type="radio"/> задовільне самопочуття, не враховуючи легкі простуди</p> <p><input checked="" type="radio"/> відчуваю себе абсолютно здоровим</p>	<p>Чи були травми? Особливо : * падіння на спину, на куприк, травми голови / шиї, ДТП (враховуючи і в дитинстві), також переломи кінцівок</p> <p>Якщо так, напишіть що саме в графі Інше</p> <p><input type="radio"/> Ні</p> <p><input type="radio"/> Інше: _____</p>
	<p>Чи були операції (враховуючи і в дитинстві) ? *</p> <p>Якщо так, перелічіть які саме в графі Інше</p> <p><input type="radio"/> Не було операцій</p> <p><input type="radio"/> Інше: _____</p>

<p>Чи маєте Ви захворювання чи порушення функції інших органів чи систем ? (можливо вибрати декілька варіантів) *</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> серця</p> <p><input type="checkbox"/> судин</p> <p><input type="checkbox"/> легень</p> <p><input type="checkbox"/> нирок</p> <p><input type="checkbox"/> ШКТ(шлунок,кишківник, печінка,жовчний міхур, підшлункова)</p> <p><input type="checkbox"/> цукровий діабет</p> <p><input type="checkbox"/> гіпертонічна хвороба</p> <p><input type="checkbox"/> не знаю</p> <p><input type="checkbox"/> ні, не маю</p> <p><input type="checkbox"/> Інше: _____</p>	<p>Чи маєте ви на сьогодні порушення опорно-рухового апарату ? (можливо вибрати декілька варіантів) *</p> <p><input type="checkbox"/> запальні процеси в суглобах (ревматоїдний артрит, подагра)</p> <p><input type="checkbox"/> артроз чи інші незапальні порушення суглобів кінцівок</p> <p><input type="checkbox"/> остеохондроз чи інші незапальні порушення суглобів хребта</p> <p><input type="checkbox"/> протрузії чи грижі міжхребцевих дисків</p> <p><input type="checkbox"/> ні, не маю</p> <p><input type="checkbox"/> не знаю</p> <p><input type="checkbox"/> Інше: _____</p>
--	--

Чи маєте сколіоз встановлений як *
діагноз?

Так

Ні

Маю викривлення хребта , але
діагнозу точно не знаю

Не знаю

Інше: _____

Блок 4 Хороші та погані звички

За допомогою корегування звичок людини, можна дуже швидко і ефективно вплинути на його самопочуття і можливість виконувати фізичні вправи, тим самим підвищити ефективність реабілітаційного процесу , і рівень здоров'я.

Тому важливо проговорити такі звички : сон, харчування, ранкова гімнастика, куріння, алкоголь.

4. Хороші та погані звички

Сон (скільки спите годин на добу) *

7-9

менше 7

більше 9

Інше: _____

Чи маєте больові відчуття під час *
чи після сну ?

Так

Ні

Інше: _____

Чи задоволені Ви якістю свого сну *
?

так

Ні

Інше: _____

Чи пов'язуєте свої неприємні відчуття з некомфортними умовами сну , наприклад з матрацом, подушкою чи ліжком ? (можливо вибрати декілька варіантів)

ні

матрац

ліжко

подушка

Інше: _____

Виберіть який вид Харчвання типовий для Вас *

Правильне раціональне (правильні і якісні продукти і вчасно)

Хаотичне (неправильно та/або неякісно та/ або невчасно)

Лікувальна дієта

Вегетаріанство

Інше: _____

Алкоголь: скільки вживаєте доз в * ТИЖДЕНЬ ? (якщо 1 доза містить 10гр чистого спирту: це 25 гр горілки, 150 гр вина, 330 гр пива)

0 доз (наприклад 0 бокалів вина)

Менше ніж 7 доз (наприклад 7 бокалів вина) на тиждень

7-14 доз на тиждень

Більше ніж 20 доз на тиждень

Куріння : скільки палите цигарок в день? *

0

1-5

5-10

10-20

більше 20

Чи маєте Ви як звичку робити гімнастику кожного дня? *

так

Ні

Інше: _____

Блок 5 Вплив стресового фактору

Вплив рівня стресу в теперішніх умовах важко переоцінити. Важливо виявити вираженість впливу стресу, чи адаптується людина до нього, чи присутні симптоми дезадаптації (наприклад депресія, панічні атаки, астенія), чи відчуває людина цей стрес на фізичному рівні рівні.

Ці відповіді будуть дуже важливі для розуміння і планування цілей.

5. Вплив стресового фактору

Як би Ви оцінили по інтенсивності * рівень стресу який Ви відчували за рік в балах 0-10

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Як би Ви оцінили по тривалості * цей стрес

постійний

періодично часто

періодично рідко

Інше: _____

Чи мали Ви за останній рік певні * психологічні стани / розлади ? (можливо вибрати декілька варіантів)

ні

тривожний стан

панічні атаки

депресія

астенія (слабкість)

Інше: _____

Чи відчуваєте як Ваше тіло реагує * на стрес ?наприклад відчуваєте напруження м'язів шиї, чи болить голова, слабкість чи навпаки напруженість..

Якщо так, напишіть як саме в графі Інше

Ні

Інше: _____

Блок 6.Скарги на сьогоднішній день

В цьому блоці важливо конкретно проговорити про стоан ОРА на сьогоднішній день, щоб актуалізувати ті зони які потребують уваги в першу чергу.

6. Скарги на сьогоднішній день			
Поставте в балах оцінку на скільки вас турбують такі відділи опорно-рухового апарату (де 1 нічого не турбує, функціональність в повному обсязі, 2 -ніколи турбує , 3 - турбує виражений біль, постійно , важко робити побутові справи)			
	1	2	3
Шийний відділ хребта	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Грудний відділ хребта	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Попероковий відділ хребта	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Крижово-куприковий (таз)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
М'язи / Суглоби верхніх кінцівок (плече,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Які головні 3 скарги на сьогодні * котрі заважають Вам працювати чи відпочивати ?

Ваша відповідь _____

Яка Ваша головна скарга стосовно опорно-рухового апарату за останній місяць

Ваша відповідь _____

Чи маєте Ви біль у спині ? *

так

ні

Інше: _____

Якщо є Біль, якого він характеру (* можливо декілька варіантів)

не маю болю

стріляючий

пекучий

тянучий

стискаючий

ваш варіант

Інше: _____

Оцініть вираженість болю в балах від 0 до 10 :
якщо 0 відсутність болю
1-3 слабкий біль, біль можливо ігнорувати
4-6 помірний, біль заважає робити звичні справи
7- 9 дуже сильний , заважає думати, сконцентруватися
10 нестерпний біль

ШКАЛА ОЦІНКИ ІНТЕНСИВНОСТІ БОЛЮ

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

0 1-3 4-6 7-9 10

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Коли виникла основна проблема

1 тиждень -1 місяць

1міс- 3 міс

3міс-6міс

6міс-1 рік

1-3 роки тому

більше 3х років

більше 5 років

більше 10 років

з дитинства

Інше: _____

Блок 7. Попередні обстеження і лікування

Кожен організм має індивідуальну особливість, тому має велике значення звернути увагу на попередній досвід, які були реакції на лікування чи реабілітацію в минулому. Якщо людина має певні встановлені діагнози, то доречним буде вести такого клієнта враховуючи лікарські рекомендації, або запропонувати звернутися до лікаря для контролю ситуації в даний момент.

7. Попередні обстеження і лікування

Чи зверталися до спеціалістів? (*
можливо вибрати декілька
варіантів)

- сімейний лікар
- ортопед
- невролог
- кардіолог
- ревматолог
- ендокринолог
- фізичний терапевт / реабілітолог
- остеопат
- кінезіолог
- мануальний терапевт
- психолог/психотерапевт
- ні
- Інше:

Чи проходили Ви такі обстеження
? (можливо вибрати декілька
варіантів)

- Рентгенологічні дослідження
- Кт
- МРТ
- УЗД судин
- УЗД внутрішніх органів
- лабораторні дослідження
- Ні
- Інше:

Чи проходили Ви лікування/
реабілітацію? (*
можливо вибрати декілька варіантів)

- Ні
- Медикаментозне лікування
- Хірургічне
- Фізична терапія
- Масаж
- Інше:

Який був результат лікування?

- позитний результат, повне
виліковування
- позитивний результат, часткове
поліпшення
- без позитивної динаміки
- негативна динаміка (стало гірше)

Блок 8 Постава

Самооцінка та самоконтроль мають значний вплив на корекцію постави. Тому важливо навчити клієнта методиці самооцінки і також звернути увагу на звичні пози протягом дня, навчити корегувати поставу. Тому важливим є визначити як клієнт розуміє свій стан постави на сьогоднішній день, і порінювати протягом реабілітаційного процесу. Кожна людина коли бачить позитивний результат має мотивацію для занять в подальшому.

8. Постава

Як би ви оцінили свою поставу, коли стоїте? *

відмінна

добра

задовільна

погана

Як би ви оцінили свою типову робочу позу, коли сидите за столом або за комп'ютером? *

відмінна

добра

задовільна

погана

Чи часто ви користуєтеся цифровими пристроями (наприклад, смартфонами, ноутбуками)? Скільки годин на день в середньому? *

небагато 1-2 год/день

2-4 год/день

середньо 4-6 год / день

6-8 год/день

дуже багато 8-12 год / день

важко порахувати

інше: _____

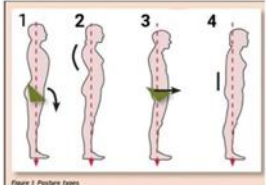
Як часто ви відчуваєте біль у шії або спині, пов'язаний з використанням пристрою? *

часто

іноді

ніколи

Якби Ви подивилися на себе в дзеркалі збоку, який вид постави вибрали що відповідає вашій ситуації *



1 виражений прогин в попереку допереду + збільшений нахил тазу вперед і вниз

2 сутулість у грудному відділі

3 сутулість + збільшений прогин в попереку + таз зміщений допереду

4 плоска спина, випрямлена

5 голова весь час нахилена вперед і вниз

6 здорова постава- норма (на одній лінії голова-плечі-таз)

не можу визначити

Чи знаєте ви про важливість правильної постави для здоров'я? *

так

ні

Чи є у вас зараз занепокоєння щодо вашої постави або здоров'я опорно-рухового апарату? *

так

ні

Блок 9. Зубощелепна система , головний біль і постава



Більшість людей не пов'язують проблеми зубощелепної системи і порушень постави.

За останнє десятиріччя було проведено велика кількість на цю тему. Було виявлено що 25%т людей мають проблеми зубощелепної системи які впливають на поставу.

Міофасціальні зв'язки жувального та постурального апарата: м'язева система невід'ємно пов'язана з фасціальною .Максило-мандибулярний комплекс є невід'ємною ланкою моторної системи міофасціального каркасу організму, особливо з тісним зв'язком моторного комплексу голови та шиї (CatanzaritiJ.F,2005;National Institute of Dental and Craniofacial Research,2014).

При синдромі дСНЦС більшість пацієнтів неодноразово, безуспішно лікуються у неврологів, фізіотерапевтів, ларингологів, а результати не приносять довготривалої стабільності.

Тому для проведення ефективного фізкультурно-спортивної реабілітації рекомендовано виключити вплив зубощелепної системи або рекомендувати звернутися до відповідних спеціалістів в стоматології.

9. Зубощелепна система і постава	
Чи є біль у жувальних м'язах? *	Чи є біль у скронево-нижньощелепному суглобі (СНЦС) ? *
	
<input type="radio"/> так	<input type="radio"/> так
<input type="radio"/> ні	<input type="radio"/> ні
<input type="radio"/> Інше: _____	<input type="radio"/> Інше: _____

Клацання у СНЩС суглобі при відкритті рота ? *

- так
- ні
- Інше: _____

Чи є порушення відкриття рота ? *

- так
- Ні
- Інше: _____

Чи маєте скрежетіння зубами, в тому числі вночі (бруксизм) ? *

- так
- ні
- Інше: _____

Маєте чи мали ортодонтичну коррекцію (наприклад брекети) ? *

- так
- ні
- Інше: _____

Чи є відсутні зуби, не враховуючи вісімки ? *

- так
- ні



Як часто вас турбує Головний біль ? *

- майже не турбує (1-2 рази в рік)
- рідко (1-2 р в місяць)
- часто (1-2 р в тиждень)
- постійно (майже кожного дня)
- не турбує
- Інше: _____

Яка локалізація головного болю для Вас більш типова ? (можливо вибрати декілька варіантів) *

- Біль у скронях
- В потилиці
- Тім'яна (маківка)
- Лобна частина
- Лицевий біль
- різні
- не маю головного болю
- Інше: _____

Чи пов'язаний головний біль з позою? *

так

ні

Інше: _____

Чи пов'язаний головний біль з фізичними навантаженням? *

так

ні

Інше: _____

Чи пов'язаний головний біль з психологічним навантаженням? *

так

ні

Блок 10. Стопи і постава

Майже 80% людей тією чи іншою мірою мають проблеми зі стопою, але найпоширенішим із цих порушень у будь-якому віці є деформація плоскостопості. За даними попередніх досліджень, поширеність плоскостопості в загальній популяції становить близько 25%.

Будь-яка зміна структури стопи роблять людей схильними до порушень рівноваги, координації, гнучкості і змін кінетики всього ОРА.

Якщо виявляється та чи інша патологія, то корекція має бути обов'язково включена в процес фізкультурно-спортивної реабілітації .

10. Стопи і постава

* Чи є біль у стопах? *

так

ні

Інше: _____

Чи помічали деформації / зміни форми стопи? *

так

ні

Інше: _____

Чи є обмеження рухливості у стопах? *

так

ні

Інше: _____

Чи є/були у Вас устілки ("стельки")? *

так

ні

Інше: _____

<p>Чи підбираєте Ви собі взуття згідно до ваших особливостей стоп? *</p> <p><input type="radio"/> так</p> <p><input type="radio"/> ні</p> <p><input type="radio"/> Інше: _____</p>	<p>Чи встановлювали Вам коли-небудь такі стани, як: *</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>так</th> <th>ні</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Плоска стопа</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Вальгусна стопа (стопа завалену всередину)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Халюс Вальгус (росте кістока і поворот першого пальця)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>П'яточна шпора (плантарний фасциїт, біль на підшві)</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Синдром перекошу тазу</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td>Різну довжину ніг</td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>		так	ні	Плоска стопа	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Вальгусна стопа (стопа завалену всередину)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Халюс Вальгус (росте кістока і поворот першого пальця)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	П'яточна шпора (плантарний фасциїт, біль на підшві)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Синдром перекошу тазу	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Різну довжину ніг	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	так	ні																				
Плоска стопа	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				
Вальгусна стопа (стопа завалену всередину)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				
Халюс Вальгус (росте кістока і поворот першого пальця)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				
П'яточна шпора (плантарний фасциїт, біль на підшві)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				
Синдром перекошу тазу	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				
Різну довжину ніг	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																				
<p>Якщо подивитися на Ваше взуття то який вид зношеності підовши буде для Вас типовий? (можливо вибрати декілька варіантів) *</p> <p><input type="checkbox"/> Скошеність внутрішнього краю</p> <p><input type="checkbox"/> Зовнішнього краю</p> <p><input type="checkbox"/> Скошеність підборів назад</p> <p><input type="checkbox"/> не можу визначити</p> <p><input type="checkbox"/> Інше: _____</p>																						

Блок 11. Робоче місце і постава

Ергономіка робочого місця має надзвичайний вплив на організм. Останні роки, під час пандемії та війни в Україні, коли більшість людей працює в домашніх умовах, де ергономіка робочого місця не контролюється, показали спалах загострень дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта.

Тільки 60% опитуваних по анкеті відповіли що знають правила ергономіки робочого місця.

Тому важливр виявити цей чинник і навчити людей цим правилам.

11. Робоче місце і постава

Чи знаєте які мають бути параметри правильного робочого місця? *

так

ні

Інше: _____

Як ваша щоденна рутинна впливає на вашу поставу? (можливо вибрати декілька варіантів) *

робота в офісі

водіння автомобіля

фізична діяльність

хатні справи / діти

робота з вимушеним положенням (наприклад: стоматолог, майстер манікюру, рукоділля, будівельні роботи)

Інше: _____

Чи докладаете ви зусиль, щоб підтримувати гарну поставу під час цих видів діяльності? *

так

ні

Інше: _____

Де ви зазвичай шукаєте інформацію про поставу та здоров'я опорно-рухового апарату (наприклад, у медичних працівників, в Інтернеті, у друзів та сім'ї)? (можливо вибрати декілька варіантів) *

інтернет

консультація спеціаліста

друзі/родичі

ніколи не шукав/ла

Інше: _____

Блок 12. Заключна частина

В заклучній частині 90% опитуваних відповіли що бажали б отримувати інформацію з приводу покращення постави . І в цій часині можна вяснити яким чином людям буде зручно отримувати таку інформацію.

Чи зацікавлені Ви в тому, щоб дізнатися більше про покращення постави або отримати підтримку в цій сфері? *

так

ні

Інше: _____

* Яка підтримка чи ресурси були б для вас найбільш корисними? (можливо вибрати декілька варіантів)

супровід спеціаліста в офлайн режимі

супровід спеціаліста в онлайн режимі

додаток з чіткою програмою теорії і практики

цікаві відео з візуалізацією

методична інструкція у форматі PDF файлу

Ваша відповідь _____

Чи була складна для Вас ця анкета?

так

ні

Інше: _____

Крок 3. Обговорення результатів анкетування

Бесіда - неформальний обмін інформацією між дослідником і респондентом для розкриття внутрішніх переживань та думок. Дозволяє отримати глибоке розуміння думок, почуттів та досвіду учасників. Метод бесіди заснований на одержаній інформації в процесі двостороннього чи багатобічного обговорення цікавлячого дослідника питання.

Важливо саме обговорити, не прося самостійно проаналізувати результати. Це має бути діалог, під час якого спеціаліст прояснює важливі деталі для складання програми реабілітації.

Для розробки програми добре зарекомендувала методика Smart- цілі.

Вона дозволяє визначити довгострокові та короткострокові цілі.

Визначитися яким способом вони будуть досягатися і в який проміжок часу.

Крок 4. Створення Smart цілей

Можна сказати, що «*ціль* — це очікуваний результат певного набору втручань» і, як описано в Оксфордському словнику англійської мови, мета — це «об'єкт, на який спрямовані зусилля чи амбіції; призначення (більш-менш трудомістка) подорож. Мета або результат, до якого свідомо чи несвідомо спрямована поведінка. Це допомагає пояснити встановлення цілей загалом у контексті фізіотерапії та реабілітації. (Wade DT. Цілепокладання в реабілітації: огляд що, навіщо і як. Клінічна реабілітація. 2009; 23 (4): 291-295. doi: 10.1177/0269215509103551)

Одним із методів встановлення цілей є використання *цілей SMART*.

Ідеальні, оскільки вони можуть допомогти вам виконати будь-яке завдання чи мету, велику чи малу, і охоплюють такі деталі, як конкретна інформація про мету чи завдання, як, коли та чи буде вона досягнута, а також часові рамки чи тривалість виконання. мета. (Каліфорнійський університет: [SMART Goals: A How to Guide](#). 2016-2017 pp.)

Як встановити SMARTцілі

Спосіб, яким ставити свої цілі, дуже важливий — якщо не поставити правильні цілі на початку свого фізкультурно-реабілітаційного процесу, Ви обмежите свій успіх ще до того, як почнете.

Використовуючи структуру SMART, ви повинні розглянути п'ять основних напрямків під час встановлення своїх цілей, щоб зробити їх більш досяжними.

SMART-цілі – це цілі, які:

1. S – specific - Специфічна
2. M – measurable - Вимірна
3. A – attainable/achievable - Досяжна
4. R – relevant - Релевантна
5. T- timely - Прив'язана до часу



Бути специфічним:

- Хто: хто бере участь?
- Що: Чого ви хочете досягти?
- Де: Де ви досягнете мети?
- Коли: Коли ви хочете це зробити?
- Які: які вимоги та обмеження можуть стати на вашому шляху?
- Чому: Чому ти це робиш?

Бути вимірним :

- Що є базовою або вихідною точкою?
- Які показники ви збираєтеся використовувати, щоб визначити, чи досягли ви мети? Це робить мету більш відчутною, оскільки дає вам спосіб оцінити прогрес.
- Чи можете ви визначити дві чи три найважливіші частини для досягнення бажаних результатів?

Будьте доступними:

- Дослідіть, чи справді мета для вас прийнятна. Зважте зусилля, час і ресурси, які будуть потрібні для досягнення цілі, з іншими зобов'язаннями та пріоритетами.

Будь релевантним:

- Чи відповідає ціль ширшій місії ?

Бути обмеженим часом:

- Чи можна виміряти ціль протягом визначеного періоду часу?
- Чи є дедлайни?
- Чи графік реалістичний і гнучкий?
- Чи відповідає ця мета нагальній потребі?
- Чи ваші часові обмеження також створюють відчуття терміновості?

У всіх нас є важливі етапи, яких ми хочемо досягти. Хитрість полягає в тому, щоб створити план і взяти на себе зобов'язання. Написання SMART цілей може допомогти вам у цьому .

(Крістенсон С. Розвивайте корисні звички. 7 прикладів SMART Fitness Goals, які вас мотивуватимуть. Доступно за посиланням:
<https://www.developgoodhabits.com/smart-goals-fitness/>)

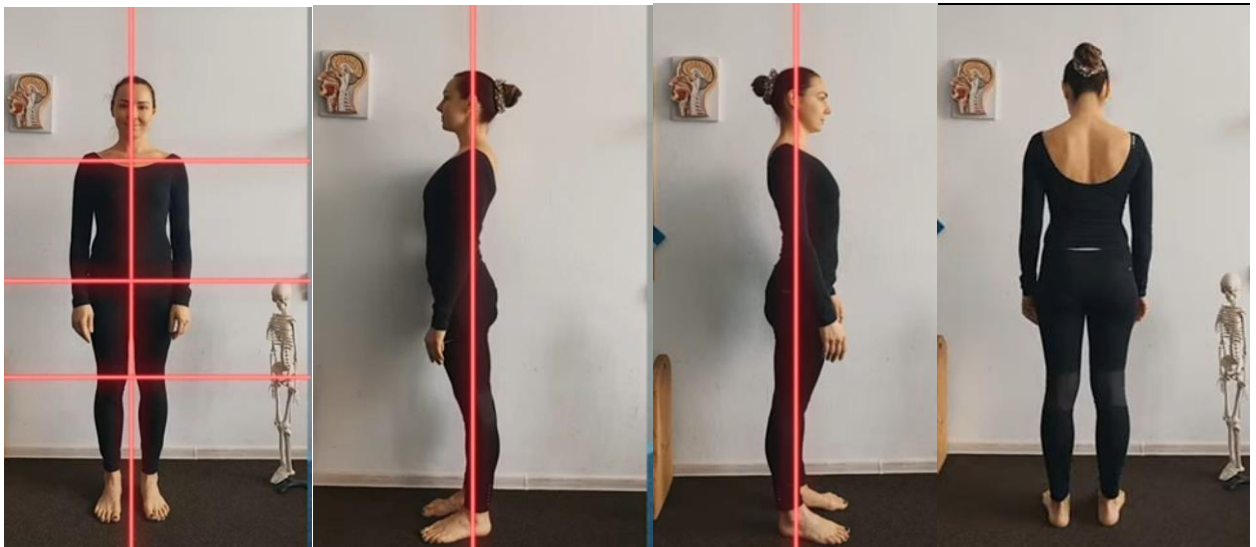
Крок 5. Моніторинг

Моніторинг ,англ. monitoring — контроль, від лат. monitor — той, хто попереджає, застерігає, радник, консультантж

У широкому сенсі моніторинг — це процес безперервного або регулярного (періодичного) збору інформації про стан певних параметрів об'єкту або суб'єкту спостереження (моніторингу). Метою моніторингу може бути накопичення інформації для її подальшого аналізу та прийняття управлінського рішення. (Юридична енциклопедія : [у 6 т.] / ред. кол.: Ю. С. Шемшученко (відп. ред.) [та ін.]. — К. : Українська енциклопедія ім. М. П. Бажана, 2001. — Т. 3 : К — М. — 792 с. — ISBN 966-7492-03-6.)

Тобто, окрім складання цілей важливо проводити моніторинг змін стану постави. На цьому етапі важливо з вибраною періодичністю у кожному конкретному випадку проводити аналіз змін, фіксацію результатів, і на основі цих результатів будувати наступні цілі і програму на наступний етап.

Приклад 1 використання технології « скринінг стану постави людей зрілого віку у процесі фізкультурно-спортивної реабілітації»



Крок 1. Перед початком реабілітаційного процесу була успішно заповнена анкета "Скринінг стану постави "

Відповіді на запитання ми маємо автоматично в Excel таблиці.

За допомогою цієї таблиці ми можемо працювати індивідуально з клієнтом, а також можна відмітити показники групи.

Крок 2. За результатами анкети одного з респондентів можна звернути увагу на такі важливі відповіді до запитань:

1. Загальні інформація

Жінка молодого віку, активно працююча та молода мати.

ІМТ нормальний.

2. Рівень фізичної активності

Недостатня кількість оздоровчої фізичної активності на тиждень, менше 50хв

3. Стан Здоров'я

В цілому задовільне самопочуття

4. Хороші та погані звички

Кількість і якість сну задовільна, але турбує рука, інколи в районі ребер після сну.

Хаотичне харчування.

Відсутність звички робити гімнастику кожного дня.

5. Вплив стресового фактору

Інтенсивність рівня стресу за останній рік висока , 8 балів, по тривалості цей стрес періодично і часто. Також за останній рік відмічалися певні психологічні стани / розлади , а саме тривожний стан . Стрес відчувається на фізичному рівні як напруженість, іноді тремор.

6. Скарги на сьогоднішній день

Самооцінка по ОРА співпадає з основними скаргами: Грудний відділ хребта 2 бали і М'язи /Суглоби верхніх кінцівок (плече, лікоть, кисть) 2 бали

Головні скарга на сьогодні котрі заважають працювати чи відпочивати :Стрес пов'язаний з війною і постійною невизначеністю.

Головна скарга стосовно опорно-рухового апарату за останній місяць :
Періодично в ночі болить рука і в грудині , тянучий, стискаючий. 3 бали
виникла основна проблема бміс-1 рік

7. Попередні обстеження і лікування

НЕ зверталися до лікарів .

Раніше проходила такі обстеження : Кт, УЗД внутрішніх органів, лабораторні дослідження

Проходили лікування/реабілітацію , а саме Фізична терапія.

Мала позитивний результат , часткове поліпшення.

8. Постава

Оцінює свою поставу стоячи як задовільну, сидячи за робочим столом як погана постава.

Має занепокоєння щодо власної постави або здоров'я опорно-рухового апарату.

Важко самостійно визначити яке саме порушення постави має.

9. Зубощелепна система , головний біль і постава

Іноді має біль у жувальних м'язах і є напруження у скронево-нижньощелепному суглобі (СНЩС) .

10. Стопи і постава

До стоп зауважень не має.

11. Робоче місце і постава

Не знає які мають бути параметри правильного робочого місця.

Відмічає що щоденна рутинна фізична діяльність /хатні справи / діти впливають незадовільно на поставу .

12. заключна частина

Має зацікавленість в тому, щоб дізнатися більше про покращення постави або отримати підтримку в цій сфері.

Має потребу в підтримці корекції стану постави в варіантах :супровід спеціаліста в онлайн режимі, а також через цікаві інформаційні відео з візуалізацією.

Крок 3. Обговорення результатів анкетування

На цьому етапі разом з респондентом ми визначили 7 основних питань на які треба вплинути в першу чергу:

- Скарги :біль в грудині та руці
- Високий рівень стресу
- Недостатність оздоровчої фізичної активності
- Хаотичне харчування
- Незадоволеність своєю поставою
- Розширити знання з приводу постави, навчитися розуміти свою поставу і способи корекції порушення постави
- Розширити знання щодо ергономічності робочого місця

Крок 4. Створення Smart цілей

1. S – specific – Специфічна

Знизити рівень стресу і його вплив на організм

Підвищити кількість оздоровчої фізичної активності

Покращити поставу

Розширити знання з приводу постави, навчитися розуміти свою поставу

Розширити знання щодо ергономічності робочого місця

Налагодити здорове раціональне харчування.

2. M – measurable – Вимірна

За перший місяць розширити знання з приводу постави, навчитися розуміти свою поставу з спеціалістом по фср, методами візуальної діагностики та скоригувати робоче місце згідно правил ергономіки.

Підвищити кількість оздоровчої фізичної активності до 150 хв в день

Для зменшення впливу стресу на організм навчитися виконувати дихальні вправи, вправи на розтяжку та медитативні практики не менше ніж 10-15 хв кожного дня.

В перший місяць звернутися до спеціалістів з приводу правильного харчування, розробити свій план харчування.

3. A – attainable/achievable - Досяжна

Дані цілі будуть досяжні завдяки підримці спеціалістів і поступовій корекції .

4. R – relevant – Релевантна

При досягненні цілей скарги на біль в грудині та руці мають зменшитися, що дасть змогу проводити час з сім'єю та виконувати хатні справи в гарному самопочутті та настрої.

Зниження рівня впливу стресу на організм покращить поставу при виконанні рекомендованих вправ.

5. T- timely - Прив'язана до часу

Протягом 1-2 місяців вивчати тему постави, вчитися виконувати вправи .

Протягом 6 місяців досягти стабільних результатів в покращенні постави, зниження стресу, зникнення больових відчуттів.

Крок 5. Моніторинг

Рекомендації:

Для зниження рівня стресу існують такі напрямки :

Емоційно- орієнтовані стратегії

Спрямовані на відволікання від ситуації, якщо її неможливо змінити, або на вивільнення емоцій.

Наприклад : СПА/ Масаж/ Хобі, не пов'язане зі змаганням/ Релакс/ Фізична активність/ Хобі/ Секс/ Волонтерство /Психотерапія/Молитва/Медитація

Когнітивно-орієнтовані стратегії

Когнітивно-поведінкова терапія спрямована на переосмислення та корекцію сприйняття дійсності. КПТ сприятиме покращенню емоційного стану, вирішенню міжособистісних та інших проблем, зміні життєвої ситуації на краще.

Mind-body практики

Оздоровчі практики, які поєднують розумову концентрацію, контрольоване дихання та рухи тіла, щоб допомогти розслабити тіло та розум.

Наприклад : йога, цигун, пілатес, дихальні вправи.

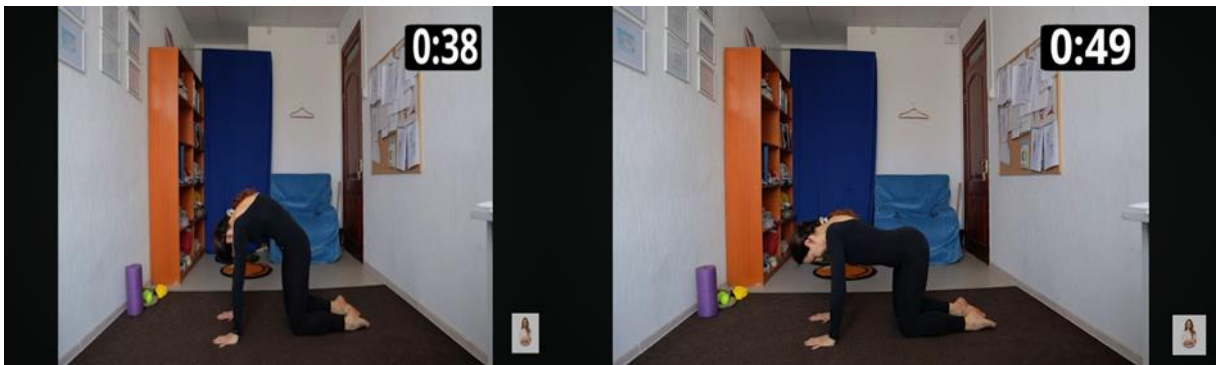
Щоб підвищити кількість оздоровчої фізичної активності рекомендовано кожного дня робити оздоровчу гімнастику не менше 150 хв в тиждень,наприклад по 30 хв 5 разів на тиждень.

Комплекс має включати в себе 10 хв аеробних тренувань, 10 хвилин розтяжка, 10 хв дихальні вправи.

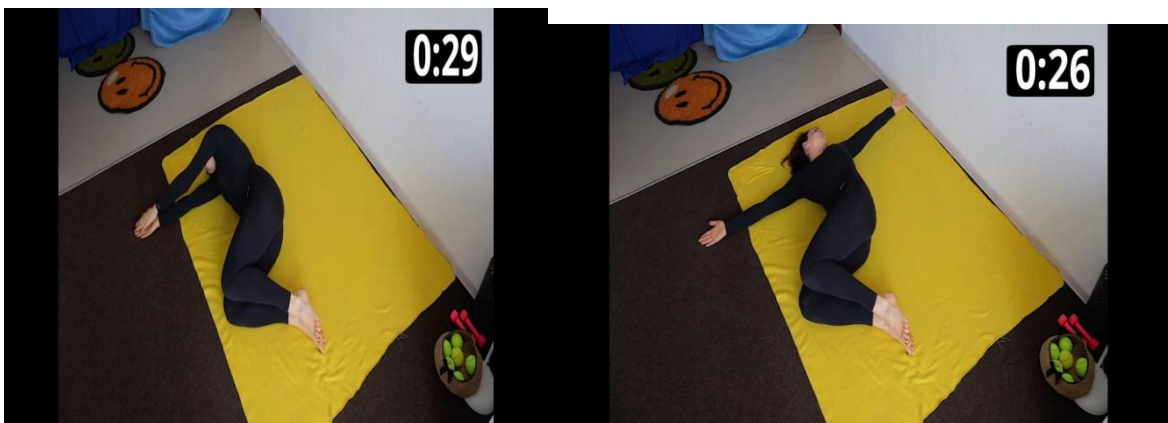
Аеробні вправи можна вибрати із перерахованих робити 5- 10хв, або всі ці вправи чергуючи по 1хв різні : біг чи стрибки на місці, скакалка, велосипед чи орбітрек , інтенсивні бокові випади чи присіднання динамічна планочка – скелелаз, супермен, віджимання, скручування прямі та перехрестні, тощо.

Розтяжка : має бути спрямована обов'язково в даному випадку на збільшення рухливості грудної клітини.

Нахили тулуба перед-задньому напрямлені



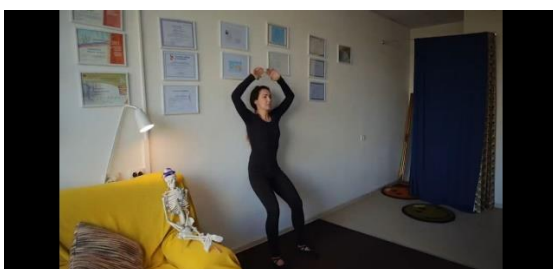
Ротації ліво-правому напрямлені



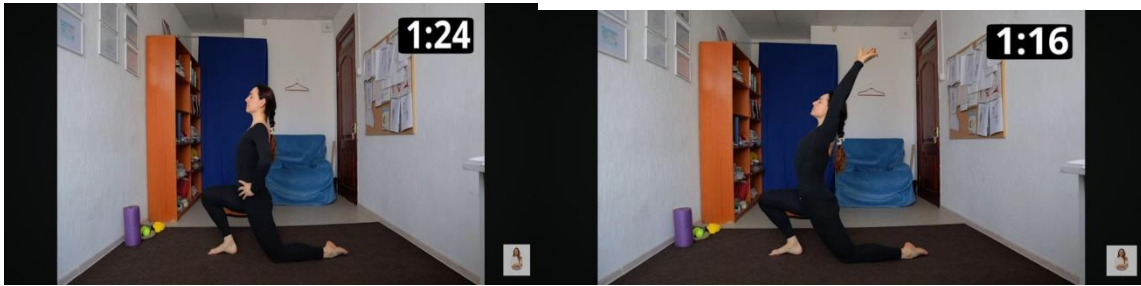
Нахили тулуба в сторони .



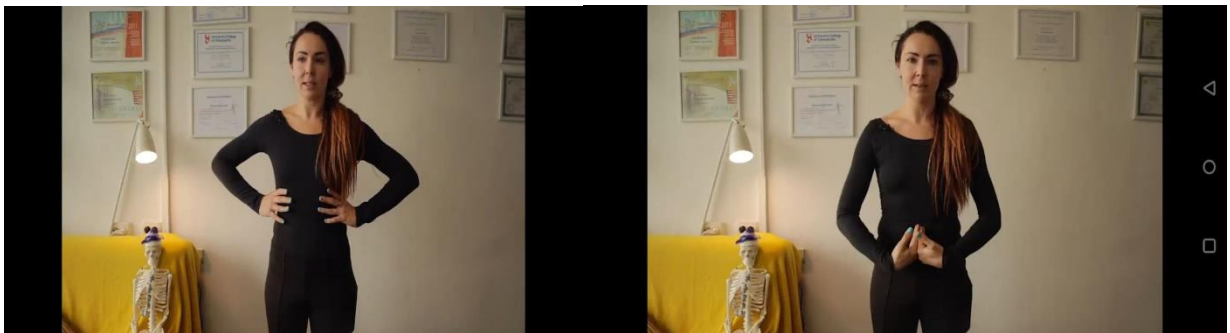
Також додати вправи м'ячом на м'язи плечового суглоба (особливо м'язи лопатки, грудні м'язи)



Розтягнення клубово-поперекового м'яза , так як він напряму впливає на діафрагму а також на поставу.



Дихальні прави : навчання діафрагмальному диханню.



<https://youtu.be/lbjMTeXWTaI?si=2OWINqu5DybfH4LE>

діафрагмальне дихання

З рекомендованими вправами можна ознайомитися за цим посиланнями:

<https://youtu.be/acMCORutQSw?si=oOW3JUcxDER39TI1>

постава розтяжка

https://youtu.be/LT_rgNTD49g?si=cIcjUIlhhRuBZicx

постава вправи лежачи

3) Просвітницькі відео на тему постави та робочого місця

<https://youtu.be/6SPcs6R3-3c?si=z9iXP-QHpoTd07Fg>

робоче місце

<https://youtu.be/JOBKMaJL3Ns?si=o38DmlRoOAlthyFt>

вправи за робочим столом

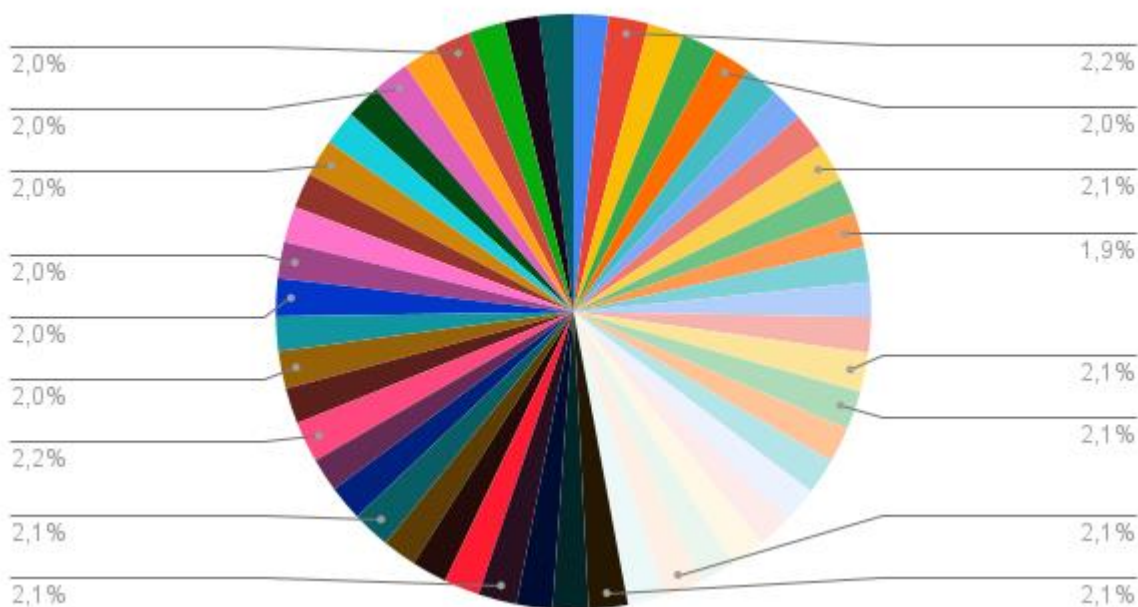
4) Якщо біль в руці та грудині за 2-3 тижні будуть не зменшуватися, або навпаки наростати рекомендовано відвідати сімейного лікаря, для подальшого виключення проблем кардіологічних, чи гастроентерологічних чи інших.

РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Загалом було проаналізовано 83 діаграми, з якими можна ознайомитися в додатку D

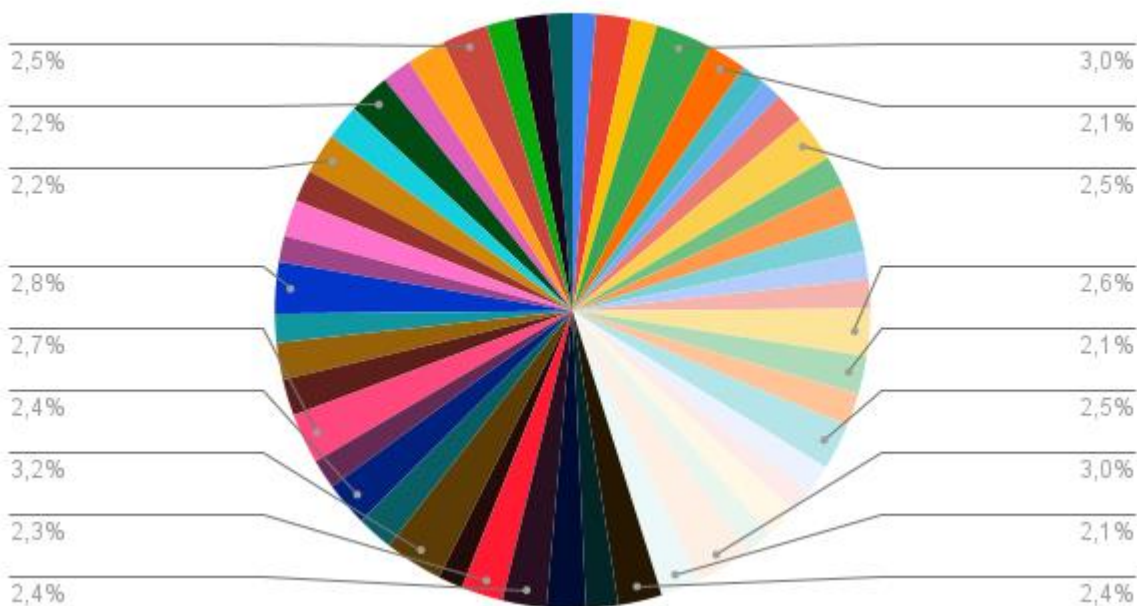
Мною було проведено дослідження впливу ваги та зросту та стан постави для цього було проведено опитування та отримано такі результати , більшість респондентів мають нормальний ІМТ. Цей показник важливо врахувати в кожному випадку окремо.

4 Ріст в см (наприклад:172)



Діаграма 4. Зріст респондентів

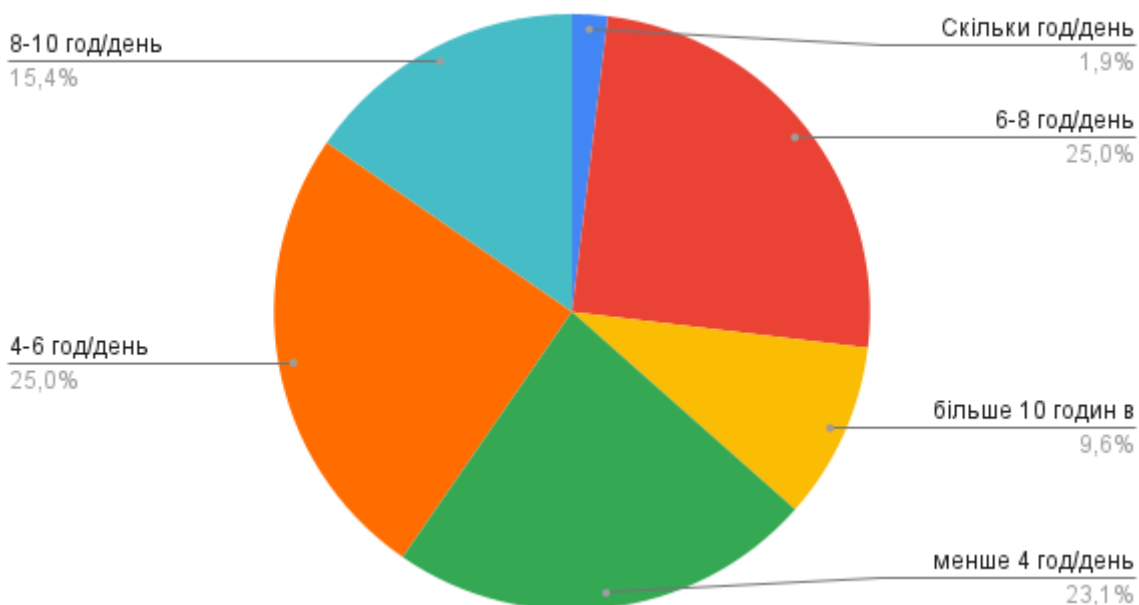
5 Вага в кг



Діаграма 5. Вага респондентів

Як у чоловіків, так і у жінок з віком зростає вплив сидячого образу життя.

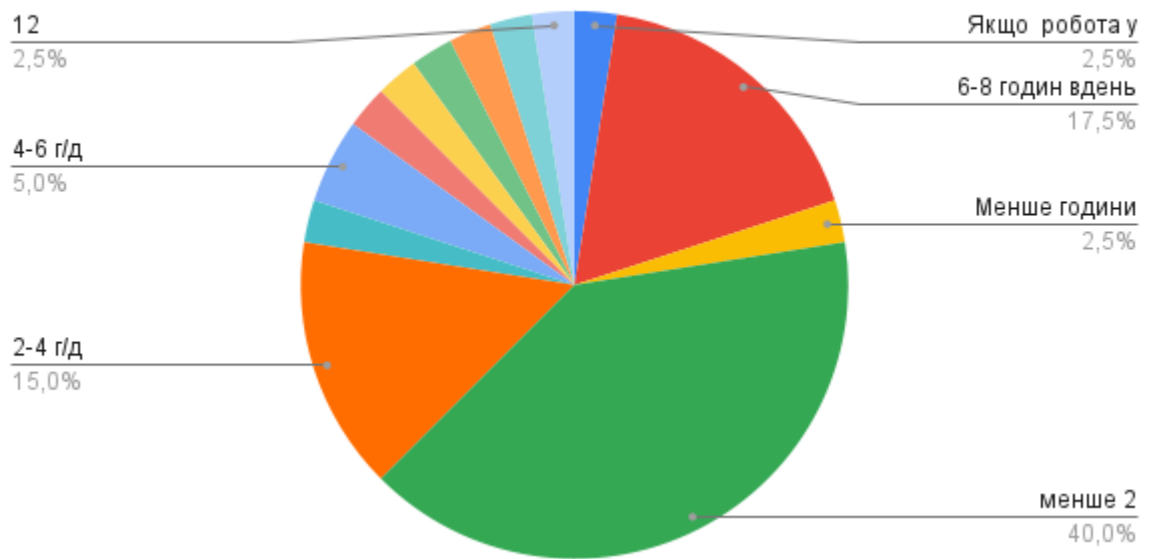
6 "Скільки год/день проводите сидячі ?"



Діаграма 6. Скільки годин проводять сидячи

Нами було досліджено і респондентів професія яких постійно пов'язана з стоячою роботою та отримано такі результати

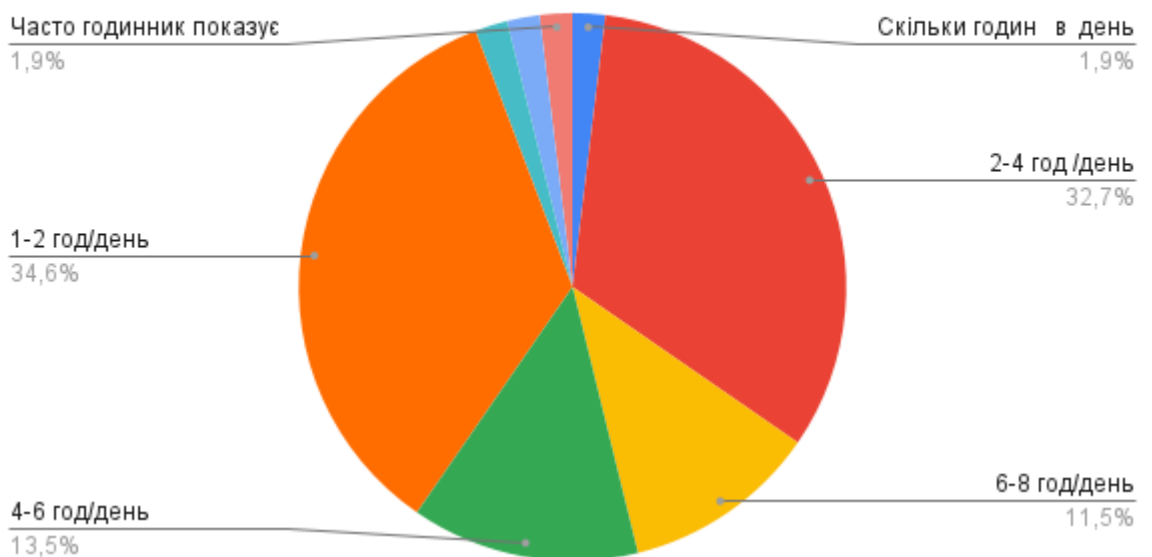
7 "Якщо робота у більшості часу стоячи (наприклад продавець), то скільки годин стоячи ?"



Діаграма 7. Години в професії стоячи

Показники рухової активності протягом дня виявились дуже високими, але з відповідей на детекторні питання, такі як: «Скільки годин в день динамічна активність» ми з'ясували, що чоловіки по суті систематично, тобто від 2 до 4 і більше разів на тиждень мають рухову активність в 49,35% випадках, а час від часу займаються 50,65% опитаних чоловіків.

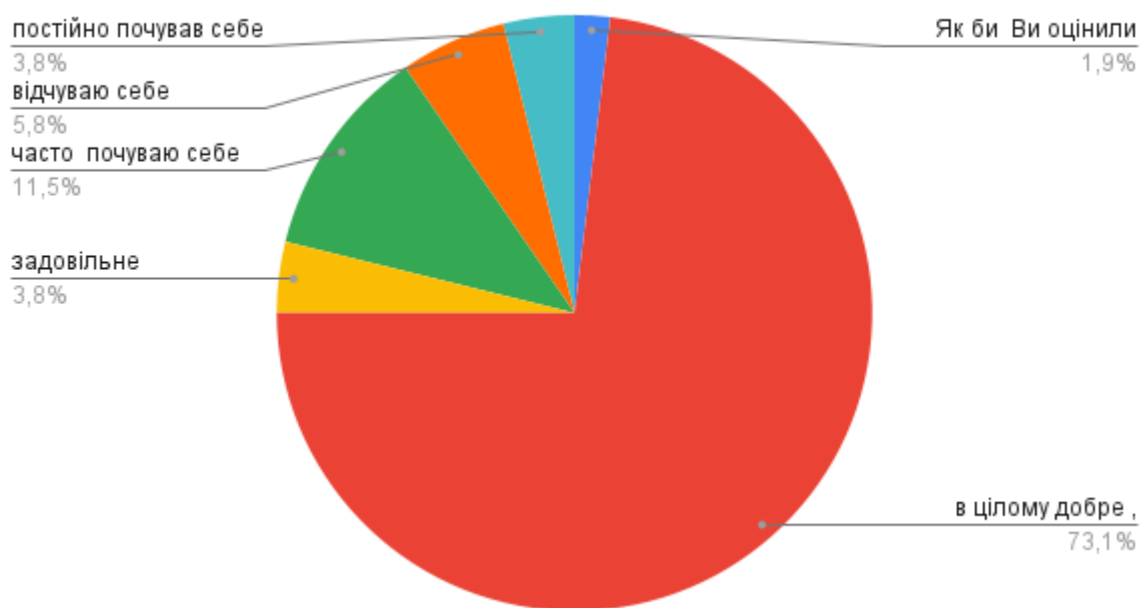
8 "Скільки годин в день динамічна активність (ходьба, фізична діяльність побутова +робоча)?"



Діаграма 8.Скільки годин в день динамічна активність

Респондентам було задано питання «Як загалом вони себе почувають за останній рік? З відповідей зрозуміло, що особи зрілого віку не усвідомлюють, як саме необхідно займатися і відсоток відповідей на питання: дещо розбігається з дійсністю. «В цілому добре» відповіли 73% респондентів.

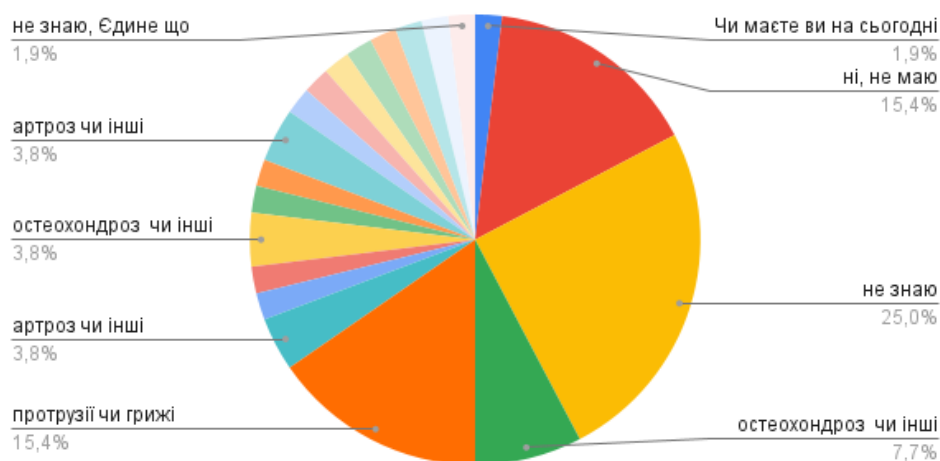
10 "Як би Ви оцінили своє самопочуття за останній рік "



Діаграма 9. Як ви оцінюєте своє самопочуття?

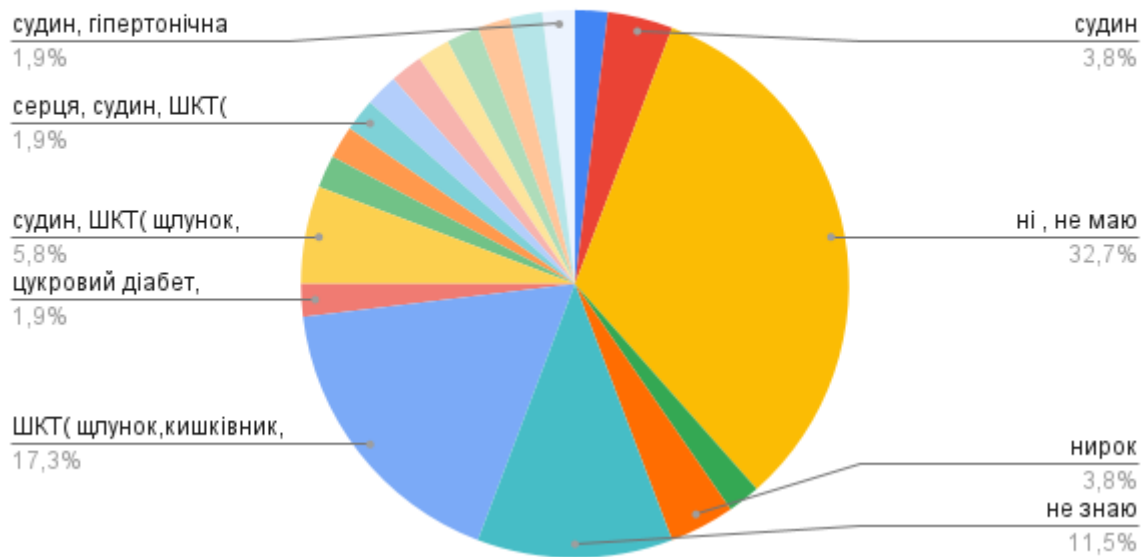
Наступний блок питань анкетування відносився чітко до виявлення вже наявних проблем зі станом постави у респондентів. Ми отримали такі результати:

11 "Чи маєте ви на сьогодні порушення опорно-рухового апарату ? (можливо вибрати декілька варіантів)"



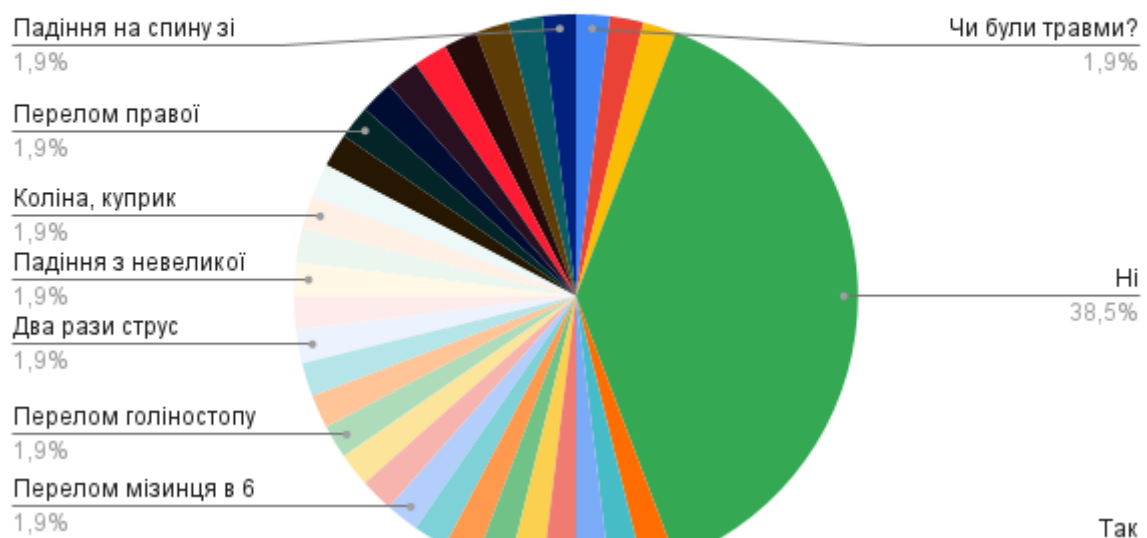
Діаграма 10.

12 "Чи маєте Ви захворювання чи порушення функції інших органів чи систем ? (можливо вибрати декілька варіантів)"



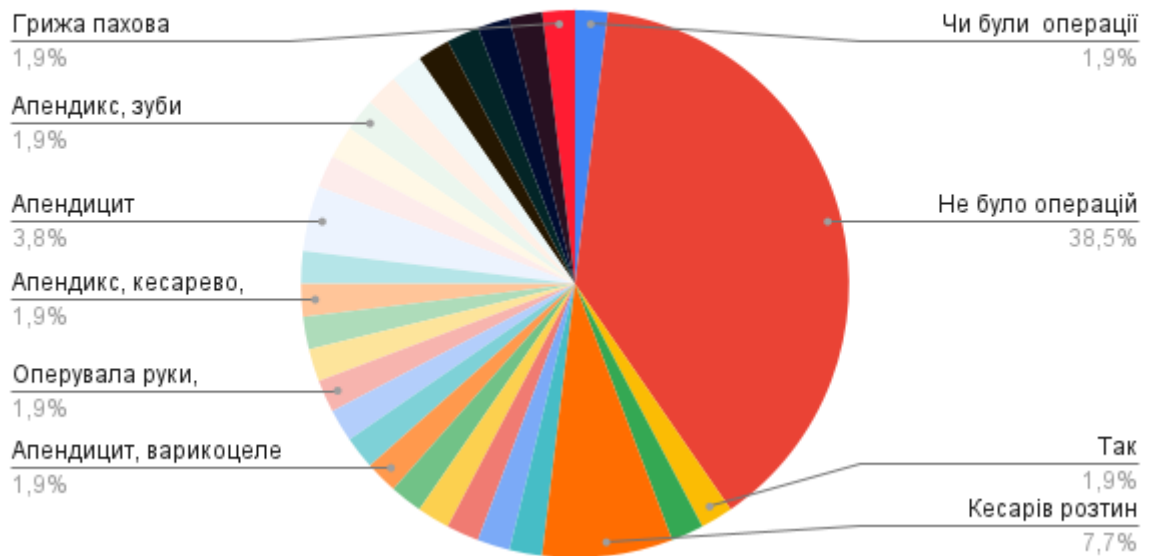
Діаграма 11.

13 "Чи були травми? Особливо : падіння на спину, на куприк, травми голови /шиї , ДТП (враховуючи і в дитинстві), також переломи кінцівок



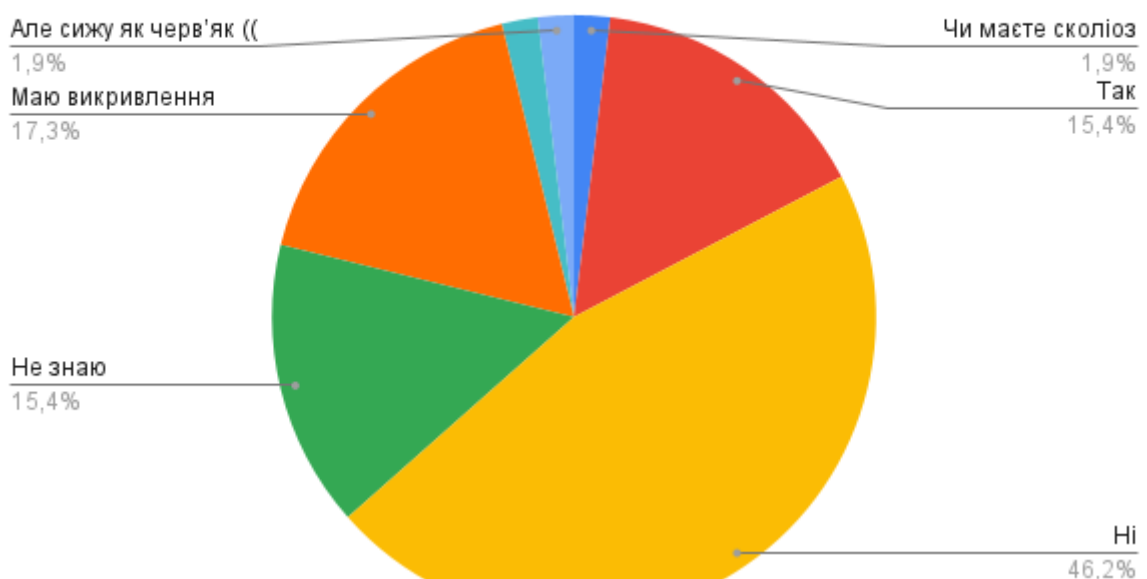
Діаграма 12.

14 "Чи були операції (враховуючи і в дитинстві) ?
Якщо так, перелічіть які саме в графі Інше "



Діаграма 13.

15 "Чи маєте сколіоз встановлений як діагноз?"

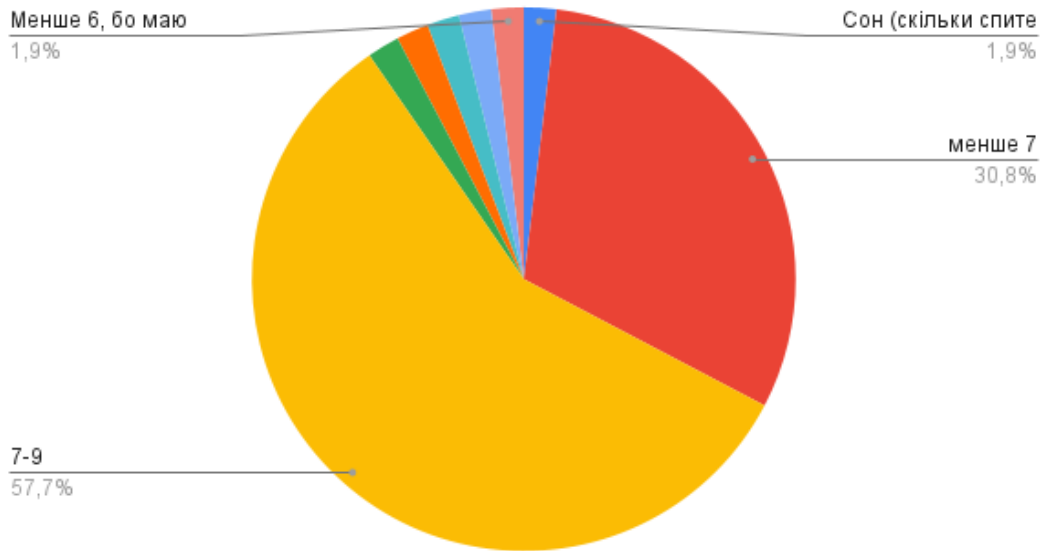


Діаграма 14.

Відповідно до даної діаграми досить велика кількість респондентів мають мають викривлення хребта, але не всі розуміють причини.

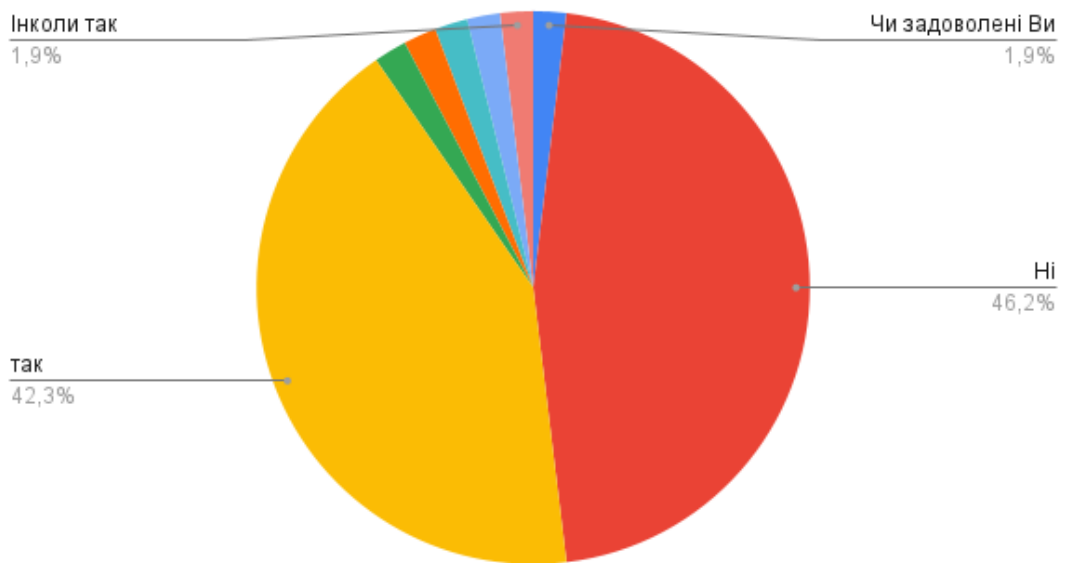
Наступним блогом є дослідження сну та харчування що має прямий вплив на стан постави у осіб зрілого віку. Результати дослідження представлено в наступних діаграмах

16 " Сон (скільки спите годин на добу)"



Діаграма 15. Аналіз сну . Майже половина опитуваних не задоволена якістю сну.

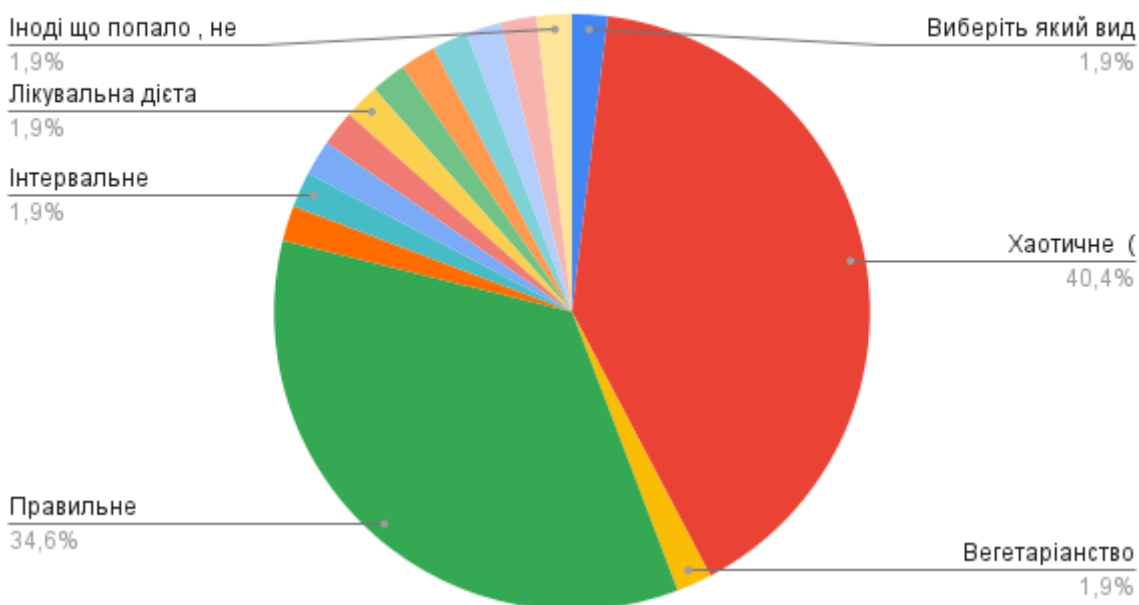
17 "Чи задоволені Ви якістю свого сну ?"



Діаграма 16.

Вагомим для аналізу стану постави є дослідження особливостей харчування респондентів з точки зору не лише режиму харчування а і якості самої їжі

20 "Виберіть який вид Харчування типовий для Вас"

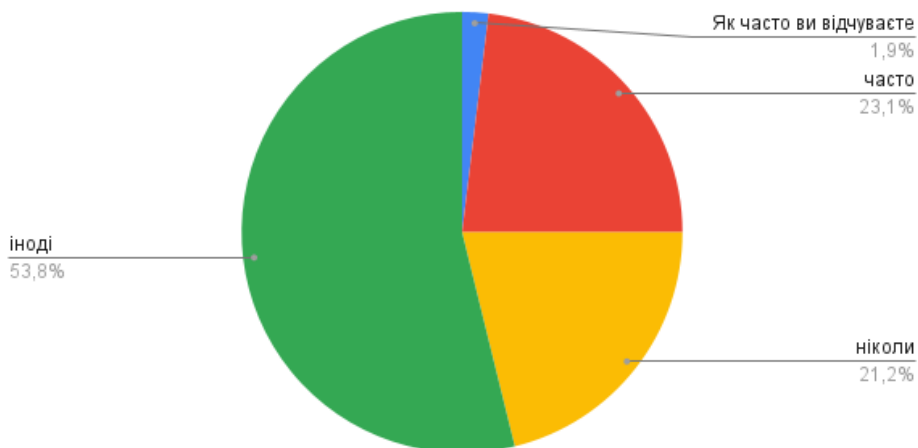


Діаграма 17.

Більшість опитаних 40% відповіли що мають хаотичне харчування, що, звісно, негативно впливає на стан постави та збільшує проблеми з поставою

Наступним блогом запитань є блог з цілим переліком питань щодо самостійного аналізу болей та неприємних відчуттів в м'язах та окремих органах тіла, результати представимо в Даграмах нижче:

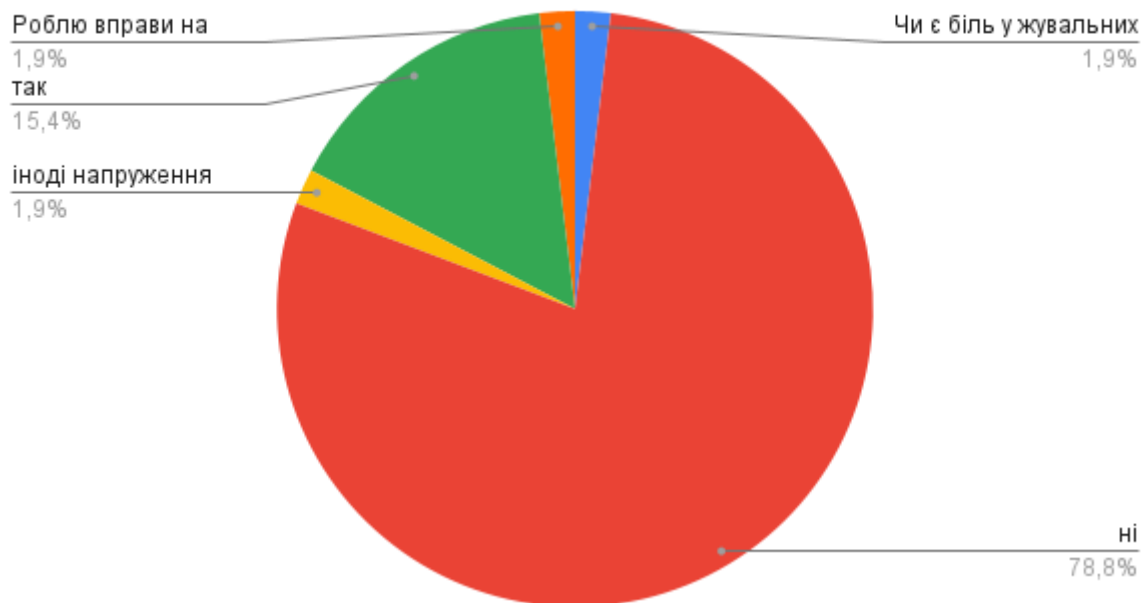
48 "Як часто ви відчуваєте біль у шиї або спині, пов'язаний з використанням пристрою?"



Діаграма 18.

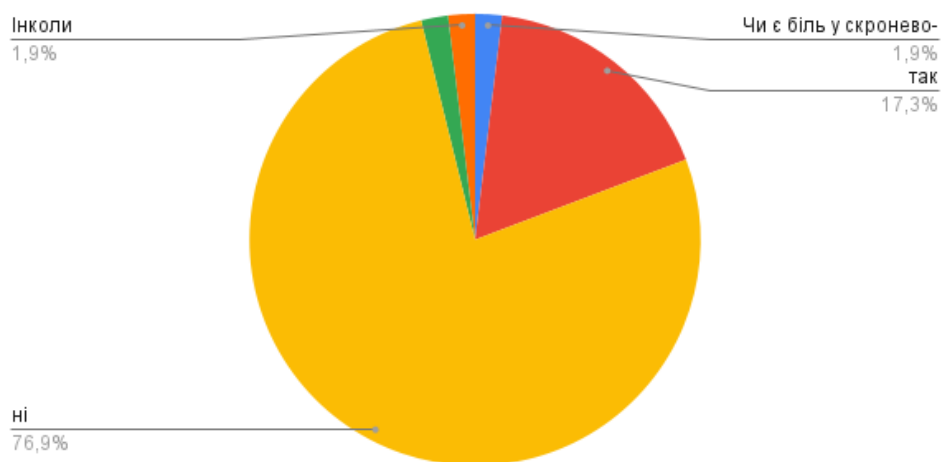
Більшість респондентів іноді чи навіть часто відчувають біль в шиї.

52 "Чи є біль у жувальних м'язах? "



Діаграма 19.

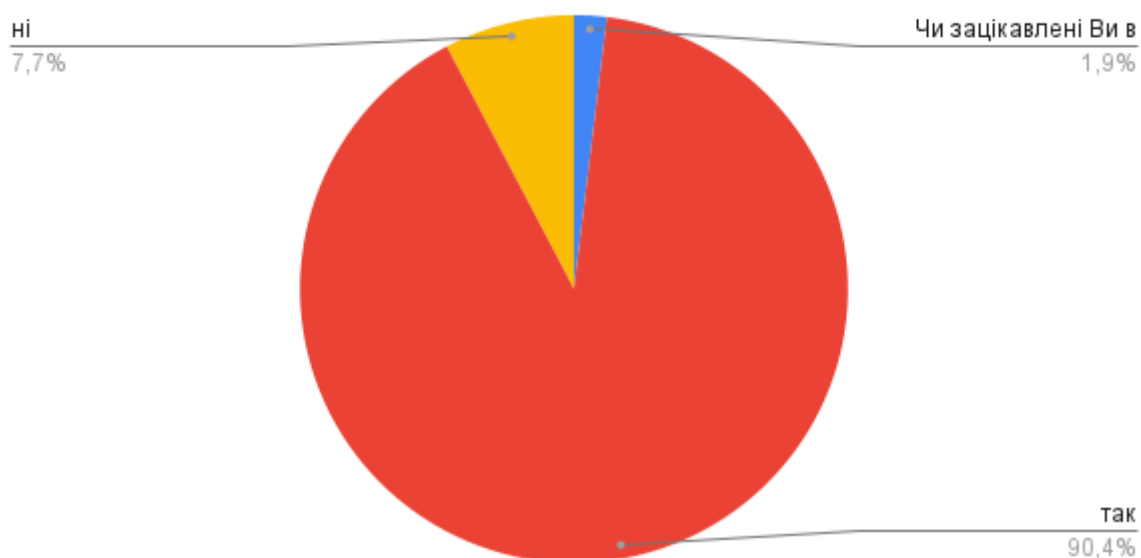
53 "Чи є біль у скронево-нижньощелепному суглобі (СНЩС) ? "



Діаграма 20.

Останнім блоком йшли питання до респондентів з метою в'яснити чи мають респонденти бажання та можливість змінювати стан своєю постави в майбутньому. Результати представимо в діаграмах нижче:

80 "Чи зацікавлені Ви в тому, щоб дізнатися більше про покращення постави або отримати підтримку в цій сфері?"



Діаграма 21.

За результатами даного питання більше 90% респондентів мають бажання дізнаватися більше та покращувати в майбутньому стан постави та отримати підтримку.

Важливо відмітити, що дана анкета сформована більше для індивідуальної оцінки, ніж для оцінки групи. Але можна зробити певні висновки:

- Рівень фізичної активності регресує з віком ;
- Стан Здоров'я : 73.1 % відзначають в цілому добре, інколи відчують погіршення після перенавантажень чи стресів, тільки невелика частка відчуває себе абсолютно здоровим - 5.8% . Але 4% постійно відчуває себе хворим / слабким / страждають від постійного болю .
- 60% осіб зрілого віку зазначають що мають порушення опорно-рухового апарату, такий же відсоток відзначають що мали травми або операції в минулому.
- Хороші та погані звички :
45% респондентів незадоволені якістю свого сну.

50% пов'язують неприємними відчуттями в тілі з некомфортними умовами сну.

Тільки 30% мають звичку робити кожного дня оздоровчу гімнастику.

- Вплив стресового фактору : більшість відзначає виражений рівень стресу, в середньому 7 балів . Цей стрес виникає періодично часто у 53.8% респондентів , 25% мали за останій рік тривожний стан.
- Постава : 80% опитуваних відзначають занепокоєння з приводу своєї постави. Тільки 13% задоволені поставою за робочим місцем.
- Зубощелепна система і постава : 15-25% осіб зрілого віку мають ті чи інші симптоми порушення зубощелепої системи.
- Стопи і постава : майже 30 % мають постійний біль у стопах. 35% мають різні деформації стопи . 50% не знають як правильно підбирати взуття відповідно до своїх стоп.
- Робоче місце і постава : майже 40 % не знають про правила робочого місця.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

В результаті проведеного дослідження встановлено такі дані:

- більша частина осіб зрілого віку мають незадоволення своїм станом постави, і також мають деякі скарги зі сторони ОРА.
- велика частка опитуваних має виражений вплив стресу, тому важливо включати при складанні програми фізкультурно-спортивної реабілітації методики для зниження впливу стресу
- так як відмічається велика частка людей хто мають сидячий спосіб життя, та/або зменшення кількості фізичної активності

важливим буде в корекції звернути увагу на корекцію звички до рухової активності.

- інформаційна просвітницька діяльність тренера /реабілітолога має велике значення особливо по темах постави та ергономіки робочого місця.
- при опитуванні по скаргам і попереднім дослідження ми маємо змогу звернути увагу на рекомендації лікарів , які вже є, або рекомендувати звернутися до певних спеціалістів , в контексті мультидисциплінарного підходу.

Тому, вважаємо за потрібне рекомендувати:

- проводити суб'єктивне оцінювання стану постави
- за результатами анкети будувати цілі за методикою SMART цілі
- на основі вже вибудованих цілей скласти систему корекції постави враховуючи корекцію способу життя

Результати такої технології мають збільшувати ефективність традиційних програм корекції постави.

ВИСНОВКИ

В результаті проведеного дослідження можливо сформулювати наступні висновки:

Було визначено, що однією із ключових проблем стану постави у людей зрілого віку є довготривала сидяча робота за компютером.

Крім того, порушення постави в осіб зрілого віку можуть бути пов'язані із змінами у внутрішніх органах, таких як легені, серце та шлунок, через вплив відхилень хребта на їхнє розташування та роботу. Це важливий аспект, який вимагає уваги при розробці програм фізкультурно-спортивної реабілітації.

Також ми проаналізували існуючі підходи та методи скринінгу стану постави, зокрема у фізкультурно-спортивній реабілітації осіб зрілого віку. Висвітлення цього аспекту є важливим для розуміння сучасного стану досліджень у даній галузі та для обґрунтування вибору методологічного підходу для проведення власного дослідження.

Різноманітність існуючих методів скринінгу стану постави свідчить про актуальність проблеми та пошук ефективних засобів її вирішення. Традиційні методи вимірювання та аналізу постави, такі як антропометрія, виявляють свою ефективність, але їхні обмеження полягають у відсутності повністю об'єктивного визначення стану постави та недостатній деталізації результатів.

Інноваційні підходи, такі як візуальний скринінг стану біогеометричного профілю постави, фотозйомка та аналіз постави, використання комп'ютерних технологій у процесі аналізу, відкривають нові можливості для об'єктивної оцінки стану постави та виявлення навіть найменших аномалій.

Нами було розроблено авторську анкету та сформовано SMART цілі дослідження. Для респондентів нами було розроблено скрінг-анкету в Google Forms. Google Forms — це надійний спосіб опитування, оскільки він пропонує кілька переваг. По-перше, це дозволяє дослідникам збирати дані з будь-якого місця, роблячи їх зручними та доступними для учасників. По-

друге, Google Forms забезпечує автоматичний аналіз даних, заощаджуючи час і зусилля дослідників . Крім того, він пропонує такі функції, як захищений паролем доступ і унікальні ідентифікатори дослідження, що забезпечує конфіденційність і безпеку даних учасників . Крім того, було встановлено, що використання онлайн-анкет через Google Forms збільшує кількість відповідей і покращує точність даних порівняно з паперовими анкетами . Нарешті, Google Forms є економічно ефективним варіантом, оскільки він усуває потребу в паперових відповідях і ручному введенні даних, зменшуючи витрати, пов'язані зі збором і аналізом даних .

Для даного опитування необхідною є суб'єктивна оцінка пацієнта, яка ґрунтується на самоаналізі пацієнта, що спонукає його до більш активної участі у реабілітаційному процесі. Дані об'єктивні вимірювання є дуже важливими, але часто пацієнт/клієнт не розуміє що важливою складовою реабілітації є він сам, його спосіб життя, звички .

Склад респондентів було визначено з урахуванням завдань дослідження. Дослідження проводилися із залученням осіб, працівників різних професій у вікових діапазонах від 25 до 55 років.

Перший етап– вивчення та аналіз літератури, узагальнення вітчизняного і світового досвіду.

Другий етап – проведення досліджень із вивчення мотивів, інтересів, ціннісних орієнтацій, психологічної статі, стану постави осіб зрілого віку.

Третій етап – Статистична обробка первинних даних дослідження.

Четвертий етапи – розробка рекомендацій щодо стану постави осіб зрілого віку.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Боярчук О.Д., Гаврелюк С.В. «Вікова анатомія та фізіологія» практикум. Старобільськ: ДЗ«ЛНУ ім.Тараса Шевченка», 2017р. – 252с.
2. Бражик, К. В. Місце фізичної реабілітації у системі роботи спеціалізованих центрів [Текст] / К. В. Бражик // Теорія та методика фізичного виховання. – 2005. – № 4. – С. 38-39.
3. Винник, Н. М. Оздоровча фізична культура в соціально-побутовій сфері [Текст] / Н. М. Винник // Теорія та методика фізичного виховання. – 2010. – № 12. – С. 43-47.
4. Герцик, А. М. До питання тлумачення термінів "Фізична реабілітація" та "фахівець з фізичної реабілітації" [Текст] / А. М. Герцик // Теорія та методика фізичного виховання. – 2010. – № 3. – С. 45-48.
5. Герцик, А. М. Фізичний реабілітолог чи фізичний терапевт: національне та міжнародне тлумачення назв професій [Текст] / А. М. Герцик // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. – 2010. – № 4. – С. 43-47.
6. Голяченко, А. О. Медична реабілітація в Україні: досягнення і проблеми [Текст] / А. О. Голяченко // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2007. – № 1. – С. 57-61.
7. Дозування фізичних вправ і навантаження [Текст] // Лянной, Ю. О. Основи фізичної реабілітації: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / Ю. О. Лянной. – Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2008. – С. 109-111.
8. Ковешніков В.Г. «Анатомія людини». В трьох томах. Том 1. - Луганськ: Вид-во «Шико» ТОВ «Віртуальна реальність», 2005. - 328 с.
9. Копчук С.І. «Професійні шкідливості при виконанні професійних обов'язків медичних і фармацевтичних працівників». – ІваноФранківськ: Івано-Франківський національний медичний університет, 2011р. – 33с.
10. Контроль у фізичній реабілітації [Текст] : методичні рекомендації для студентів спеціальності "Фізична реабілітація" педагогічних університетів /

уклад. О. В. Бріжатий. – Суми : СумДПУ, 2002. – 47 с.

11. Кравченко, А. І. Характеристика фізичної реабілітації як засобу корекційної та компенсаторної терапії [Текст] / А. І. Кравченко // Педагогічні науки : збірник наукових праць / ред. кол. : М. О. Лазарев (відповідальний редактор) [та ін.]. – Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2004. – Ч. 1. – С. 126-130.

12. Кукса, В. О. Семантика фізичної реабілітації // Соціально-педагогічні проблеми реабілітації людей з обмеженими фізичними можливостями [Текст] / В. О. Кукса. – К. : МУРЛ "Україна", 2000. – С. 123-137.

13. Кашуба ВА. Биомеханика осанки. Киев: Олимпийская лит.; 2003. 260 с.

14. Кашуба ВА, Тышко ЕМ. Биомеханическая коррекция нефиксированных нарушений опорно-двигательного аппарата детей дошкольного возраста. Физическое воспитание студентов творческих специальностей. 2004;(1):71-7.

15. Кашуба ВА, Адель Бенжедду. Профилактика и коррекция нарушений пространственной организации тела человека в процессе физического воспитания. Киев: Знання України; 2005. 158 с.

16. Кашуба ВА. Проектування системи моніторингу фізичного стану школярів на основі використання інформаційних технологій. Педагогіка, психологія та мед.-біол. проблеми фіз. виховання і спорту. 2006;(11):51-6.

17. Кашуба ВА. Современные представления о профилактике и коррекции функциональных нарушений опорно-двигательного аппарата детей старшего дошкольного возраста в процессе физического воспитания. В: 15 congres stintific international «Sportul olimpic si sportul pentry toti» Culegere Materialeror stintifice. Т. 1. Chisinau: USEFS; 2011. с. 575-9

18. Кашуба ВА, Бибик Р, Носова Н. Контроль состояния пространственной организации тела человека в процессе физического воспитания: история вопроса, состояние, пути решения. Молодіжний наук. вісник Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт.

2012;(7):10-9.

19. Кашуба ВА, Лазарева ЕБ, Козлов ЮВ. Содержание технологии физической реабилитации детей 5-6 лет, с нефиксированными нарушениями опорно-двигательного аппарата, в условиях дошкольного учебного заведения. Ученые записки БГУФК. 2014;(2):10-5.

20. Кашуба ВА. Организационно-методические основы мониторинга пространственной организации тела человека в процессе физического воспитания. Наука и спорт: современные тенденции. 2015;8(3):75-90.

21. Кашуба ВА, Носова НЛ, Дудко МВ, Одноралова НА. Визуальный скрининг биометрического профиля осанки студентов в процессе физического воспитания. Сучасні біомеханічні та інформаційні технології у фізичному вихованні і спорті: матеріали 3-ої Всеукр. електрон. конф.; 2015 Черв 18; Київ. Київ: НУФВСУ; 2015. с. 72-6.

22. Кашуба В, Гончарова Н, Ткачева А. Диагностика осанки человека: история и современное состояние. Молодіжний наук. вісник Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт. 2016;(21):9-15.

23. Кашуба В, Носова Н, Коломиец Т, Козлов Ю. Контроль состояния биометрического профиля осанки человека в процессе занятий физическими упражнениями. Спортивний вісник Придніпров'я. 2017;(2):183-90

24. Кашуба В. Лопецький С, Хабінець Т. Просторова організація тіла людини в процесі моніторингових досліджень. Молодіжний наук. вісник Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт. 2017;(25):9-15.

25. Кашуба ВО, Юрченко ОА, Хабінець ТО. Характеристика вертикальної стійкості тіла молодших школярів з послабленим зором з різними типами постави у процесі фізичного виховання. Фізична культура, спорт та здоров'я нації. 2017;3(22):551-8.

26. Кашуба В, Носова Н, Коломієць Т. Технологія контролю стану біометричного профілю постави дітей старшого дошкільного віку у

- процесі фізичної реабілітації = Technology of biogeometric profile control of children posture in senior preschool age during physical rehabilitation process. Journal of Education, Health and Sport [Інтернет]. 2017;7(2):799–809. Доступно: <http://www.ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/6688>. Видання Польщі, яке включено до міжнародної наукометричної бази Index Copernicus
27. Кашуба В, Бондар О. Амплітудно-частотні характеристики вертикальної стійкості молодших школярів в процесі адаптивного фізичного виховання. Фізична культура, спорт та здоров'я нації. 2017;3(22):87-91.
28. Кашуба В, Савлюк С. Біологічні передумови розробки концепції формування просторової організації тіла дітей 6-10 років із депривацією зору [Biological preconditions for the development of the formation concept of spatial organization of body of the children with vision deprivation]. Journal of education, health and sport of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz. Polandformerly journal of health sciences. 2017;7(7):1095-112.
29. Кашуба В, Носова Н, Коломієць Т, Маслова О, Бондар О. Обґрунтування та розробка корекційно-профілактичних комплексів з урахуванням рівня стану біогеометричного профілю постави дітей 5–6 років у процесі фізичної реабілітації. Молодіжний наук. вісник Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Фізичне виховання і спорт. 2018;(31):65-72.
30. Кашуба В, Носова Н, Коломієць Т, Маслова О. До питання використання інформаційних технологій в процесі фізичної реабілітації дітей 5–6 років з порушеннями постави. Спортивний вісник Придніпров'я. 2018;(4):94-105.
31. Кашуба ВО, Попадюха ЮА. Біомеханіка просторової організації тіла людини: сучасні методи та засоби діагностики і відновлення порушень: монографія. Київ: Центр учбової літ.; 2018. 768 с.
32. Кашуба ВО, Носова НЛ, Бондар ОМ, Коломієць ТВ. Використання інформаційно-аналітичної системи «Posture control database 1,0» в процесі фізичної реабілітації дітей 5-6 років з порушеннями постави. В: Актуальні проблеми фізичної культури, спорту, фізичної терапії та ерготерапії:

біомеханічні, психофізіологічні та метрологічні аспекти. Матеріали II-ї Всеукр. електрон. наук.-практ. конф. з міжнар. участю [Інтернет]; Київ, 23 травня 2019 НУФВСУ; с.77-9. Доступно: <https://uni-sport.edu.ua/content/naukovi-konferenciyi-ta-seminary>.

33. Молодіжний науковий вісник (2012)... 11 УДК 796-057.87:004 В. О. Кашуба; Ю. А. Юхно; І. В. Хмельницька

34. Мета, завдання, засоби, принципи, методи, організаційні форми фізичної реабілітації [Текст] // Мурза, В. П. Психолого-фізична реабілітація : підручник для студентів вищих навчальних закладів. – К., 2005. – С. 9-26.

35. Основні етапи становлення реабілітації за кордоном [Текст] // Лянной, Ю. О. Основи фізичної реабілітації: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / Ю. О. Лянной. – Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2008. – С. 14-22.

36. Пикалюк В.С., Мороз Г.А., Новосельська Н.А., Кірсанова Н.В., Шкуренко В.П. «Периферичний відділ нервової системи. Вегетативна нервова система. Органи чуттів та ендокринні залози». // Учбовий практикум для студентів медичних вузів III-IV рівнів акредитації. – Сімферопіль, 2004. – 204 с.

37. Реабілітація як комплексна система [Текст] // Лянной, Ю. О. Основи фізичної реабілітації: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів / Ю. О. Лянной. – Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2008. – С. 23-57.

38. Ставінська О. М. Засоби фізичної реабілітації при сколіозі. Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини. 2017. № 1. С. 74-78.

39. Тягур Т. Р. Проблема сколіозу в сучасній ортопедії. Слобожанський науково-спортивний вісник. 2014. № 3 (41). С. 106-109.

40. Фізична терапія та ерготерапія в травматології та ортопедії : метод. вказ. до проведення практ. занять магістрів 1-го курсу IV мед. фак-ту / упоряд. А. Г. Істомін, Т. М. Павлова, А. С. Сушецька та ін. Харків : ХНМУ,

2020. 56 с.

41. Христова Т.Є. Основи лікувальної фізичної культури: навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів спеціальності «Фізичне виховання» / Т.Є. Христова, Г.П. Суханова. – Мелітополь, 2015. 172 с.
42. Abedrabbo G., Fiset P., Absil P.A. et al. A multibody-based approach to the computation of spine intervertebral motions in scoliotic patients. *Research into Spinal Deformities* 8. *Studies in Health Technology and Informatics*. 2012. Vol. 176. P. 95-98. 34.
43. Alberto Ofenhejm Gotfryd, I Fernando Jose´ Franzin, I Patricia Rios Poletto et al. Pain assessment in patients with adolescent idiopathic scoliosis at different stages of disease evolution. *Medicalexpress*. 2014. № 1 (4). P. 170-173.
44. Alla M. Zaydman, Elena L. Strokoval, Elena V. et al. A new look at etiological factors of idiopathic scoliosis: Neural Crest Cells. *Int. J. Med. Sci*. 2018. Vol. 15 (5). P. 436-446.
45. Burwell R.G., Dangerfield P.H., Moulton A., Grivas T.B., Cheng J.C.Y. Whither the etiopathogenesis (and scoliogeny) of adolescent idiopathic scoliosis? Incorporating presentations on scoliogeny at the 2012 IRSSD and SRS meetings. Active self-correction and task-orientated exercises reduce spinal deformity and improve quality of life in subjects with mild adolescent idiopathic scoliosis. Results of a randomized controlled trial. *Scoliosis*. 2013. № 8. 4 p.
46. Byun S., Han D. The effect of chiropractic techniques on the Cobb angle in idiopathic scoliosis arising in adolescence. *J. Phys. Ther. Sci*. 2016. № 28 (4). P. 1106-1110
47. De Mauroy J.C., Journe A., Gagaliano F., Lecante C., Barral F., Pourret S. The new lyon ART brace versus the historical Lyon brace: a prospective case series of consecutive scoliosis with short time results after 1 year compared with a historical retrospective case series of 100 consecutive scoliosis; SOSORT award 2015 winner. *Scoliosis*. 2015. №10. 26 p.
48. Hagit Berdishevsky, Victoria Ashley Lebel, Josette Bettany-Saltikov et all. Physiotherapy scoliosis-specific exercises – a comprehensive review of seven

- major schools et al. *Scoliosis and Spinal Disorders*. 2016. № 11. 20 p.
49. Hans-Rudolf Weiss, Marc Michael Moramarco, Maksym Borysov, Shu Yan Ng, Sang Gil Lee, Xiaofeng Nan, Kathryn Ann Moramarco Postural Rehabilitation for Adolescent Idiopathic Scoliosis during Growth. *Asian spine journal*. 2016. № 10 (3). P.570-581.
50. Hisam M.A., Orth M.S., Siti N.S. et al. Does the quality of life in operated patients with adolescent idiopathic scoliosis correspond with the radiographic parameters? *Malaysian Orthopaedic Journal*. 2015. Vol. 9. No 2. P. 37-40.
51. John D. Hsu, Ros Quinlivan scoliosis in duchenne muscular dystrophy (DMD). *Neuromuscul Disord*. 2013. Vol. 23, Issue 8, P. 611-617.
52. Brown M, Gordon WA. Quality of life as a construct in health and disability research. *Mount Sinai J. Med*. 1999;66(3):160-9.
53. Cailliet R. *Low back pain syndrome*. 4th ed. Philadelphia; 1988. p. 36
54. Campbell ESM, Agostoni E, Davis SN. *Accessory muscles. The respiratory muscles mechanics and nevrал control*. Philadelphia: W. B. Saunders; 1970. p. 181-93.
55. Chapman AE. *Biomechanical analysis of fundamental human movements*. Champaign: Human Kinetics; 2008. 306 p.
56. Corbin CB. Physical activity for everyone. What every physical educator should know about promoting lifelong physical activity. *J. Teach. in phys. education*. 2002;(21):128-44.
57. Gordon D, Robertson E. *Reserch metods in biomechanics*. Hardback; 2004. 320 p.
58. Swagatam Das, Subhodip Biswas, Souvik Kundu. Das Swagatam Synergizing fitness learning with proximity-based food source selection in artificial bee colony algorithm for numerical optimization. *Applied soft computing*. 2013;13(12):4676-94.
59. Davis M, Banks S, Fisher W, Gershenson B, Grudzinskas A. Arrests of adolescent clients of a public mental health system during adolescence and young adulthood. *Psychiatric Services*. 2007;(58):1454-60.

60. De Troyer A, Eoring SH. Action of the respiratory muscles. In: Geiger SR, editor. Handbook of physiology: Sec. 3. The respiratory system: Vol. 3. Mechanics of breathing, part 2. Bethesda, MD: American Physiological Society; 1986. p. 443-61.
61. Dus S. Modern technologies of development and correction violations of coordination abilities of children with hearing impairments in the process of physical education. Journal of education, health and sport. 2017;7(7):1215-28.
62. Fallen NH, Umansky W. Young children with special needs. New York: Macmilan; 1998. 200 p.
63. Fisk SW, Rose RS. A practical guide to management of the painful neck and back. Springfield, IL: Charles C Thomas; 1977. p. 64-72.
64. Futorny S. An increased level students theoretical knowledges for building a physical fitness in the process of physical education. В: Молодіжний науковий вісник Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Луцьк. 2012;(8):25-7.
65. Grimm H. Grundri 3 der Konstitutionsbiologie und Anthropometrie. Berlin: Volk. Gesundheit; 1966. s. 56.
66. Hacıhasanoglu R, Yıldırım A, Karakurt P, Sağlam R. Healthy lifestyle behaviour in university students and influential factors in eastern Turkey. International Journal of Nursing Practice. 2011;(17):43-51.
67. Hanavan EP. A mathematical model of the human body. AMRL Technical Report. Wright-Patterson Air Force Base. Ohio; 1964. p. 64-102.
68. Hopkins DR. The relationship between selected anthropometric measures and sit and reach performance. In: Paper presented at the American alliance for health, physical education, recreation and dance national measurement symposium. Houston, Texas; 1981. p. 79-90.
69. Kapanji IA. The physiology of the joints: Lower limb. 5th ed. Vol. 2. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1987. p. 98-103.
70. Laputin AN. Biomechanical aspects of the function of athletes' skeletal muscles in different conditions of physical exercises performance. Book of Abstracts 2nd annual congress of the European college of sport science Sport

science in a changing world of sports; 1997 Aug 20-23; Copenhagen. Copenhagen, Denmark; 1997. p. 902-3.

71. Lindsae Carter JE. Ackland T. Kinanthropometry in aquatic sports. A study of world class athletes. Human Kinetics; 1994. 184 p.

72. Mercer N, Wegerif R. Is 'Exploratory Talk' Productive Talk? In: Littleton K, Light P, editors. Learning with computers. London and New York; 1990. 150 p.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А АНКЕТА перелік питань

Анкета "Скринінг стану постави"

Ця анкета створена для суб'єктивного дослідження стану постави , виявлення чинників які впливають на кожного

індивідуума , що надасть змогу для розроблення програми реабілітації .

Анкета має 11 розділів ,кожний приблизно по 5 питань.

Вам знадобиться 10-15 хв

Питання розроблені максимально просто, у більшості з варіантами відповіді.

Якщо на якісь питання важко відповісти в графі "Інше" (англ "Other", рос."Другое ") можна написати - не знаю

Ця анкета створена для дослідження постави у певній віковій категорії, а саме зрілий вік 25--55 р.

Якщо Вам менше 25 років, чи більше 55 років , цю анкету НЕ заповнюйте.

Ваші відповіді дуже важливі, дякуємо за Вашу увагу.

Зірочка (*) указує, що запитання обов'язкове

Електронна адреса *

1.Загальні інформація

Прізвище Ім'я По Батькові

(за бажанням)

1. Оберіть свою вікову групу

*Виберіть лише один варіант.

25-30

30-35

35-40

40-45

45-50

50-55

2. стать *Виберіть лише один варіант.

чоловік

жінка

3.Рід занять, професія, основана діяльність (можливо вибрати декілька варіантів)

*Виберіть усе, що підходить.

менеджер

керівник

програміст

архітектор/дизайнер

юрист

економіст /фінансист /бухгалтер

будівельник /

вчитель

військовий

лікар

психолог

майстер манікюру/макіяжу/перукар

мама в декреті/жінка берегиня сім'ї

пенсіонер

тимчасово не працюю

Інше:

(Обов'язково)

4.Ріст в см (наприклад:172)*

5.Вага в кг *

2. Рівень фізичної активності

6.Скільки год/день проводите сидячі ? *Виберіть лише один варіант.

більше 10 годин в день

8-10 год/день

6-8 год/день

4-6 год/день

менше 4 год/день

7. Якщо робота у більшості часу стоячи (наприклад продавець), то скільки годин стоячи ?

Виберіть лише один варіант.

6-8 годин вдень

4-6 г/д

2-4 г/д

менше 2

Інше:

8.Скільки годин в день динамічна активність (ходьба, фізична діяльність побутова +робоча)?

*Виберіть лише один варіант.

6-8 год/день

4-6 год/день

2-4 год /день

1-2 год/день

Інше:

9.Скільки хвилин в ТИЖДЕНЬ Ви приділяєте спорту /ранкова прогулянка чи зарядка/танці /інше)

(наприклад, 150 хвилин це 5 разів на тиждень — 30 хвилин швидкої прогулянки; або 2-3 рази на тиждень — силові тренування)

*Виберіть лише один варіант.

менше 50 хв

50-100 хв

100-150 хв

150-200 хв

200-300 хв

більше 300 хв

Інше:

3. Стан Здоров'я

10. Як би Ви оцінили своє самопочуття за останній рік

*Виберіть лише один варіант.

постійно почував себе хворим / слабким / страждаю від постійного болю

часто почуваю себе хворим / слабким / заважає періодичний біль

в цілому добре , інколи відчуваю погіршення після перенавантажень чи стресів

задовільне самопочуття , не враховуючи легкі простуди

відчуваю себе абсолютно здоровим

11. Чи маєте ви на сьогодні порушення опорно-рухового апарату ? (можливо вибрати декілька варіантів)

*Виберіть усе, що підходить.

запальні процеси в суглобах (ревматоїдний артрит, подагра)

артроз чи інші незапальні порушення суглобів кінцівок

остеохондроз чи інші незапальні порушення суглобів хребта

протрузії чи грижі міжхребцевих дисків

ні, не маю

не знаю

Інше:

(Обов'язково)

12. Чи маєте Ви захворювання чи порушення функції інших органів чи систем ? (можливо вибрати декілька варіантів)

*Виберіть усе, що підходить.

серця

судин

легень

нирок

ШКТ(шлунок,кишківник, печінка,жовчний міхур, підшлункова)

цукровий діабет

гіпертонічна хвороба

не знаю

ні , не маю

Інше:

(Обов'язково)

13. Чи були травми? Особливо : падіння на спину, на куприк, травми голови /шиї , ДТП (враховуючи і в дитинстві), також переломи кінцівок

Якщо так, напишіть що саме в графі Інше

*Виберіть лише один варіант.

Ні

Інше:

14. Чи були операції (враховуючи і в дитинстві) ?

Якщо так, перелічіть які саме в графі Інше

*Виберіть лише один варіант.

Не було операцій

Інше:

15. Чи маєте сколіоз встановлений як діагноз?

*Виберіть лише один варіант.

Так

Ні

Маю викривлення хребта , але діагнозу точно не знаю

Не знаю

Інше:

4. Хороші та погани звички

16. Сон (скільки спите годин на добу)

*Виберіть лише один варіант.

7-9

менше 7

більше 9

Інше:

17. Чи задоволені Ви якістю свого сну ?

*Виберіть лише один варіант.

так

Ні

Інше:

18. Чи маєте больові відчуття під час чи після сну ? *

Виберіть лише один варіант.

Так

Ні

Інше:

19. Чи пов'язуєте свої неприємні відчуття з некомфортними умовами сну , наприклад з матрацом, подушкою чи ліжком ? (можливо вибрати декілька варіантів)

Виберіть усе, що підходить.

ні

матрац

ліжко

подушка

Інше:

20. Виберіть який вид Харччвання типовий для Вас

*Виберіть лише один варіант.

Правильне раціональне (правильні і якісні продукти і вчасно)

Хаотичне (неправильно та/або неякісно та/ або невчасно)

Лікувальна дієта

Вегетаріанство

Інше:

21. Куріння : скільки палите цигарок в день?

*Виберіть лише один варіант.

0

1-5

5-10

10-20

більше 20

22.Алкоголь: скільки вживаєте доз в ТИЖДЕНЬ ? (якщо1 доза містить 10гр чистого спирту: це 25 гр горілки,150 гр вина, 330 гр пива)

*Виберіть лише один варіант.

0 доз (наприклад 0 бокалів вина)

Менше ніж 7 доз (наприклад 7 бокалів вина) на тиждень

7-14 доз на тиждень

Більше ніж 20 доз на тиждень

23.Чи маєте Ви як звичку робити гімнастику кожного дня?

*Виберіть лише один варіант.

так

Ні

Інше:

5. Вплив стресового фактору

24.Як би Ви оцінили по інтенсивності рівень стресу який Ви відчували за рік в балах 0-10

*Виберіть лише один варіант.

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

25.Як би Ви оцінили по тривалості цей стрес

*Виберіть лише один варіант.

постійний

періодично часто

періодично рідко

Інше:

26. Чи мали Ви за останній рік певні психологічні стани / розлади ? (можливо вибрати декілька варіантів)

*Виберіть усе, що підходить.

Ні

тривожний стан

панічні атаки

депресія

астенія (слабкість)

Інше:

(Обов'язково)

27. Чи відчуваєте як Ваше тіло реагує на стрес ?наприклад відчуваєте напруження м'язів шиї, чи болить голова, слабкість чи навпаки напруженість..

Якщо так, напишіть як саме в графі Інше

*Виберіть лише один варіант.

Ні

Інше:

6. Скарги на сьогоднішній день

Поставте в балах оцінку на скільки вас турбують такі відділи опорно-рухового апарату (де 1 нічого не турбує, функціональність в повному обсязі, 2 -інколи турбує , 3 - турбує виражений біль, постійно , важко робити побутові справи)

*У кожному рядку виберіть лише один варіант.

28 .Шийний відділ хребта

29. Грудний відділ хребта

30. Попероковий відділ хребта

31. Крижово-куприковий (таз)

32. М'язи /Суглоби верхніх кінцівок (плече, лікоть, кисть)

33. М'язи / Суглоби нижніх кінцівок (кульшові, коліна, стопи)

34. Які головні 3 скарги на сьогодні котрі заважають Вам працювати чи відпочивати ?

*

35. Яка Ваша головна скарга стосовно опорно-рухового апарату за останній місяць *

36. Чи маєте Ви біль у спині ?

*Виберіть лише один варіант.

так

ні

Інше:

37. Якщо є біль, якого він характеру (можливо декілька варіантів) *

Виберіть усе, що підходить.

не маю болю

стріляючий

пекучий

тянучий

стискаючий

ваш варіант

Інше:

Обов'язково

38. Оцініть вираженість болю в балах від 0 до 10 :

якщо 0 відсутність болю

1-3 слабкий біль, біль можливо ігнорувати

4-6 помірний, біль заважає робити звичні справи

7- 9 дуже сильний , заважає думати, сконцентруватися

10 нестерпний біль

Виберіть лише один варіант.

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

39. Коли виникла основна проблема

Виберіть лише один варіант.

1 тиждень -1 місяць

1міс- 3 міс

3міс-6міс

6міс-1 рік

1-3 роки тому

більше 3х років

більше 5 років

більше 10 років

з дитинства

Інше:

40. Виникнення проблеми (при яких умовах ,або що спричинило на вашу думку)

*

7. Попередні обстеження і лікування

41. Чи зверталися до спеціалістів ? (можливо вибрати декілька варіантів)

*Виберіть усе, що підходить.

сімейний лікар

ортопед

невролог

кардіолог

ревматолог

ендокриолог

фізичний терапевт / реабілітолог

остеопат

кінезіолог

мануальний терапевт

психолог/психотерапевт

ні

Інше:

(Обов'язково)

42. Чи проходили Ви такі обстеження ? (можливо вибрати декілька варіантів)

Виберіть усе, що підходить.

Рентгенологічні дослідження

Кт

МРТ

УЗД судин

УЗД внутрішніх органів

лабораторні дослідження

Ні

Інше:

43. Чи проходили Ви лікування/реабілітацію ? (можливо вибрати декілька варіантів)

*Виберіть усе, що підходить.

Ні

Медикаментозне лікування

Хірургічне

Фізична терапія

Масаж

Інше:

Обов'язково

44. Який був результат лікування ?

Виберіть лише один варіант.

позитний результат, повне виліковування

позитивний результат ,часткове поліпшення

без позитивної динаміки

негативна динаміка (стало гірше)

8. Постава

45. Як би ви оцінили свою поставу, коли стоїте?

* Виберіть лише один варіант.

відмінна

добра

задовільна

погана

46. Як би ви оцінили свою типову робочу позу, коли сидите за столом або за комп'ютером?

*Виберіть лише один варіант.

відмінна

добра

задовільна

погана

47. Чи часто ви користуєтеся цифровими пристроями (наприклад, смартфонами, ноутбуками)?

Скільки годин на день в середньому?

*Виберіть лише один варіант.

небагато 1-2 год/день

2-4 год/день

середньо 4-6 год / день

6-8 год/день

дуже багато 8-12 год / день

важко порахувати

Інше:

48. Як часто ви відчуваєте біль у шиї або спині, пов'язаний з використанням пристрою?

*Виберіть лише один варіант.

часто

іноді

ніколи

49. Чи знаєте ви про важливість правильної постави для здоров'я?

*Виберіть лише один варіант.

так

ні

50. Чи є у вас зараз занепокоєння щодо вашої постави або здоров'я опорно-рухового апарату?

*Виберіть лише один варіант.

так

ні

51. Якби Ви подивилися на себе в дзеркалі збоку, який вид постави вибрали що відповідає вашій

ситуації

*Виберіть лише один варіант.

1 виражений прогин в попереку допереду + збільшений нахил тазу вперед і вниз

2 сутулість у грудному відділі

3 сутулість + збільшений прогин в попереку + таз зміщений допереду

4 плоска спина, випрямлена

5 голова весь час нахилена вперед і вниз

6 здорова постава- норма (на одній лінії голова-плечі-таз)

не можу визначити

Інше:

9. Зубощелепна система і постава

52. Чи є біль у жувальних м'язах?

*Виберіть лише один варіант.

так

ні

Інше:

53. Чи є біль у скронево-нижньощелепному суглобі (СНЩС) ?

*Виберіть лише один варіант.

так

ні

Інше:

54. Клацання у СНЩС суглобі при відкриванні рота ?

*Виберіть лише один варіант.

так

ні

Інше:

55. Чи є порушення відкривання рота ?

*Виберіть лише один варіант.

так

Ні

Інше:

56. Чи маєте скрежетіння зубами, в тому числі вночі (бруксизм) ?

*Виберіть лише один варіант.

так

ні

Інше:

57. Маєте чи мали ортодонтичну коррекцію (наприклад брекети) ?

*Виберіть лише один варіант.

так

ні

Інше:

58. Чи є відсутні зуби, не враховуючи вісімки ?

*Виберіть лише один варіант.

так

ні

Інше:

59. Як часто вас турбує Головний біль ?

*Виберіть лише один варіант.

майже не турбує (1-2 рази в рік)

рідко (1-2 р в місяць)

часто (1-2 р в тиждень)

постійно (майже кожного дня)

не турбує

Інше:

60. Яка локалізація головного болю для Вас більш типова ? (можливо вибрати декілька варіантів)

*Виберіть усе, що підходить.

Біль у скронях

В потилиці

Тім'яна (маківка)

Лобна частина

Лицевий біль

різні

не маю головного болю

Інше:

Обов'язково

61. Чи пов'язаний головний біль з позою ?

* Виберіть лише один варіант.

так

ні

Інше:

62. Чи пов'язаний головний біль з фізичними навантаженням ?

*Виберіть лише один варіант.

так

ні

Інше:

63. Чи пов'язаний головний біль з психологічним навантаженням ?

*Виберіть лише один варіант.

так

ні

Інше:

10. Стопи і постава

64.* Чи є біль у стопах ?

*Виберіть лише один варіант.

так

ні

Інше:

65. Чи є обмеження рухливості у стопах?

*Виберіть лише один варіант.

так

ні

Інше:

66. Чи помічали деформації / зміни форми стопи ?

*Виберіть лише один варіант.

так

ні

Інше:

67. Чи є/були у Вас устілки ("стельки")?

*Виберіть лише один варіант.

так

ні

Інше:

68. Чи підбираєте Ви собі взуття згідно до ваших особливостей стоп?

*Виберіть лише один варіант.

так

ні

Інше:

69. Якщо подивитися на Ваше взуття то який вид зношеності підовши буде для Вас типовий ? (

можливо вибрати декілька варіантів)

*Виберіть усе, що підходить.

Скошеність внутрішнього краю

Зовнішнього краю

Скошеність підборів назад

не можу визначити

Інше:

Обов'язково

70. Чи встановлювали Вам коли - небудь такі стани, як :

*У кожному рядку виберіть лише один варіант.

так

ні

70. Плоска стопа

71. Вальгусна стопа (стопа завалену всередину)

72. Халюс Вальгус (росте кістока і поворот першого пальця)

73. Пяточна шпора (плантарний фасциїт, біль на підошві)

74. Синдром перекосу тазу

75. Різну довжину ніг

11. Робоче місце і постава

76. Чи знаєте які мають бути параметри правильного робочого місця?

*Виберіть лише один варіант.

так

ні

Інше:

77. Як ваша щоденна рутинна впливає на вашу поставу? (можливо вибрати декілька варіантів)

*Виберіть усе, що підходить.

робота в офісі

водіння автомобіля

фізична діяльність

хатні справи / діти

робота з вимушеним положенням (наприклад: стоматолог, майстер манікюру, рукоділля, будівельні роботи)

Інше:

Обов'язково

78. Чи докладаєте ви зусиль, щоб підтримувати гарну поставу під час цих видів діяльності?

*Виберіть лише один варіант.

так

ні

Інше:

79. Де ви зазвичай шукаєте інформацію про поставу та здоров'я опорно-рухового апарату

(наприклад, у медичних працівників, в Інтернеті, у друзів та сім'ї)? (можливо вибрати декілька варіантів)

*Виберіть усе, що підходить.

інтернет

консультація спеціаліста

друзі/родичі

ніколи не шукав/ла

Інше:

Обов'язково

80. Чи зацікавлені Ви в тому, щоб дізнатися більше про покращення постави або отримати підтримку в цій сфері?

так

ні

Інше:

81. Яка підтримка чи ресурси були б для вас найбільш корисними? (можливо вибрати декілька варіантів)

*Виберіть усе, що підходить.

супровід спеціаліста в офлайн режимі

супровід спеціаліста в онлайн режимі

додаток з чіткою програмою теорії і практики

цікаві відео з візуалізацією

методична інструкція у форматі PDF файла

групові заняття для корекції постави

індивідуальні заняття для корекції постави

Інше:

Обов'язково

82. Будь ласка, поділіться будь-якими додатковими думками чи досвідом, пов'язаними з поставою (за бажанням)

*

83. Чи була складна для Вас ця анкета?

Виберіть лише один варіант.

так

ні

Інше:

ДОДАТОК В Excel таблиця

ДОДАТОК С Блоки

Анкета "Скринінг стану постави"

Ця анкета створена для суб'єктивного дослідження стану постави, виявлення чинників які впливають на кожного індивідуума, що надасть змогу для розроблення програми реабілітації.

Анкета має 11 розділів, кожний приблизно по 5 питань. Вам знадобиться 10-15 хв. Питання розроблені максимально просто, у більшості з варіантами відповіді. Якщо на якісь питання важко відповісти в графі "Інше" (англ. "Other", рос. "Другое") можна написати - не знаю

Ця анкета створена для дослідження постави у певній віковій категорії, а саме зрілий вік 25-55 р. Якщо Вам менше 25 років, чи більше 55 років, цю анкету НЕ заповнюйте.

Ваші відповіді дуже важливі, дякуємо за Вашу увагу.

1. Загальні інформація

Прізвище Ім'я По Батькові
(за бажанням)

Ваша відповідь

Оберіть свою вікову групу *

- 25-30
- 30-35
- 35-40
- 40-45
- 45-50
- 50-55
- Варіант 6

стать *

- чоловік
 жінка

Рід занять, професія, основана діяльність (можливо вибрати декілька варіантів) *

- менеджер
 керівник
 програміст
 архітектор/дизайнер
 юрист
 економіст /фінансист /бухгалтер
 будівельник /
 вчитель
 військовий
 лікар
 психолог

- лікар
 психолог
 майстер манікюру/макіяжу/перукар
 мама в декреті/жінка берегиня сім'ї
 пенсіонер
 тимчасово не працюю
 Інше:

Ріст в см (наприклад:172) *

Ваша відповідь _____

Вага в кг *

Ваша відповідь _____

2. Рівень фізичної активності

Скільки год/день проводите сидячі ? *

- більше 10 годин в день
- 8-10 год/день
- 6-8 год/день
- 4-6 год/день
- менше 4 год/день

 Відповідь на це запитання обов'язкова

Якщо робота у більшості часу стоячи (наприклад продавець), то скільки годин стоячи ?

- 6-8 годин в день
- 4-6 г/д
- 2-4 г/д
- менше 2



Скільки годин в день динамічна * активність (ходьба, фізична діяльність побутова +робоча)?

- 6-8 год/день
- 4-6 год/день
- 2-4 год /день
- 1-2 год/день
- Інше: _____

3. Стан Здоров'я

Як би Ви оцінили своє самопочуття за останній рік *

- постійно почував себе хворим / слабким / страждаю від постійного болю
- часто відчуваю себе хворим / слабким / заважає періодичний біль
- в цілому добре, інколи відчуваю погіршення після перенавантажень чи стресів
- задовільне самопочуття, не враховуючи легкі простуди
- відчуваю себе абсолютно здоровим

Чи були травми? Особливо: *
падіння на спину, на куприк, травми голови / шиї, ДТП (враховуючи і в дитинстві), також переломи кінцівок

Якщо так, напишіть що саме в графі Інше

- Ні
- Інше: _____

Чи були операції (враховуючи і в дитинстві)? *

Якщо так, перелічіть які саме в графі Інше

- Не було операцій
- Інше: _____

Чи маєте Ви захворювання чи порушення функції інших органів чи систем? (можливо вибрати декілька варіантів) *

- серця
- судин
- легень
- нирок
- ШКТ (шлунок, кишківник, печінка, жовчний міхур, підшлункова)
- цукровий діабет
- гіпертонічна хвороба
- не знаю
- ні, не маю
- Інше: _____

Чи маєте ви на сьогодні порушення опорно-рухового апарату? (можливо вибрати декілька варіантів) *

- запальні процеси в суглобах (ревматоїдний артрит, подагра)
- артроз чи інші незапальні порушення суглобів кінцівок
- остеохондроз чи інші незапальні порушення суглобів хребта
- протрузії чи грижі міжхребцевих дисків
- ні, не маю
- не знаю
- Інше: _____

Чи маєте сколіоз встановлений як діагноз? *

- Так
- Ні
- Маю викривлення хребта, але діагнозу точно не знаю
- Не знаю
- Інше: _____

4. Хороші та погані звички

Сон (скільки спите годин на добу) *

- 7-9
- менше 7
- більше 9
- Інше: _____

Чи задоволені Ви якістю свого сну ? *

- так
- Ні
- Інше: _____

Чи маєте больові відчуття під час чи після сну ? *

- Так
- Ні
- Інше: _____

Чи пов'язуєте свої неприємні відчуття з некомфортними умовами сну, наприклад з матрацом, подушкою чи ліжком ? (можливо вибрати декілька варіантів)

- ні
- матрац
- ліжко
- подушка
- Інше: _____

Виберіть який вид Харчвання типовий для Вас *

- Правильне раціональне (правильні і якісні продукти і вчасно)
- Хаотичне (неправильно та/або неякісно та/ або невчасно)
- Лікувальна дієта
- Вегетаріанство
- Інше: _____

Куріння : скільки палите цигарок в день? *

- 0
- 1-5
- 5-10
- 10-20
- більше 20

Алкоголь: скільки вживаєте доз в ТИЖДЕНЬ ? (якщо 1 доза містить 10гр чистого спирту: це 25 гр горілки, 150 гр вина, 330 гр пива) *

- 0 доз (наприклад 0 бокалів вина)
- Менше ніж 7 доз (наприклад 7 бокалів вина) на тиждень
- 7-14 доз на тиждень
- Більше ніж 20 доз на тиждень

Чи маєте Ви як звичку робити гімнастику кожного дня? *

- так
- Ні
- Інше: _____

5. Вплив стресового фактору

Як би Ви оцінили по інтенсивності *
рівень стресу який Ви відчували
за рік в балах 0-10

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

1:45 65%

Як би Ви оцінили по тривалості *
цей стрес

постійний

періодично часто

періодично рідко

Інше: _____

Чи мали Ви за останній рік певні *
психологічні стани / розлади ? (
можливо вибрати декілька
варіантів)

Ні

тривожний стан

панічні атаки

депресія

астения (слабкість)

Інше: _____

Чи відчуваєте як Ваше тіло реагує *
на стрес ?наприклад відчуваєте
напруження м'язів шиї, чи болить
голова, слабкість чи навпаки
напруженість..

Якщо так, напишіть як саме в
графі Інше

Ні

Інше: _____

6. Скарги на сьогоднішній день *

Поставте в балах оцінку на скільки вас турбують такі відділи опорно-рухового апарату (де 1 нічого не турбує, функціональність в повному обсязі, 2 -інколи турбує , 3 - турбує виражений біль, постійно , важко робити побутові справи)

	1	2	3
Шийний відділ хребта	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Грудний відділ хребта	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Попероковий відділ хребта	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Крижово-куприковий (таз)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
М'язи / Суглоби верхніх кінцівок (плече,	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Які головні 3 скарги на сьогодні котрі заважають Вам працювати чи відпочивати ? *

Ваша відповідь _____

Яка Ваша головна скарга стосовно опорно-рухового апарату за останній місяць *

Ваша відповідь _____

Чи маєте Ви біль у спині ? *

так

ні

Інше: _____

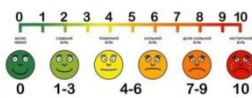
Якщо є Біль, якого він характеру (* можливо декілька варіантів)

- не маю болю
- стріляючий
- пекучий
- тянучий
- стискаючий
- ваш варіант
- Інше: _____

Оцініть вираженість болю в балах від 0 до 10 :

якщо 0 відсутність болю
1-3 слабкий біль, біль можливо ігнорувати
4-6 помірний, біль заважає робити звичні справи
7- 9 дуже сильний , заважає думати, сконцентруватися
10 нестерпний біль

ШКАЛА ОЦІНКИ ІНТЕНСИВНОСТІ БОЛЮ



0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

Коли виникла основна проблема

- 1 тиждень -1 місяць
- 1міс- 3 міс
- 3міс-6міс
- 6міс-1 рік
- 1-3 роки тому
- більше 3х років
- більше 5 років
- більше 10 років
- з дитинства
- Інше: _____

7. Попередні обстеження і лікування

Чи зверталися до спеціалістів? (*
можливо вибрати декілька
варіантів)

- сімейний лікар
- ортопед
- невролог
- кардіолог
- ревматолог
- ендокриолог
- фізичний терапевт / реабілітолог
- остеопат
- кінезіолог
- мануальний терапевт
- психолог/психотерапевт
- ні
- Інше:



Чи проходили Ви такі обстеження
? (можливо вибрати декілька
варіантів)

- Рентгенологічні дослідження
- Кт
- МРТ
- УЗД судин
- УЗД внутрішніх органів
- лабораторні дослідження
- Ні
- Інше:

Чи проходили Ви лікування/
реабілітацію? (*
можливо вибрати декілька варіантів)

- Ні
- Медикаментозне лікування
- Хірургічне
- Фізична терапія
- Масаж
- Інше:

Який був результат лікування?

- позитивний результат, повне
виліковування
- позитивний результат, часткове
поліпшення
- без позитивної динаміки
- негативна динаміка (стало гірше)



8. Постава

Як би ви оцінили свою поставу, коли стоїте? *

- відмінна
- добра
- задовільна
- погана

Як би ви оцінили свою типову робочу позу, коли сидите за столом або за комп'ютером? *

- відмінна
- добра
- задовільна
- погана

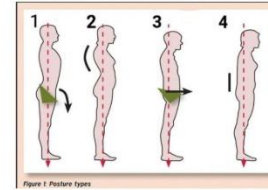
Чи часто ви користуєтесь цифровими пристроями (наприклад, смартфонами, ноутбуками)? Скільки годин на день в середньому? *

- небагато 1-2 год/день
- 2-4 год/день
- середньо 4-6 год / день
- 6-8 год/день
- дуже багато 8-12 год / день
- важко порахувати
- Інше: _____

Як часто ви відчуваєте біль у шиї або спині, пов'язаний з використанням пристрою? *

- часто
- іноді
- ніколи

Якби Ви подивилися на себе в дзеркалі збоку, який вид постави вибрали що відповідає вашій ситуації? *



1 виражений прогин в попереку допереду + збільшений нахил тазу вперед і вниз

2 сутулість у грудному відділі

3 сутулість + збільшений прогин в попереку +таз зміщений допереду

4 плоска спина, випрямлена

5 голова весь час нахилена вперед і вниз

6 здорова постава- норма (на одній лінії голова-плечі-таз)

не можу визначити

Чи знаєте ви про важливість правильної постави для здоров'я? *

- так
- ні

Чи є у вас зараз занепокоєння щодо вашої постави або здоров'я опорно-рухового апарату? *

- так
- ні

9. Зубощелепна система і постава

Чи є біль у жувальних м'язах? *



- так
- ні
- Інше: _____

Чи є біль у скронево-нижньощелепному суглобі (СНЦС)? *



- так
- ні
- Інше: _____

Клацання у СНЦС суглобі при відкритті рота? *

- так
- ні
- Інше: _____

Чи є порушення відкриття рота? *

- так
- Ні
- Інше: _____

Чи маєте скрежетіння зубами, в тому числі вночі (бруксизм)? *

- так
- ні
- Інше: _____

Маєте чи мали ортодонтичну коррекцію (наприклад брекети)? *

- так
- ні
- Інше: _____

Чи є відсутні зуби, не враховуючи вісімки? *

- так
- ні



Як часто вас турбує Головний біль *
?

- майже не турбує (1-2 рази в рік)
- рідко (1-2 р в місяць)
- часто (1-2 р в тиждень)
- постійно (майже кожного дня)
- не турбує
- Інше: _____

Яка локалізація головного болю *
для Вас більш типова ? (
можливо вибрати декілька
варіантів)

- Біль у скронях
- В потилиці
- Тім'яна (маківка)
- Лобна частина
- Лицевий біль
- різні
- не маю головного болю
- Інше: _____

Чи пов'язаний головний біль з
позою ? *

- так
- ні
- Інше: _____

Чи пов'язаний головний біль з
фізичними навантаженням ? *

- так
- ні
- Інше: _____

Чи пов'язаний головний біль з
психологічним навантаженням ? *

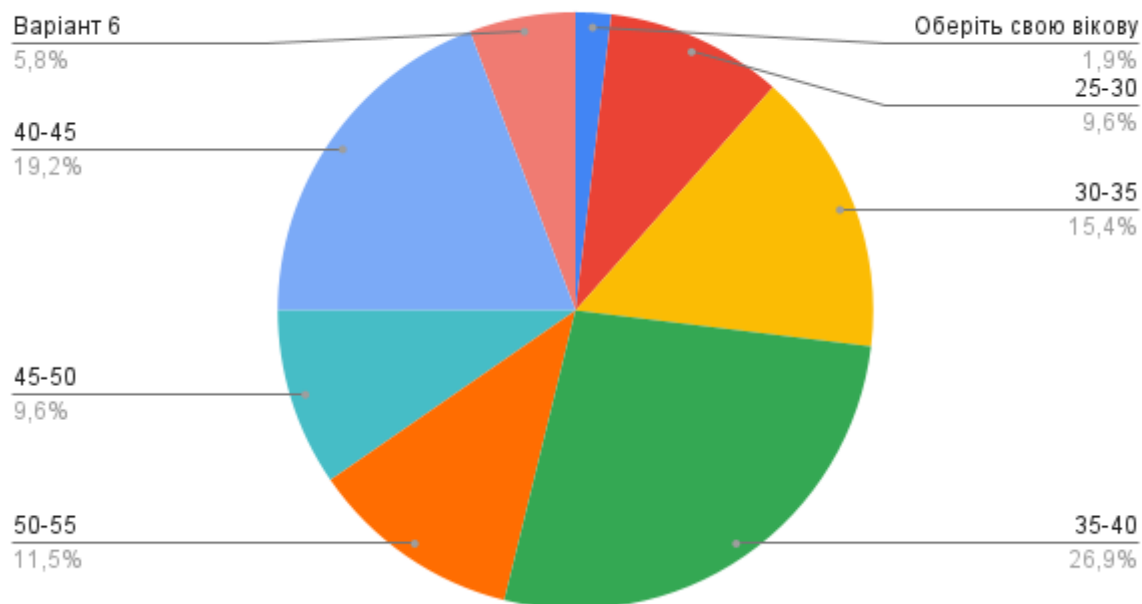
- так
 - ні
- 

ДОДАТОК D Діаграми

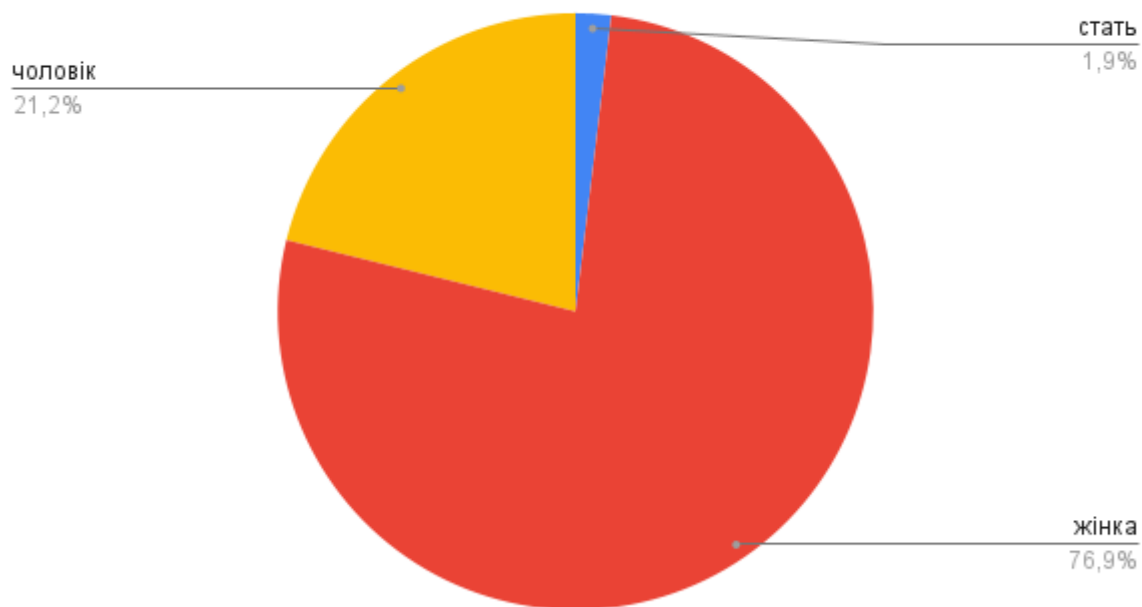
- 1. Загальні інформація 1-5**
- 2. Рівень фізичної активності 6-9**
- 3. Стан Здоров'я 10-15**
- 4. Хороші та погані звички 16-23**
- 5. Вплив стресового фактору 24-27**
- 6. Скарги на сьогоднішній день 28-40**
- 7. Попередні обстеження і лікування 41-44**
- 8. Постава 45-51**
- 9. Зубощелепна система і постава 52-58**
- 10. Головний біль 59-63**
- 11. Стопи і постава 64-75**
- 12. Робоче місце і постава 76-79**
- 13. заключна частина 80- 83**

1. Загальні інформація 1-5

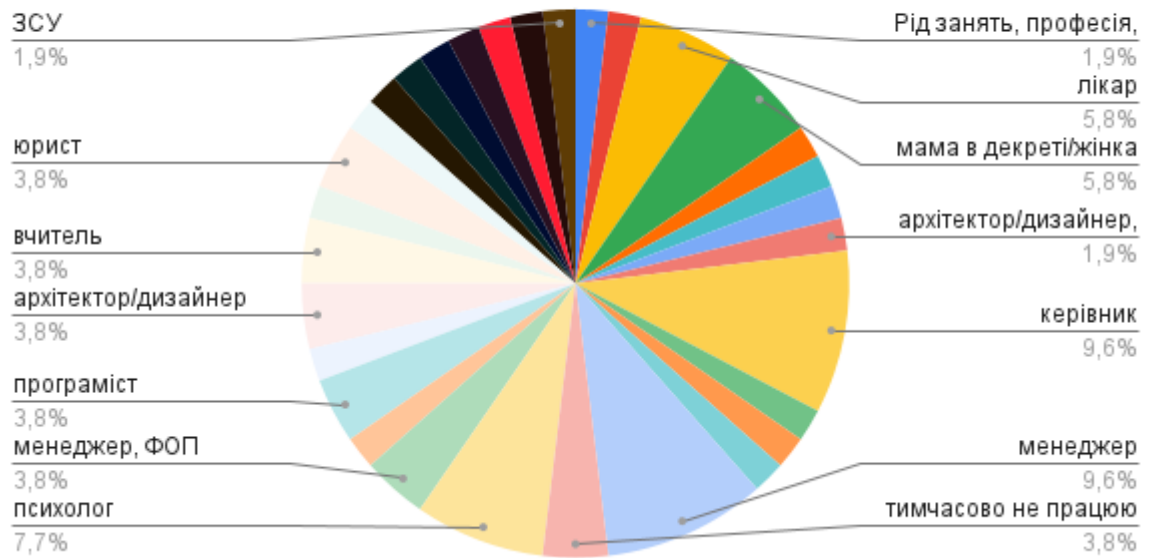
1 "Оберіть свою вікову групу "



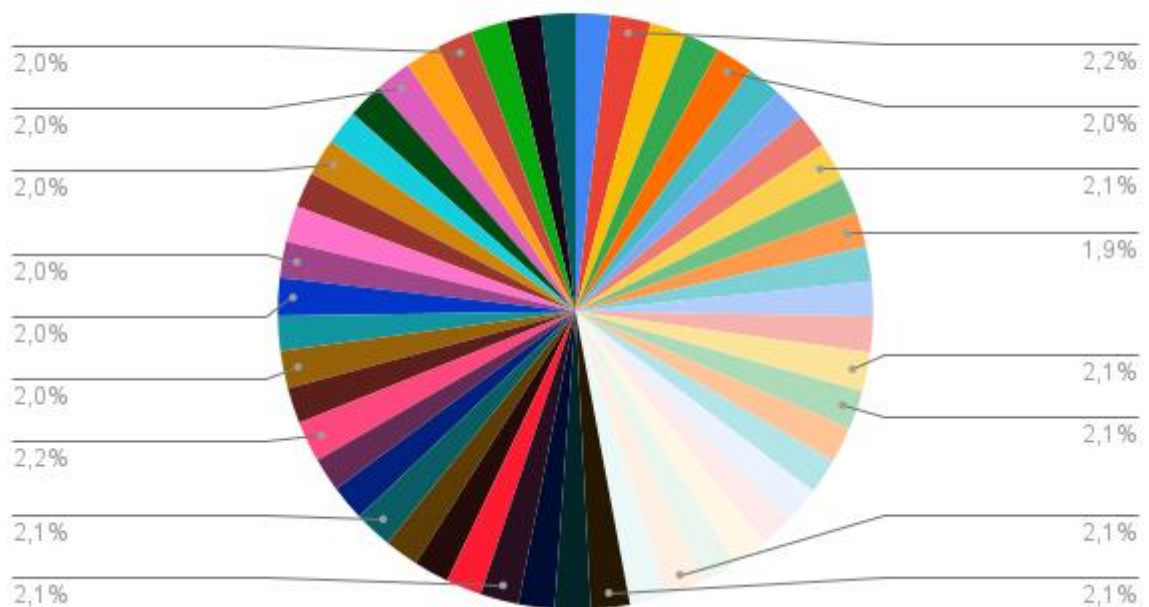
2 "стать"



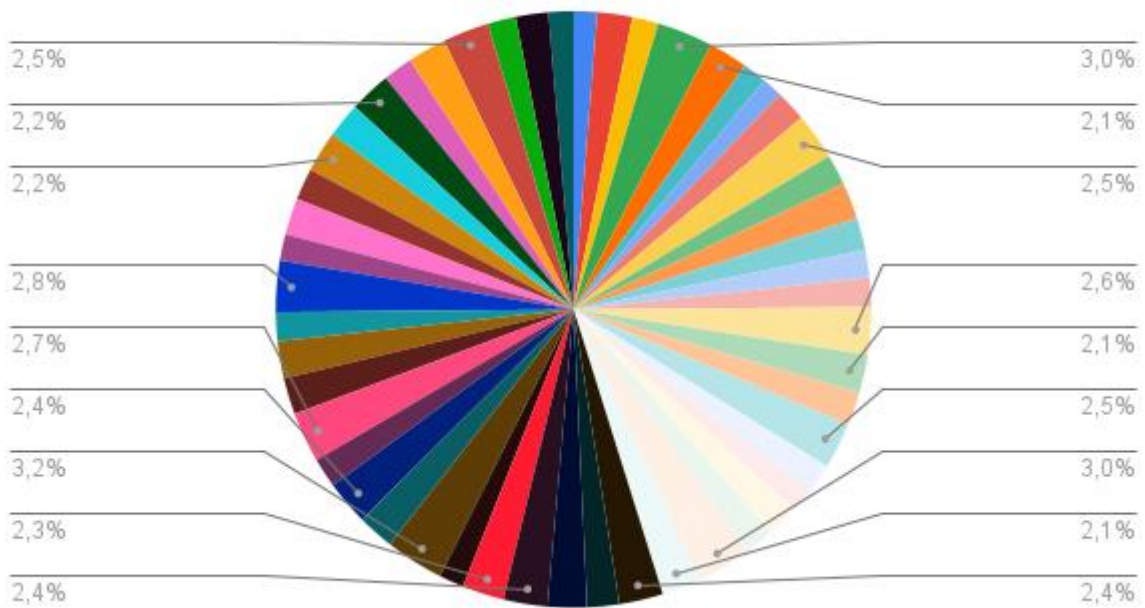
3 "Рід занять, професія, основана діяльність (можливо вибрати декілька варіантів)"



4 Ріст в см (наприклад:172)

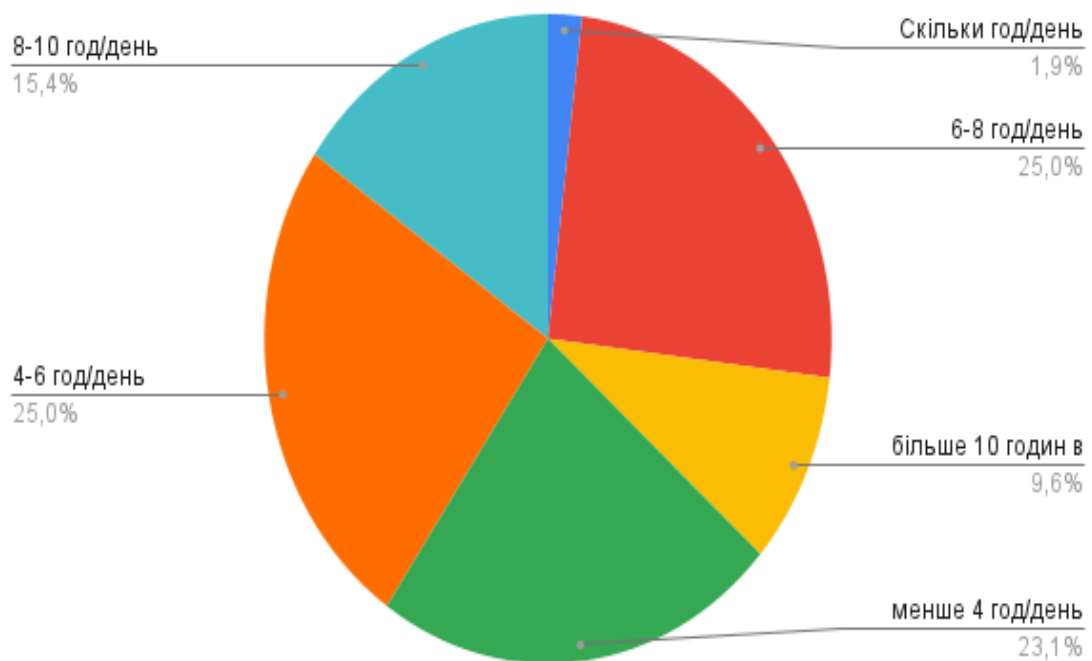


5 Вага в кг

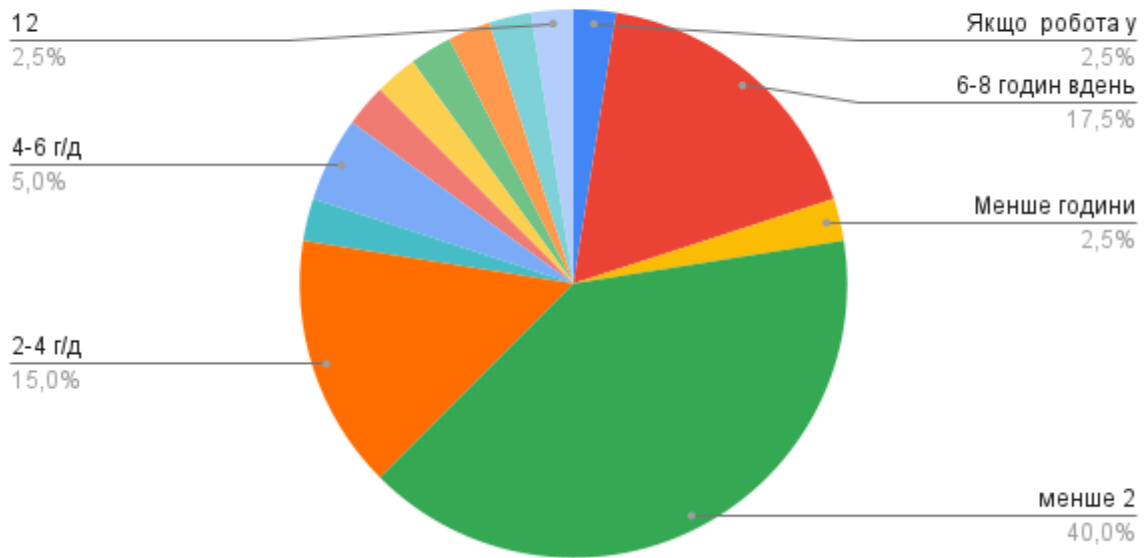


2. Рівень фізичної активності 6

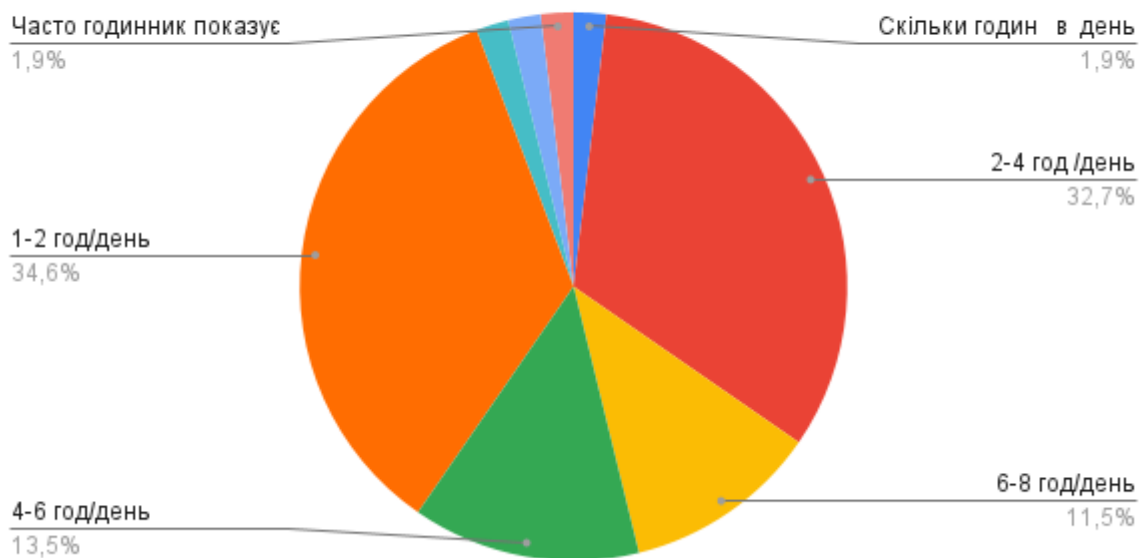
6 "Скільки год/день проводите сидячі ?"



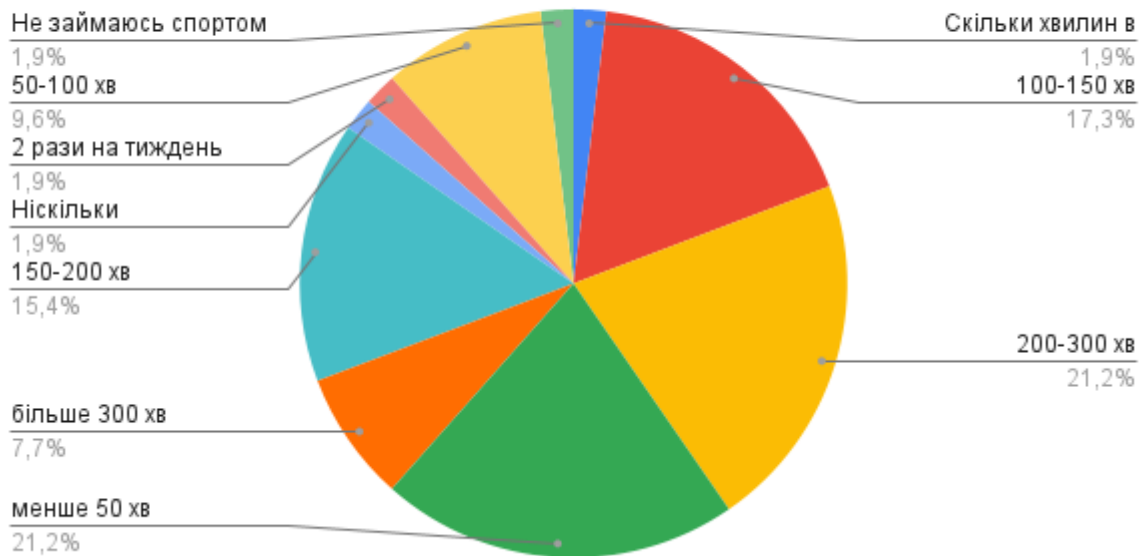
7 "Якщо робота у більшості часу стоячи (наприклад продавець), то скільки годин стоячи ?"



8 "Скільки годин в день динамічна активність (ходьба, фізична діяльність побутова +робоча)?"

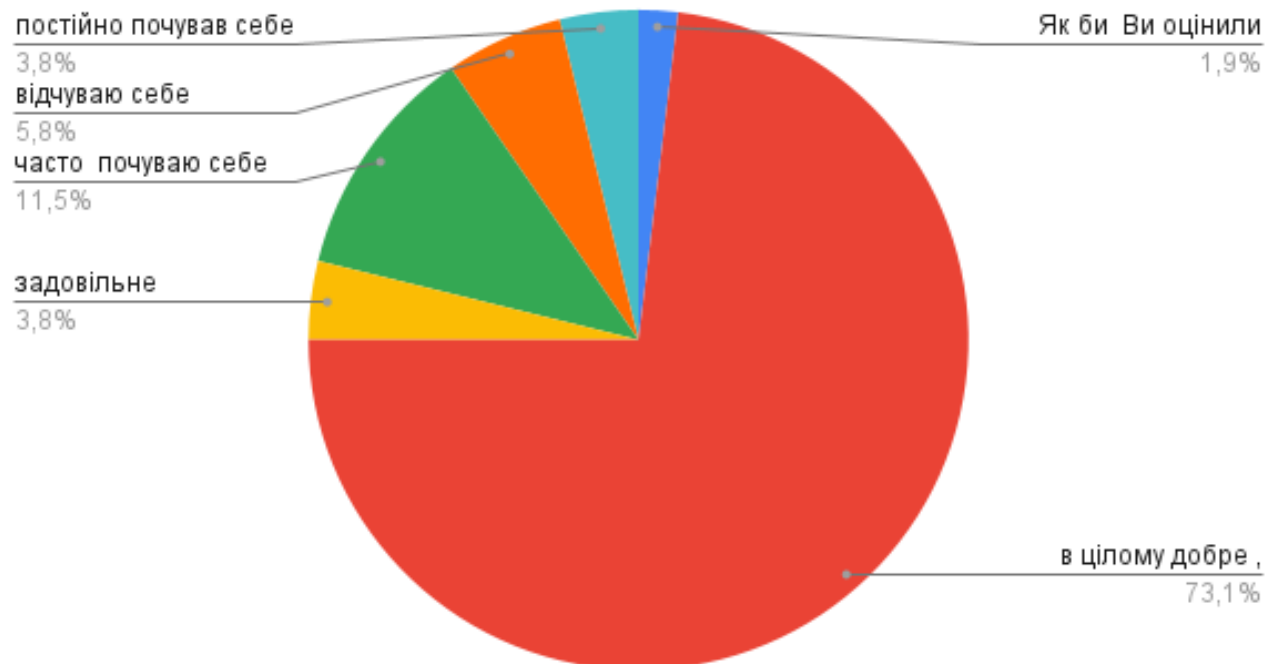


9 "Скільки хвилин в ТИЖДЕНЬ Ви приділяєте спорту /ранкова прогулянка чи зарядка/танці /інше)

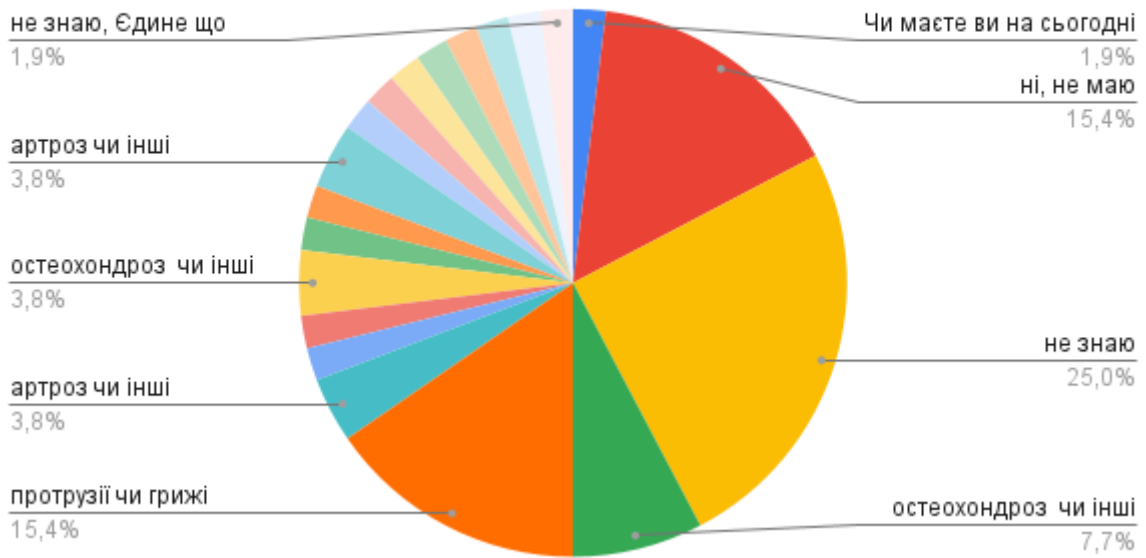


3. Стан Здоров'я 10-15

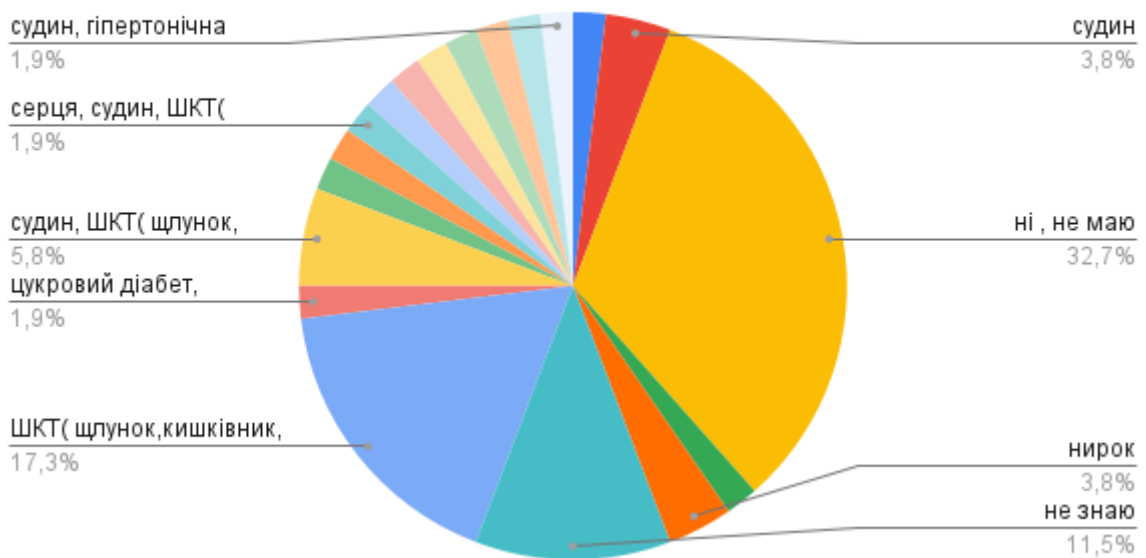
10 "Як би Ви оцінили своє самопочуття за останній рік "



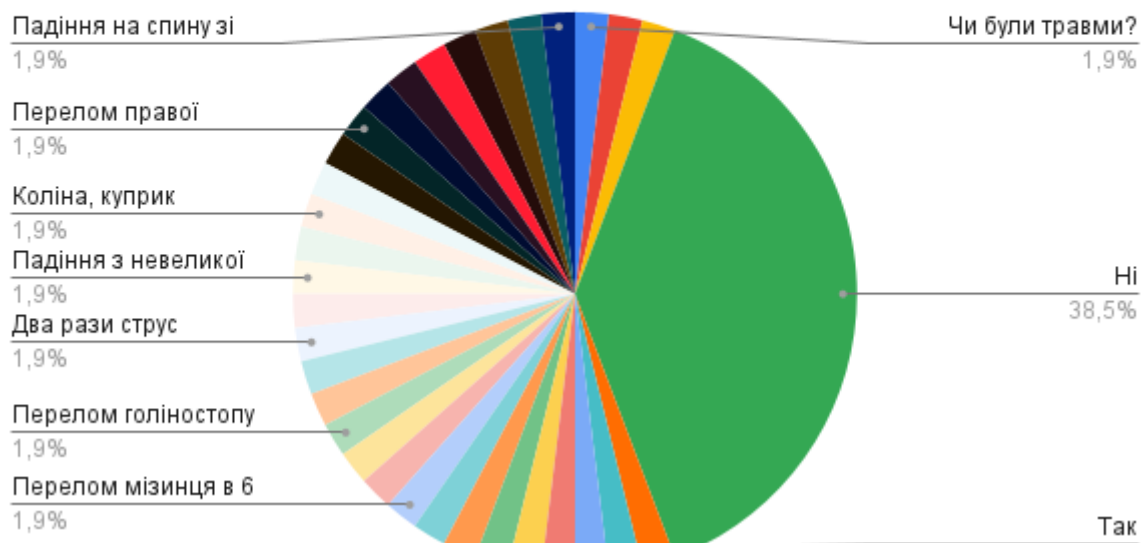
11 "Чи маєте ви на сьогодні порушення опорно-рухового апарату ? (можливо вибрати декілька варіантів)"



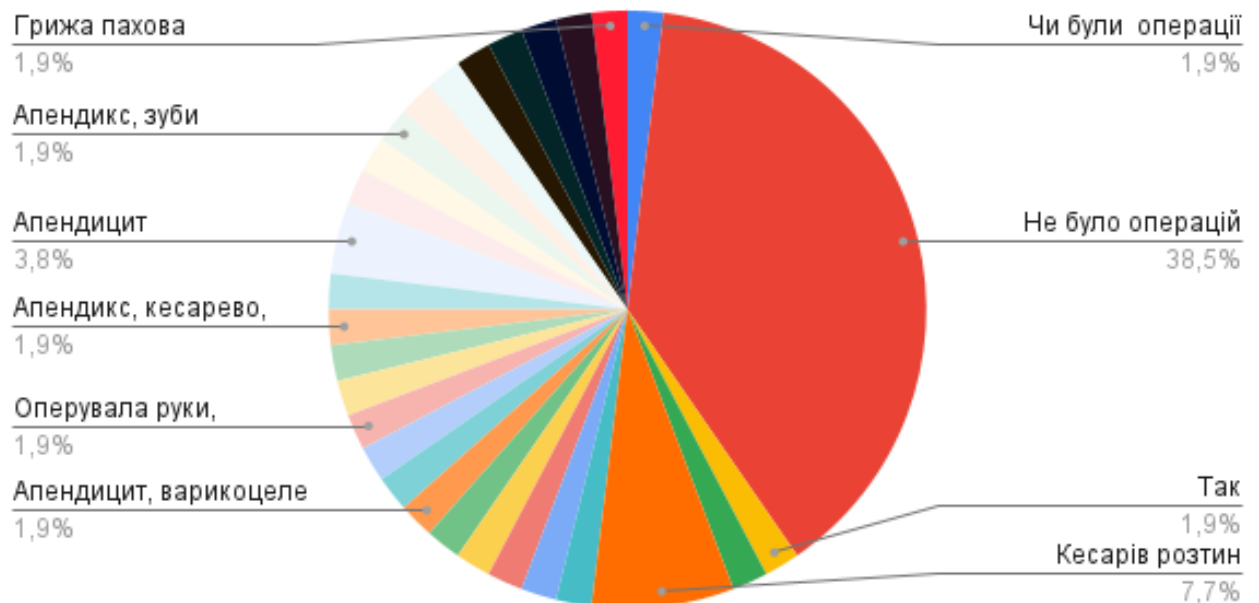
12 "Чи маєте Ви захворювання чи порушення функції інших органів чи систем ? (можливо вибрати декілька варіантів)"



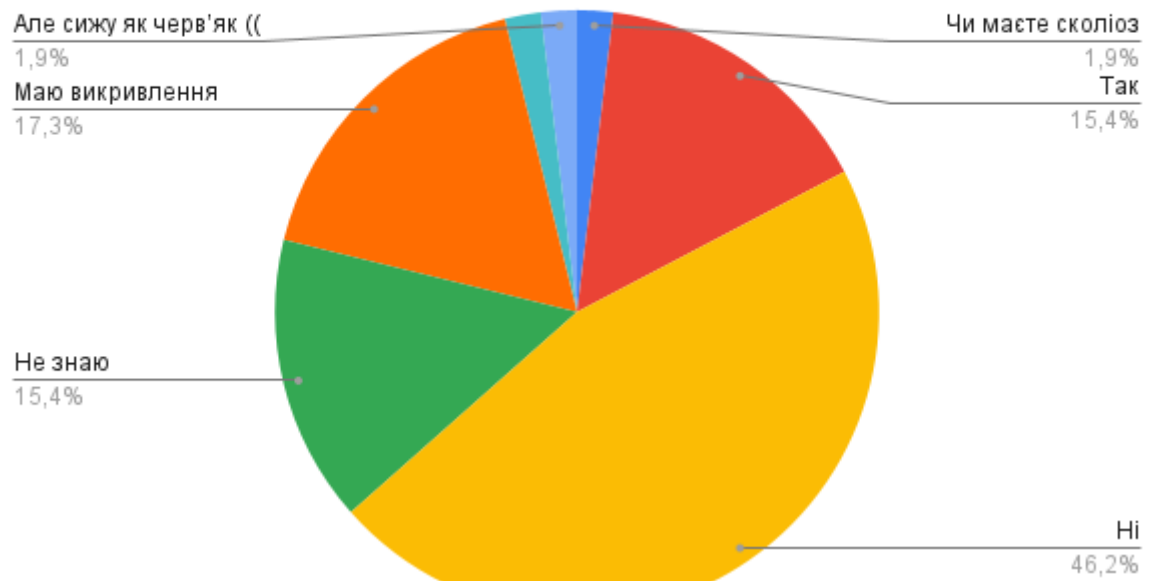
13 "Чи були травми? Особливо : падіння на спину, на куприк, травми голови /шиї , ДТП (враховуючи і в дитинстві), також переломи кінцівок



14 "Чи були операції (враховуючи і в дитинстві) ? Якщо так, перелічіть які саме в графі Інше "

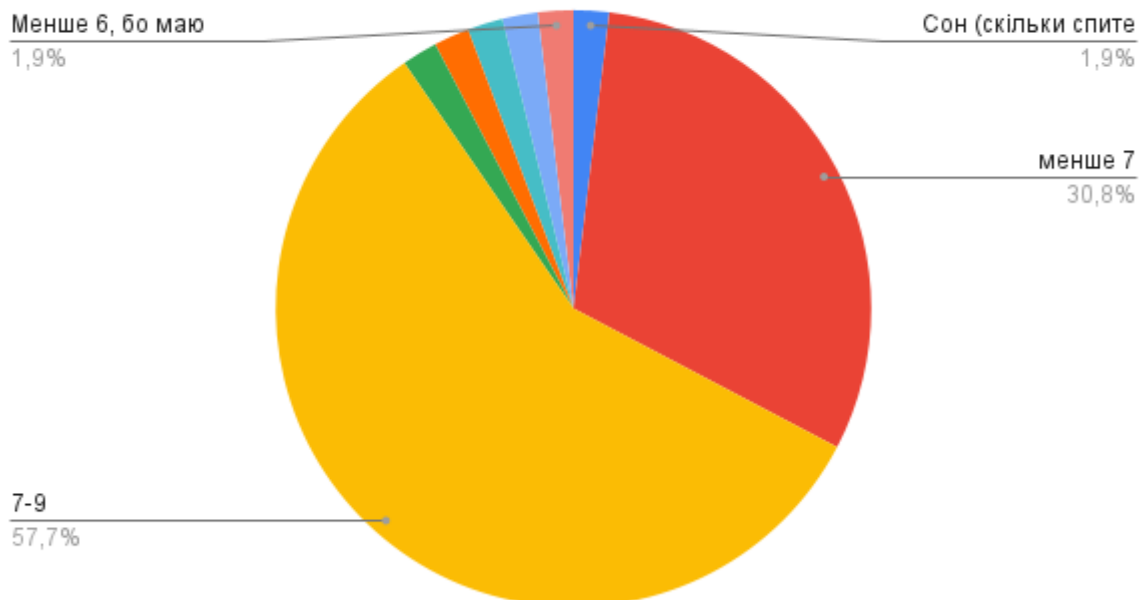


15 "Чи маєте сколіоз встановлений як діагноз?"

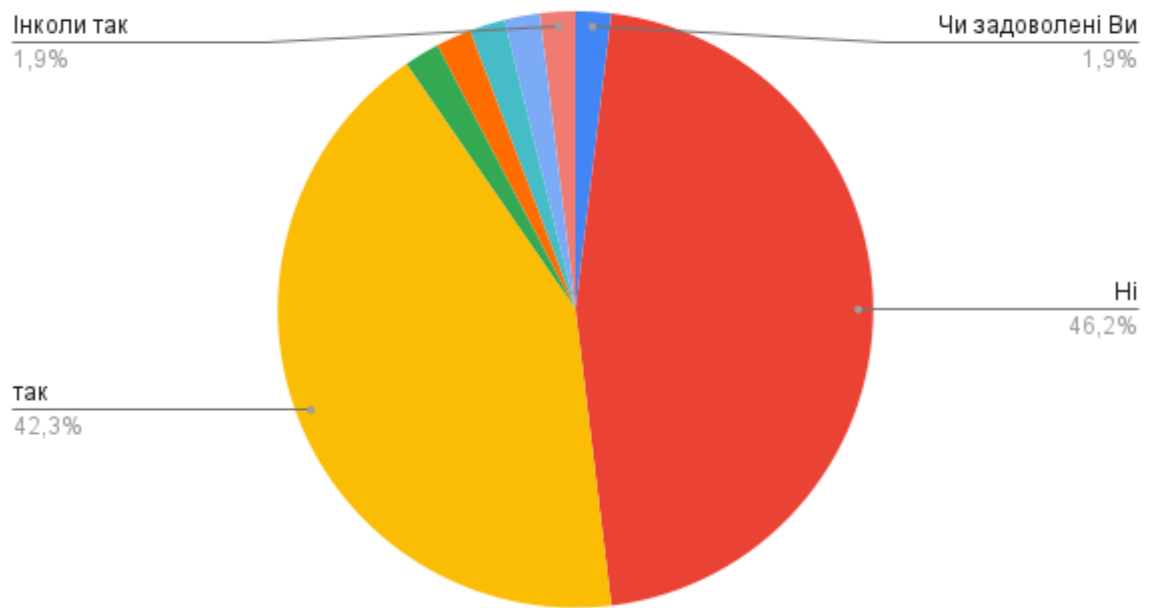


4. Хороші та погани звички 16-23

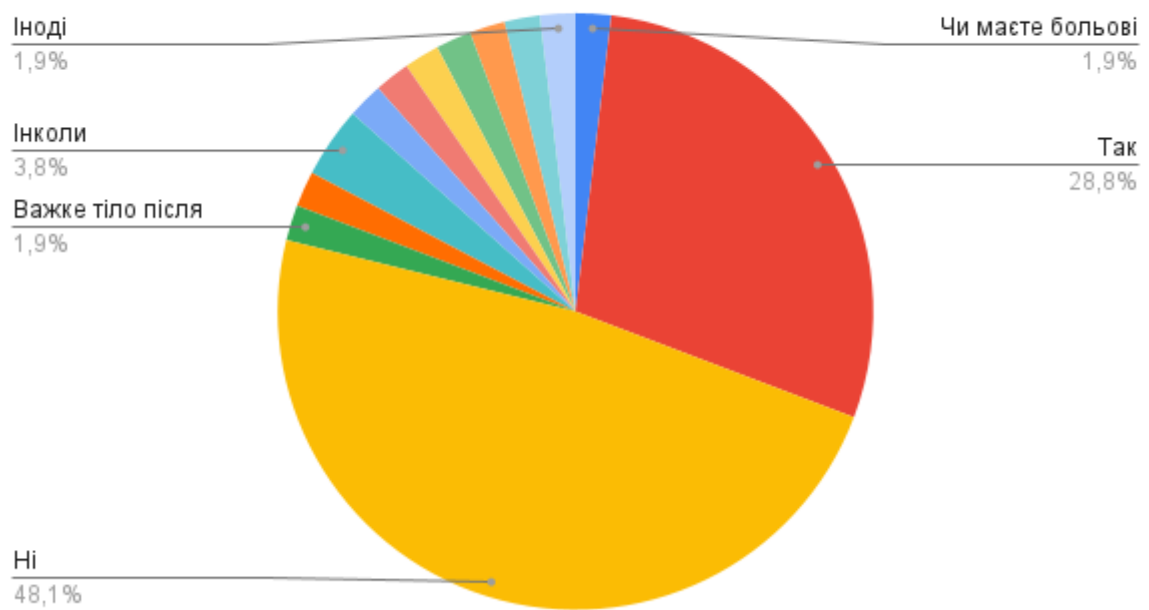
16 " Сон (скільки спите годин на добу)"



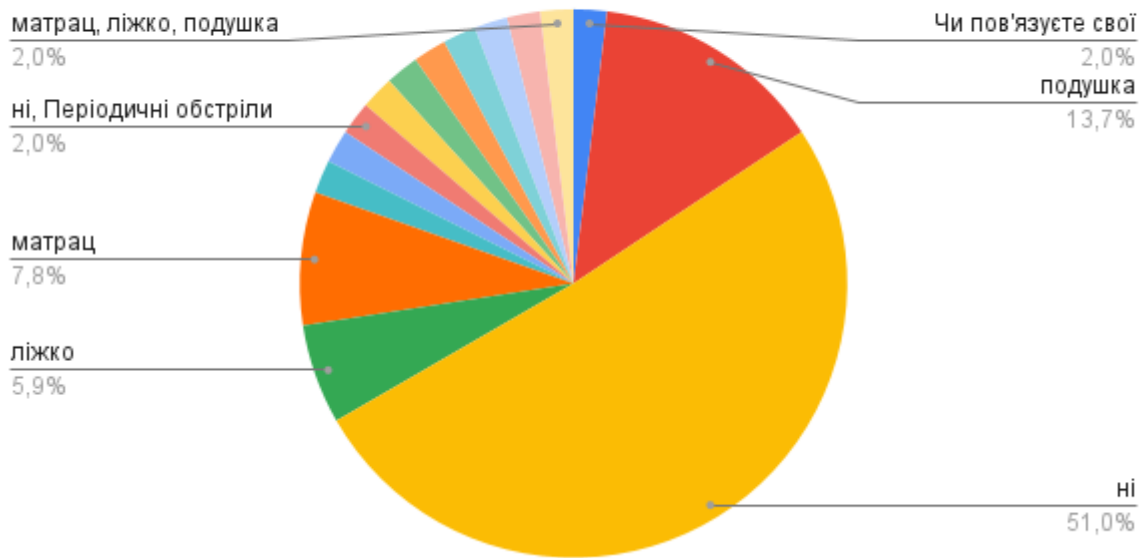
17 "Чи задоволені Ви якістю свого сну ?"



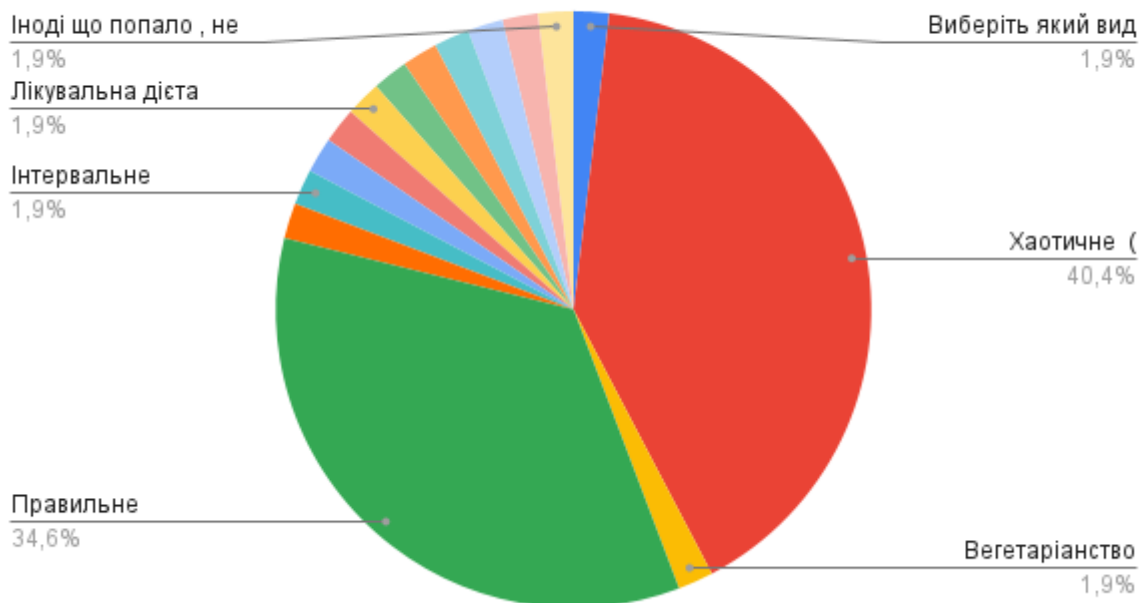
18 "Чи маєте больові відчуття під час чи після сну ?"



19 "Чи пов'язуєте свої неприємні відчуття з некомфортними умовами сну , наприклад з матрацом, подушкою чи ліжком ?

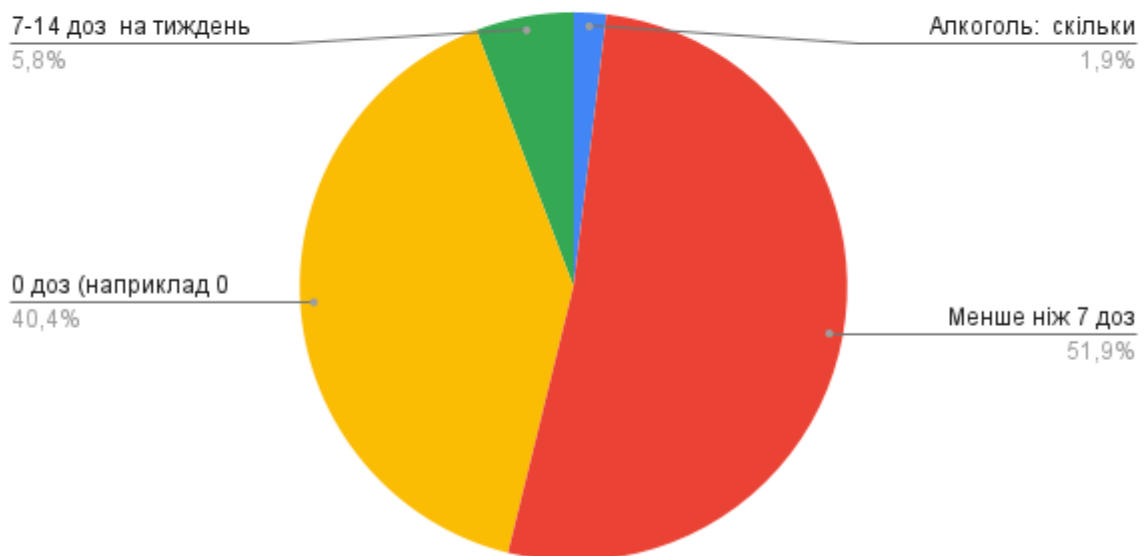


20 "Виберіть який вид Харчування типовий для Вас"

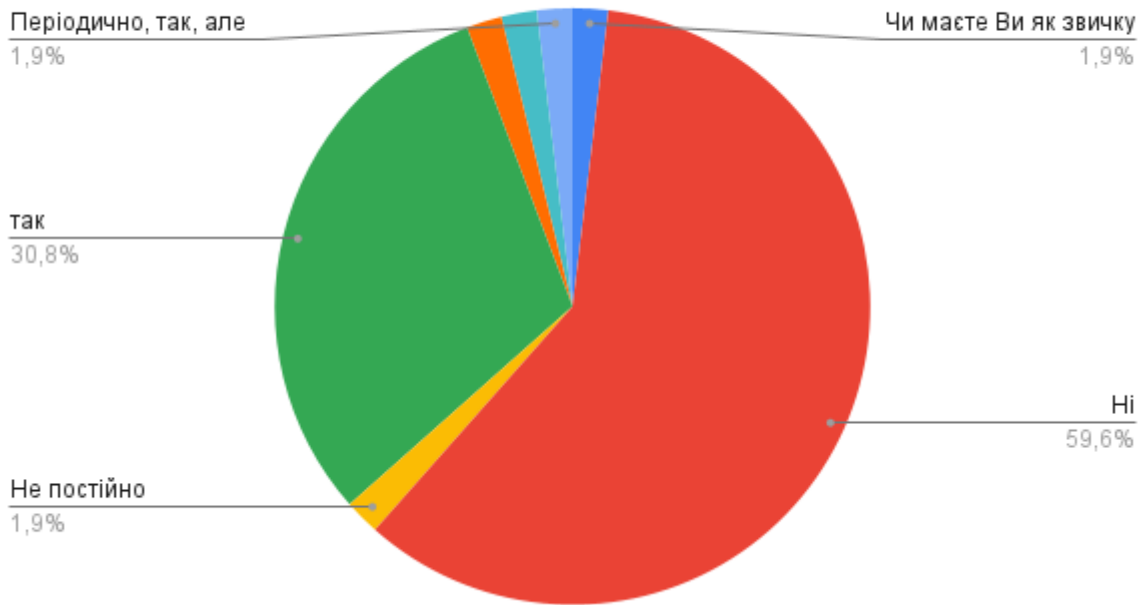


21 Куріння : скільки палите цигарок в день?

22 "Алкоголь: скільки вживаєте доз в ТИЖДЕНЬ ? (якщо 1 доза містить 10гр чистого спирту: це 25 гр горілки, 150 гр

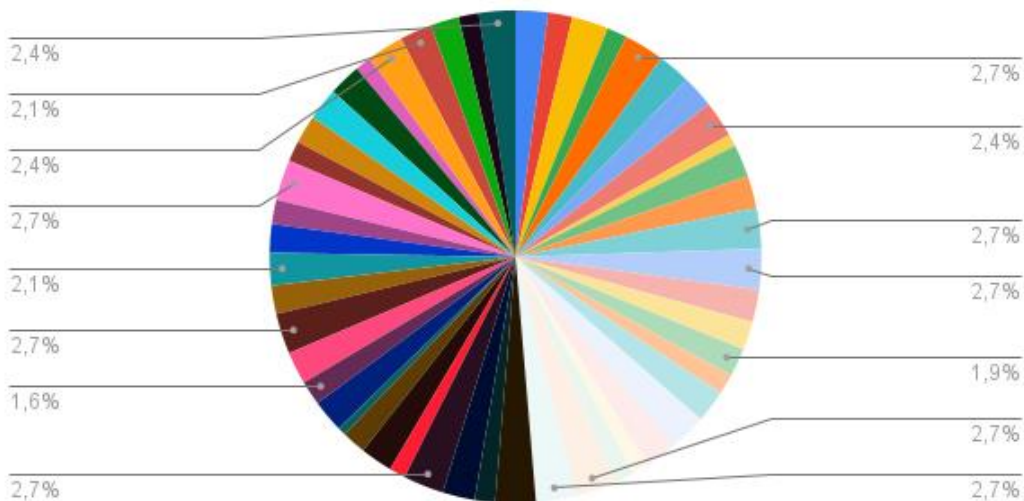


23 "Чи маєте Ви як звичку робити гімнастику кожного дня? "

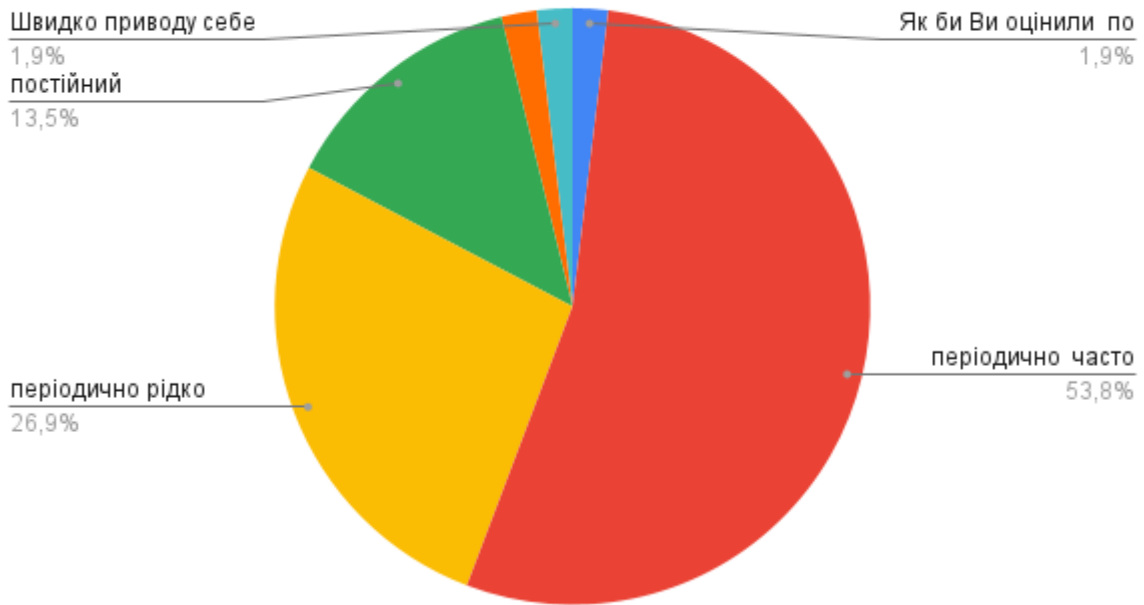


5. Вплив стресового фактору 24-27

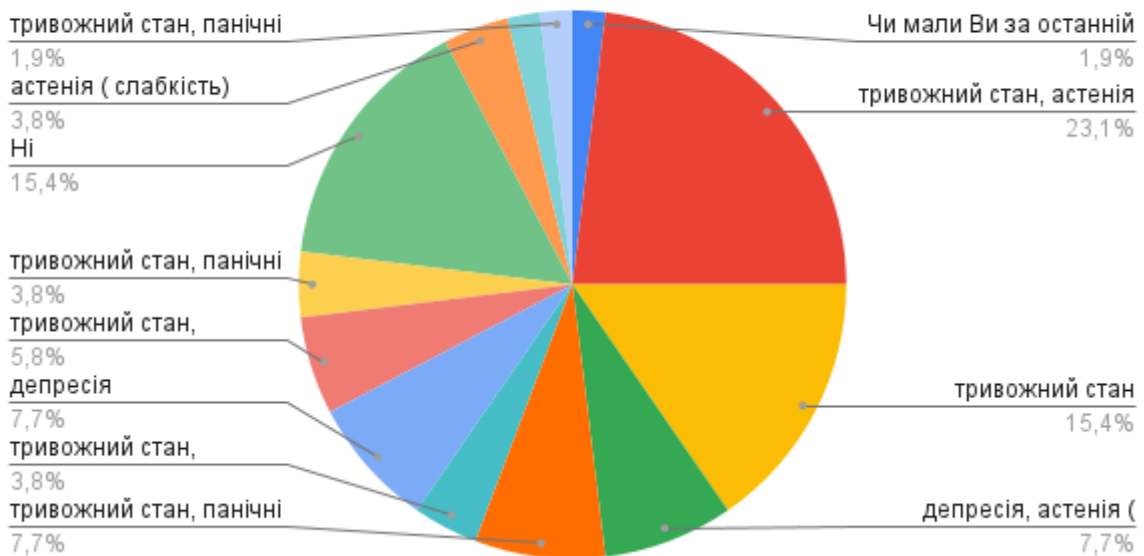
24 Як би Ви оцінили по інтенсивності рівень стресу який Ви відчували за рік в балах 0-10



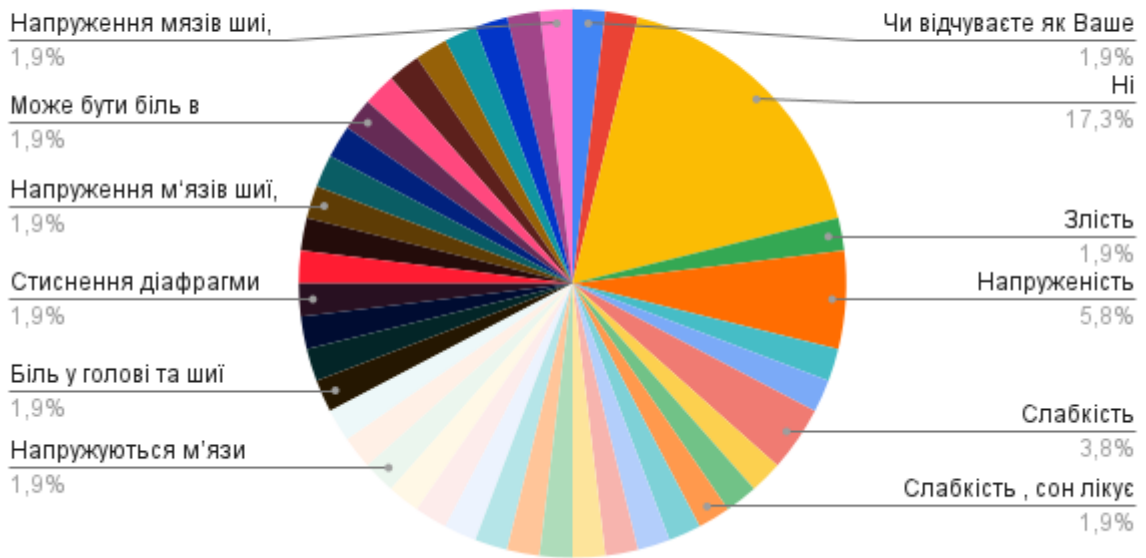
25 "Як би Ви оцінили по тривалості цей стрес "



26 "Чи мали Ви за останній рік певні психологічні стани / розлади ? (можливо вибрати декілька варіантів)"

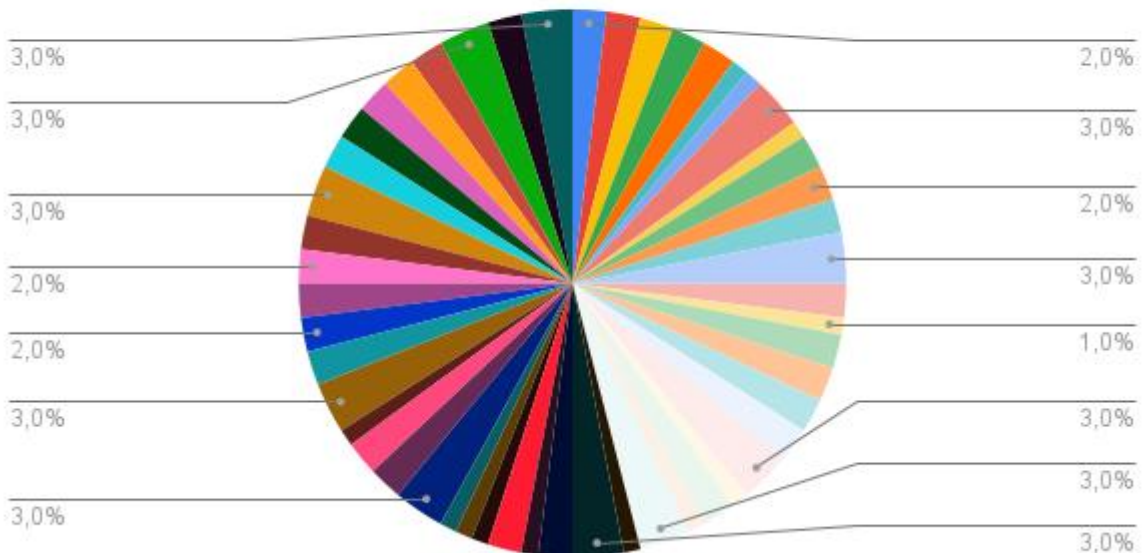


27 "Чи відчуваєте як Ваше тіло реагує на стрес ?наприклад відчуваєте напруження м'язів шиї, чи болить голова,

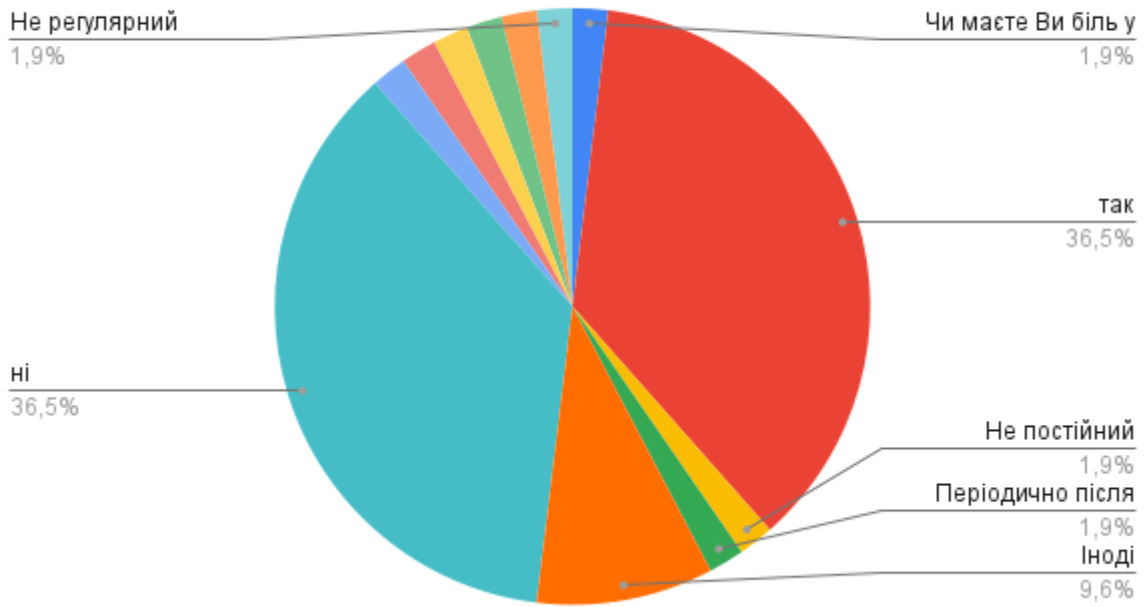


6. Скарги на сьогоднішн день 28-40

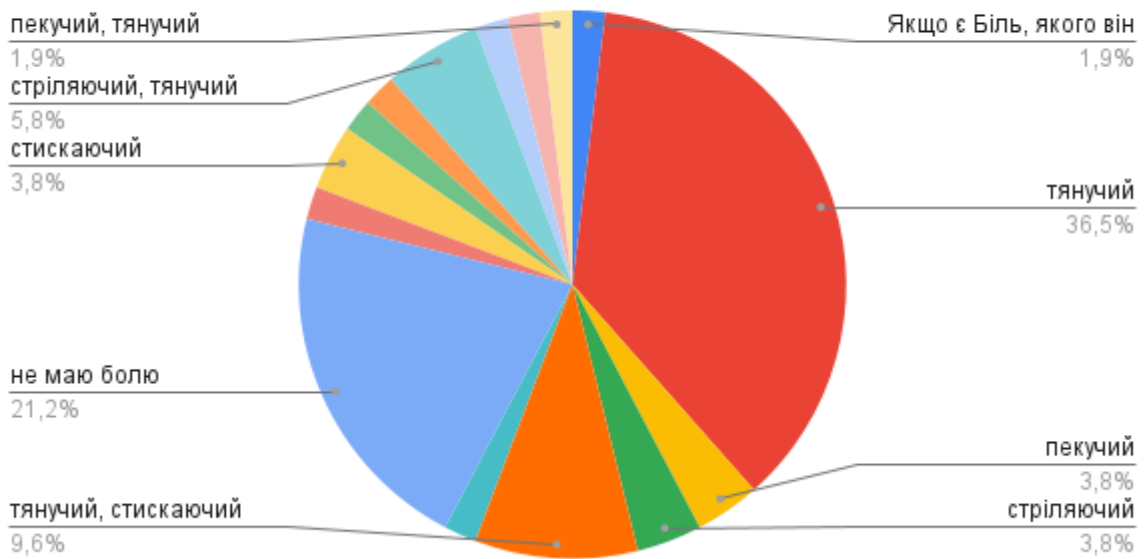
28 Поставте в балах оцінку на скільки вас турбують такі відділи опорно-рухового апарату (де 1 нічого не турбує,



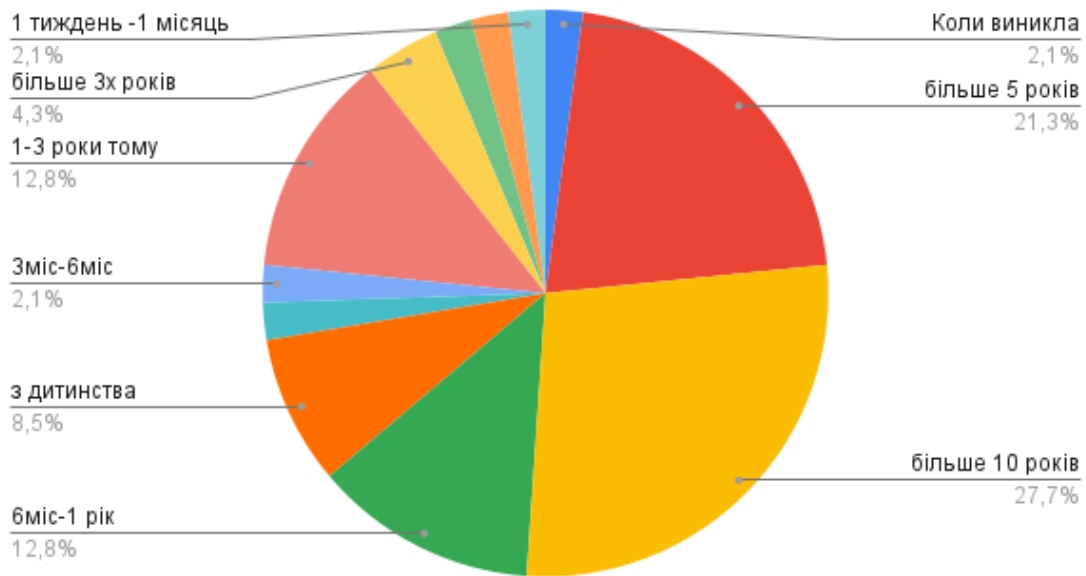
36 "Чи маєте Ви біль у спині ?"



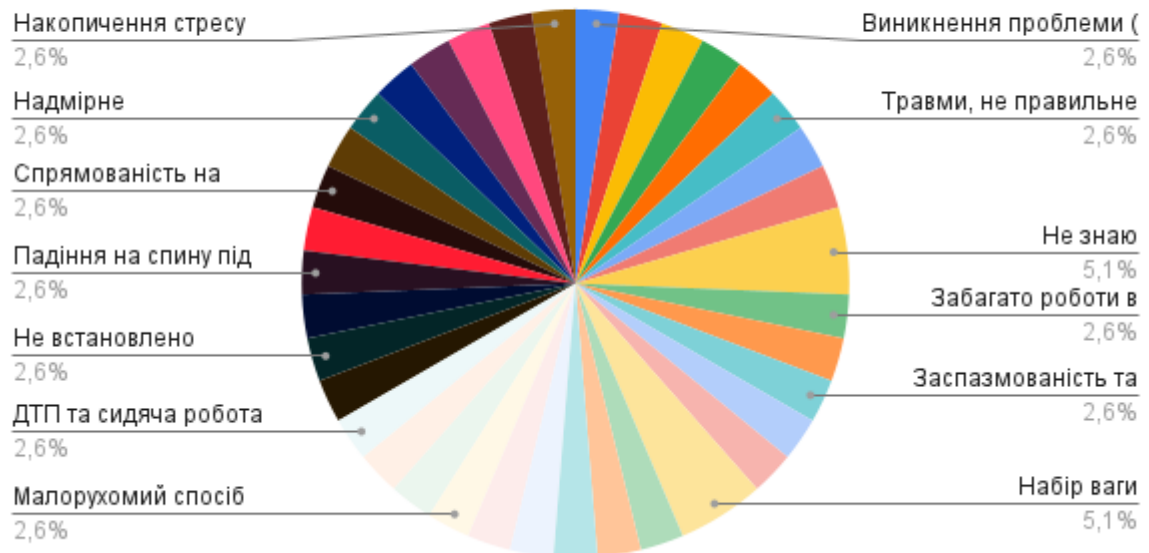
37 "Якщо є Біль, якого він характеру (можливо декілька варіантів)"



39 "Коли виникла основна проблема"

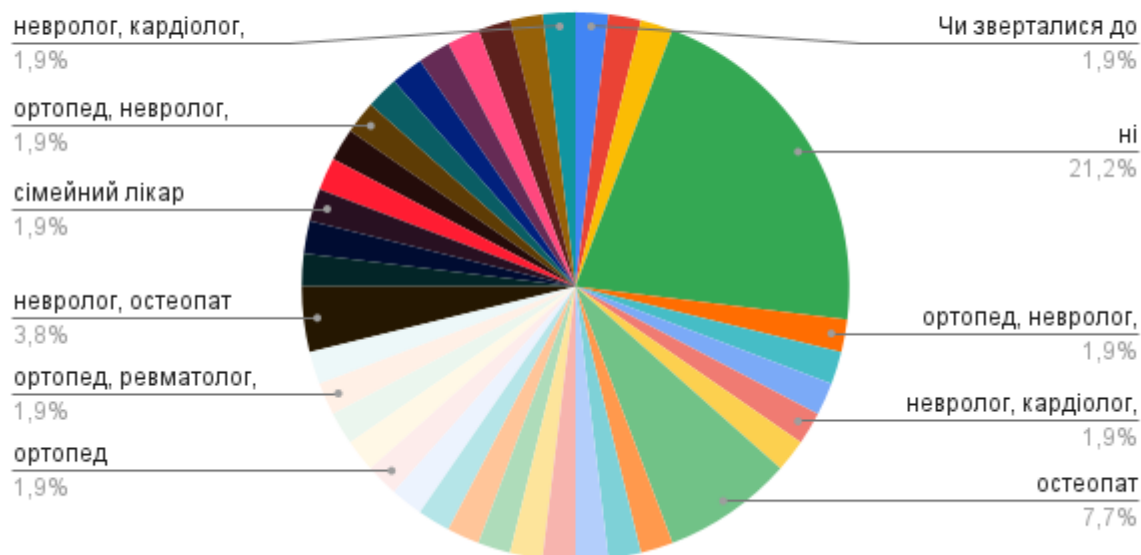


40 "Виникнення проблеми (при яких умовах ,або що спричинило на вашу думку)"

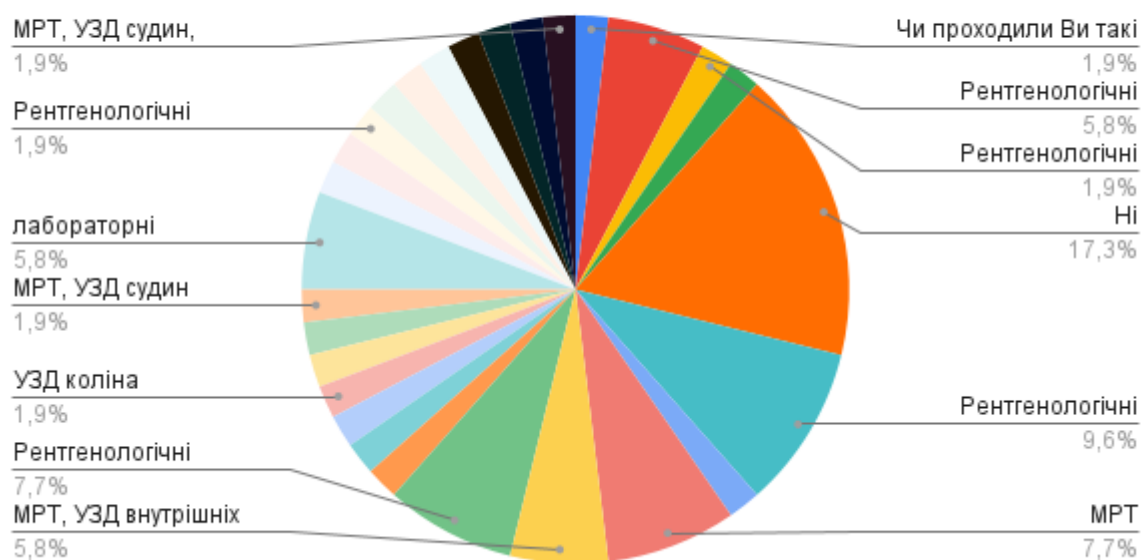


7. Попередні обстеження і лікування 41-44

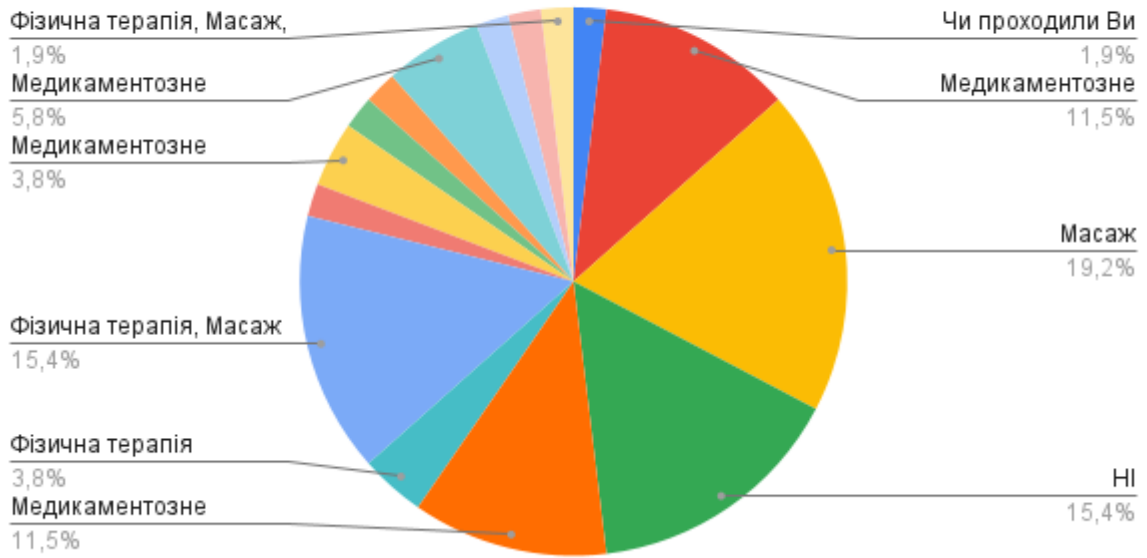
41 "Чи зверталися до спеціалістів ? (можливо вибрати декілька варіантів)"



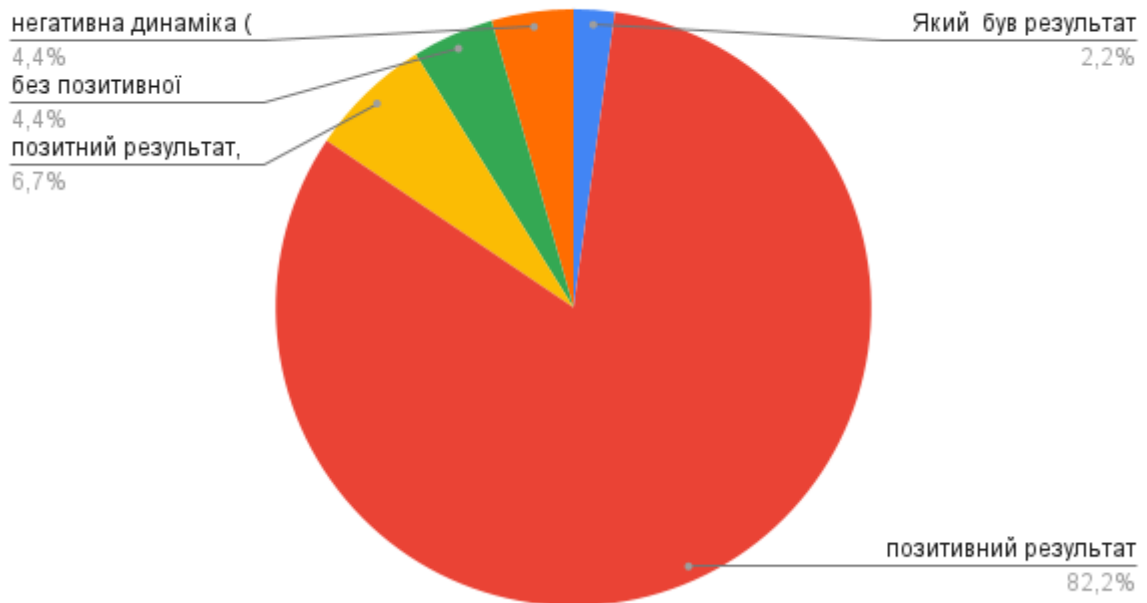
42 "Чи проходили Ви такі обстеження ? (можливо вибрати декілька варіантів)"



43 "Чи проходили Ви лікування/реабілітацію ? (можливо вибрати декілька варіантів)"

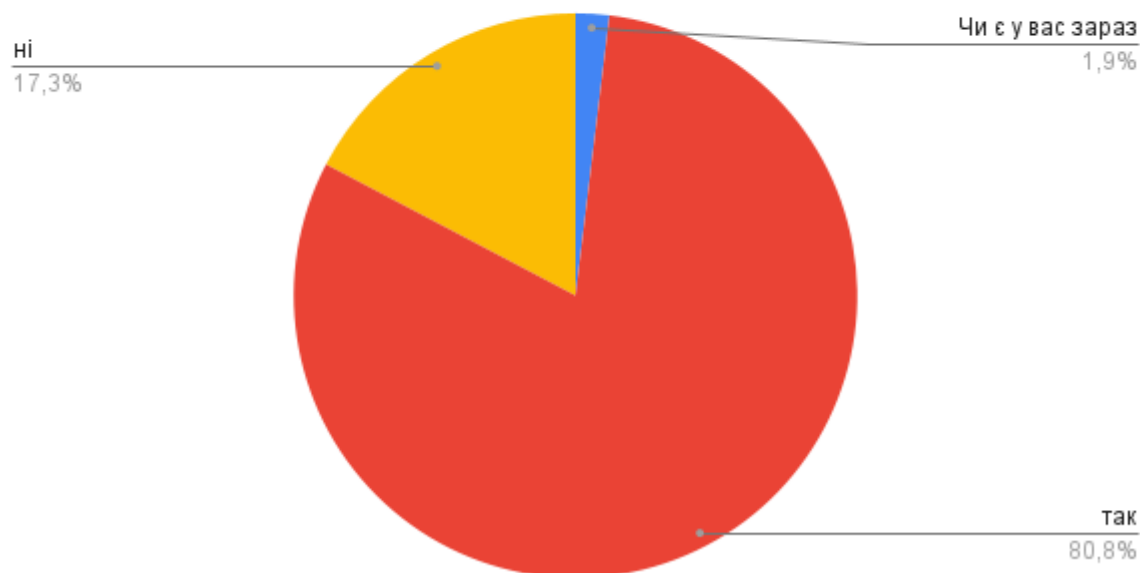


44 "Який був результат лікування ?"

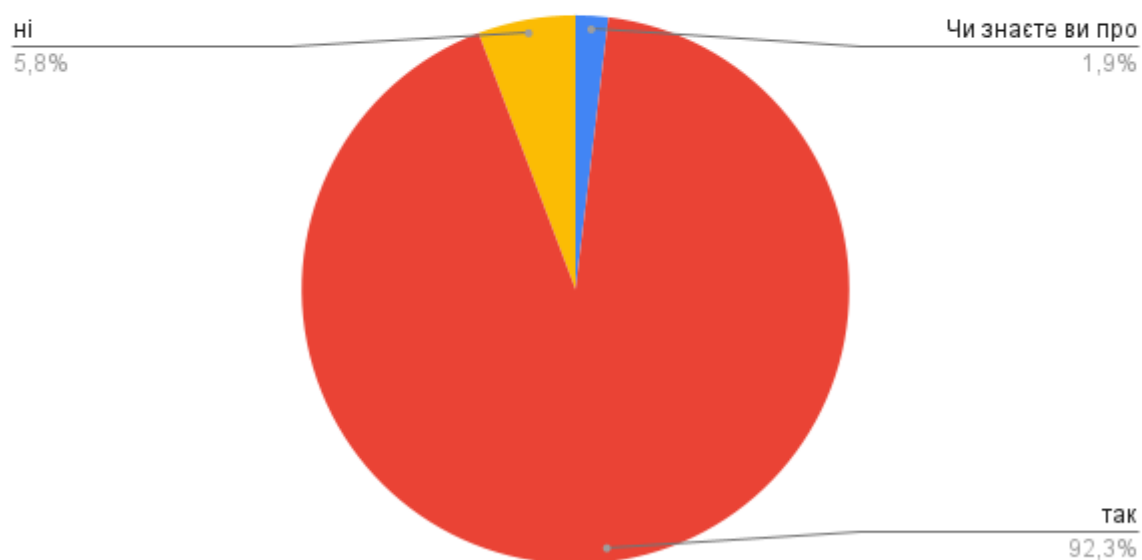


8. Постава 45-51

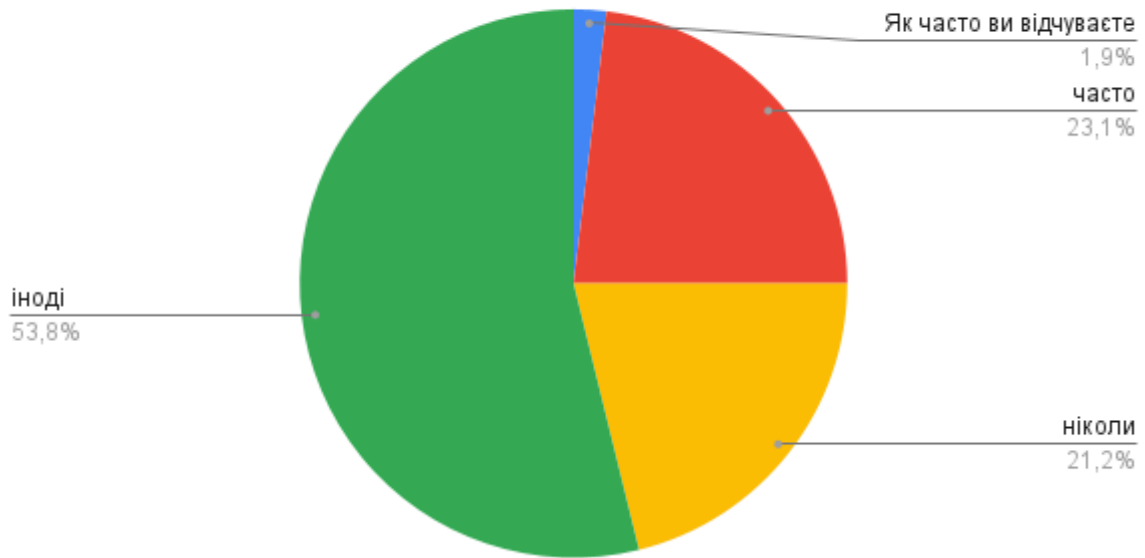
50 "Чи є у вас зараз занепокоєння щодо вашої постави або здоров'я опорно-рухового апарату?"



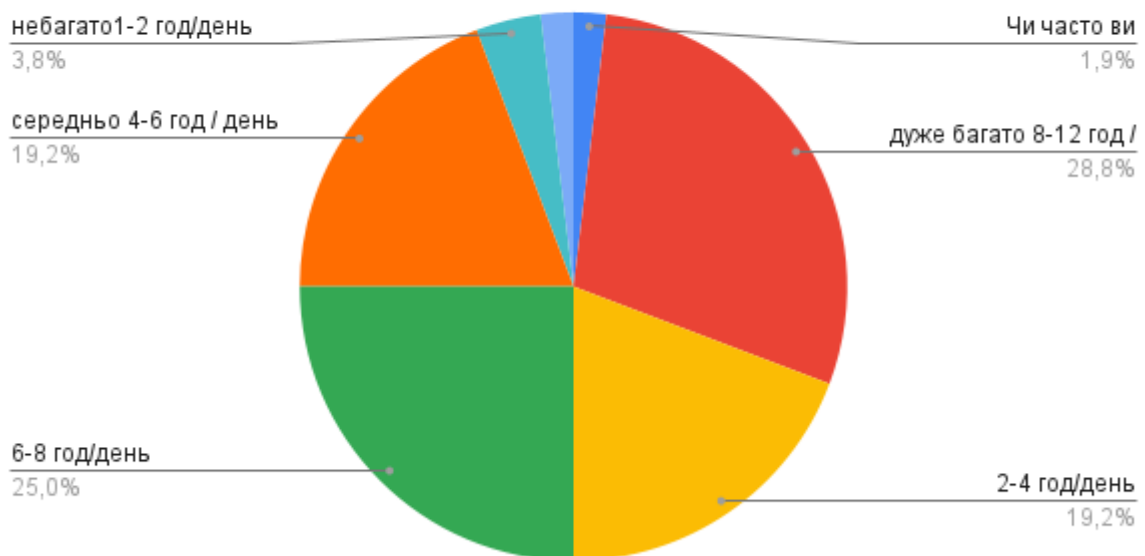
49 "Чи знаєте ви про важливість правильної постави для здоров'я?"



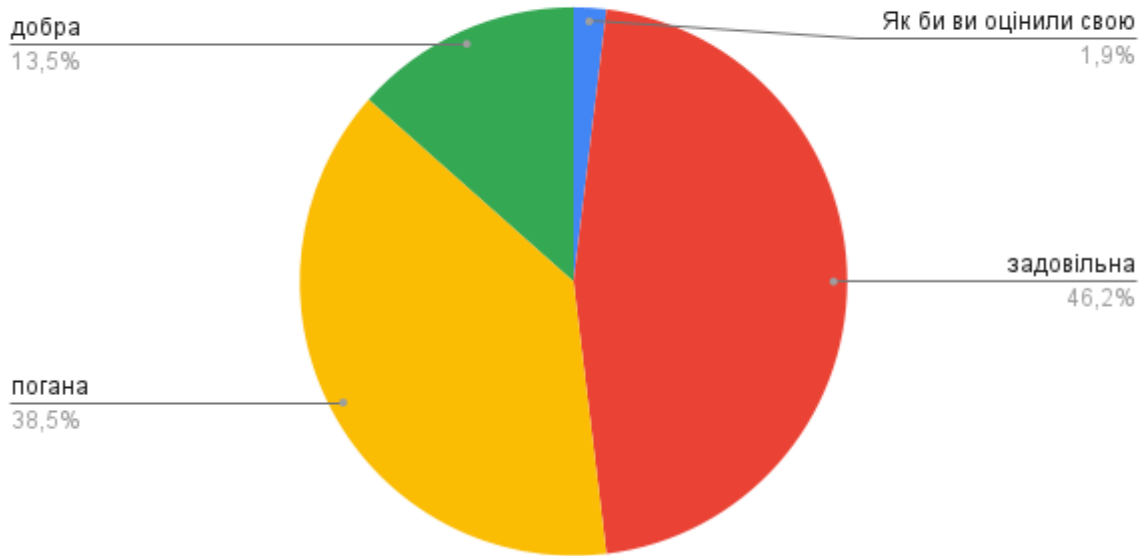
48 "Як часто ви відчуваєте біль у шиї або спині, пов'язаний з використанням пристрою?"



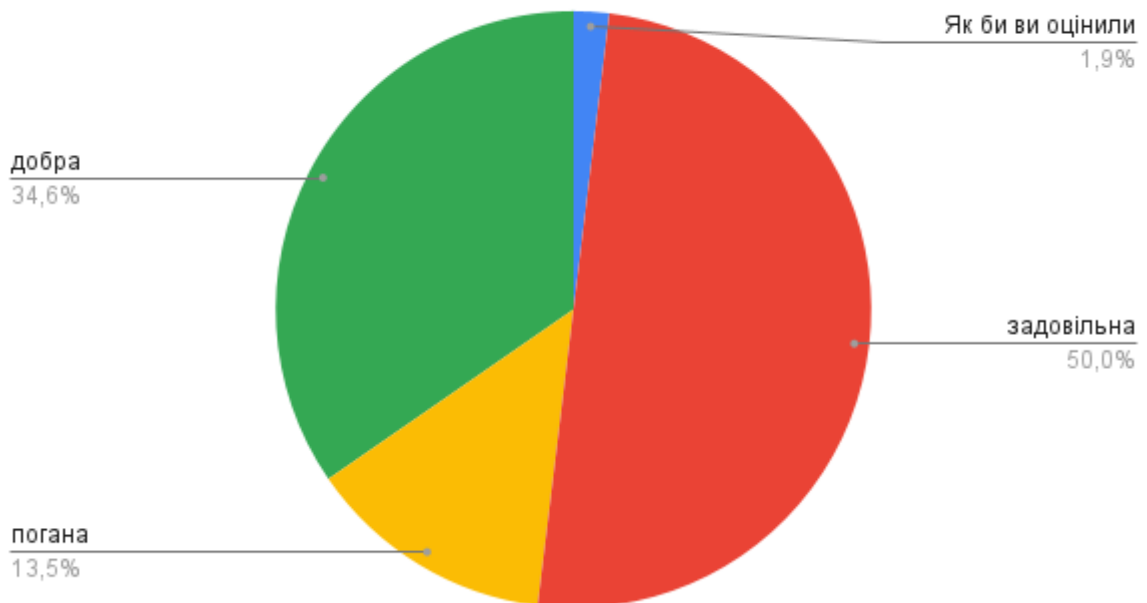
47 "Чи часто ви користуєтеся цифровими пристроями (наприклад, смартфонами, ноутбуками)? Скільки годин на



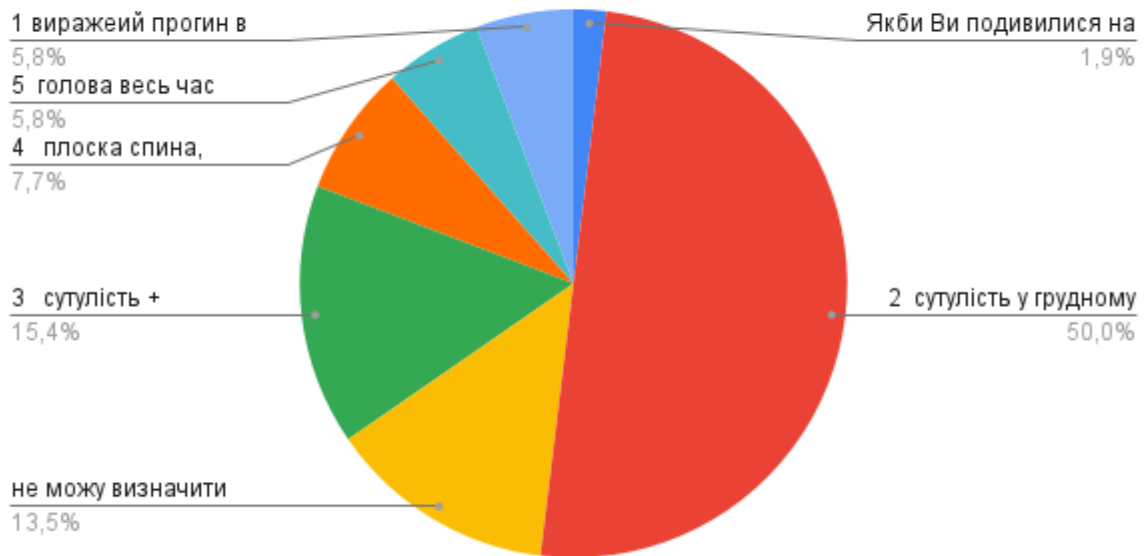
46 "Як би ви оцінили свою типову робочу позу, коли сидите за столом або за комп'ютером?"



45 "Як би ви оцінили свою поставу, коли стоїте?"

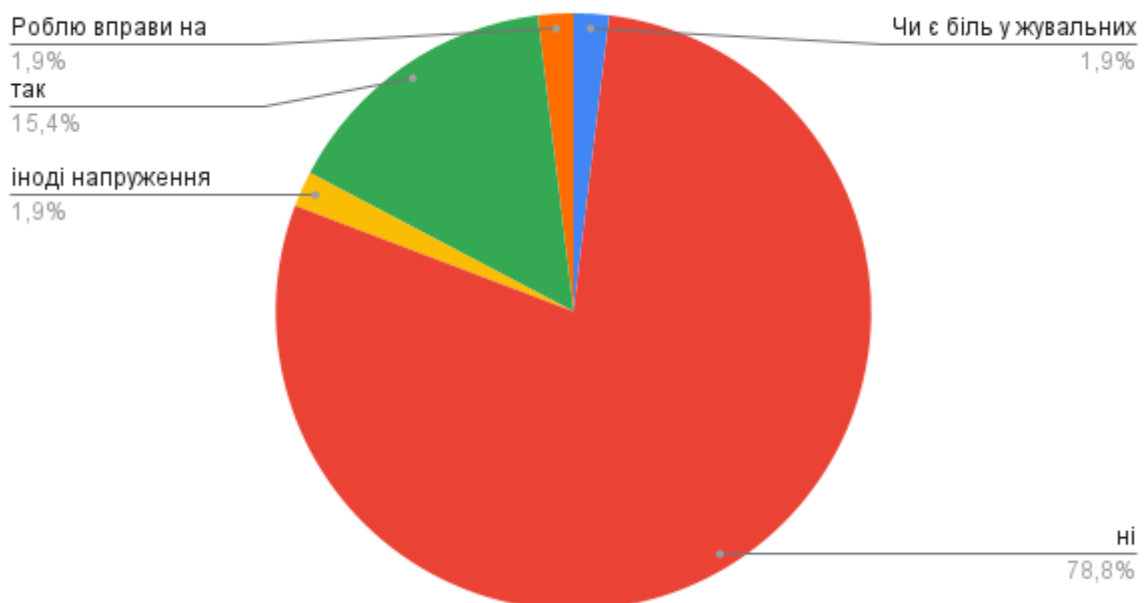


51 "Якби Ви подивилися на себе в дзеркалі збоку, який вид постави вибрали що відповідає вашій ситуації "

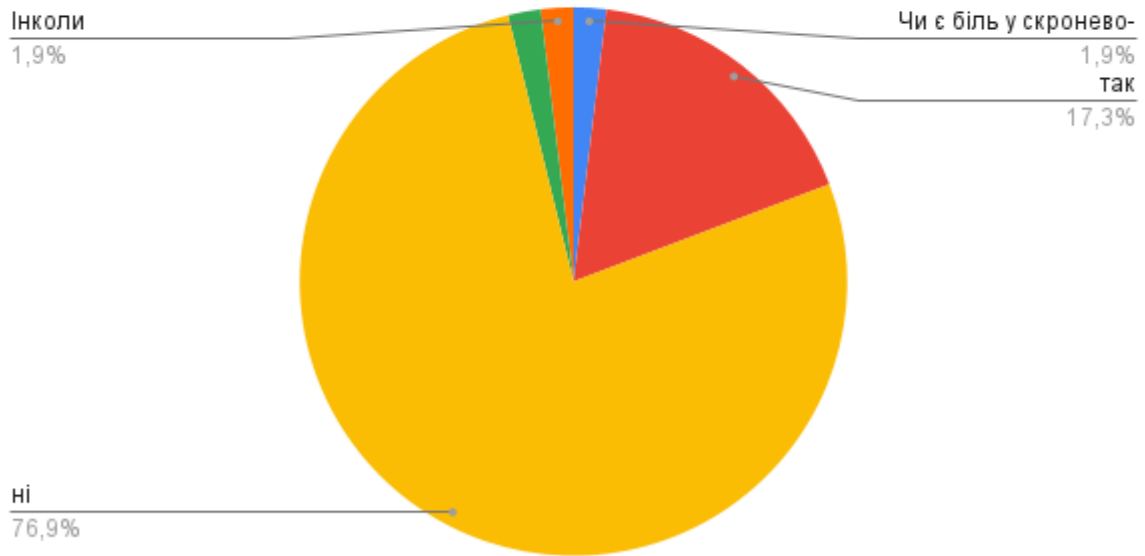


9. Зубощелепна система і постава 52-58

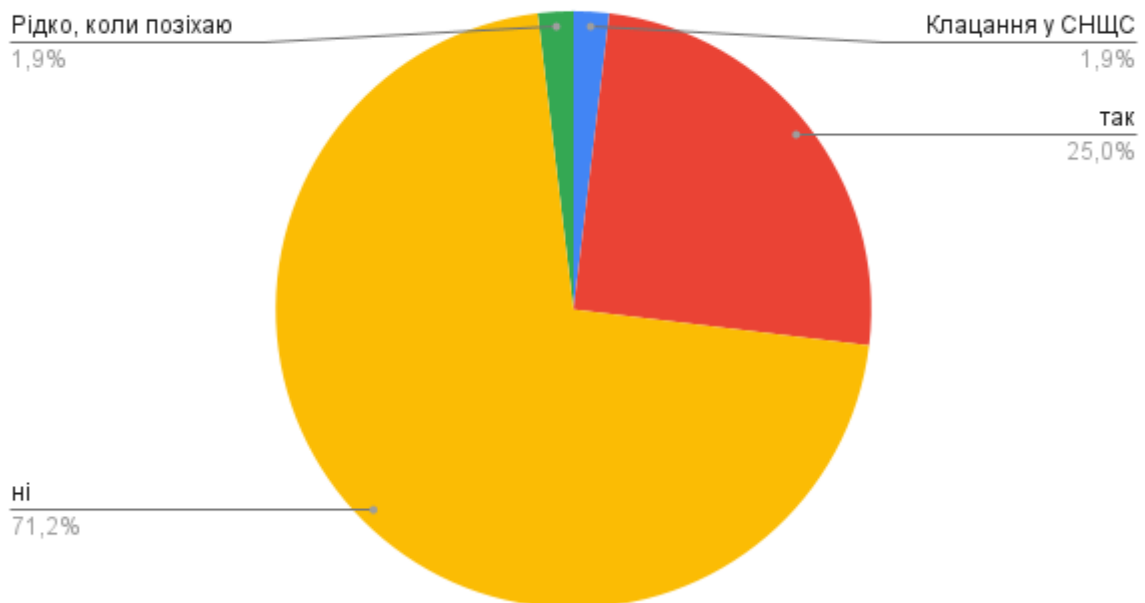
52 "Чи є біль у жувальних м'язах? "



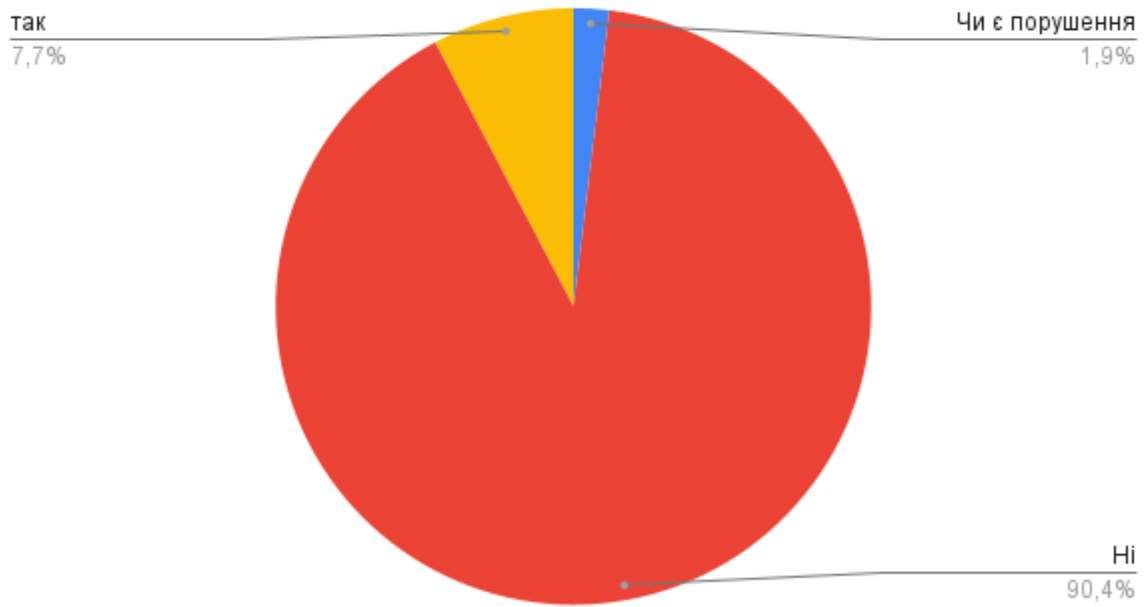
53 "Чи є біль у скронево-нижньощелепному суглобі (СНЦС) ? "



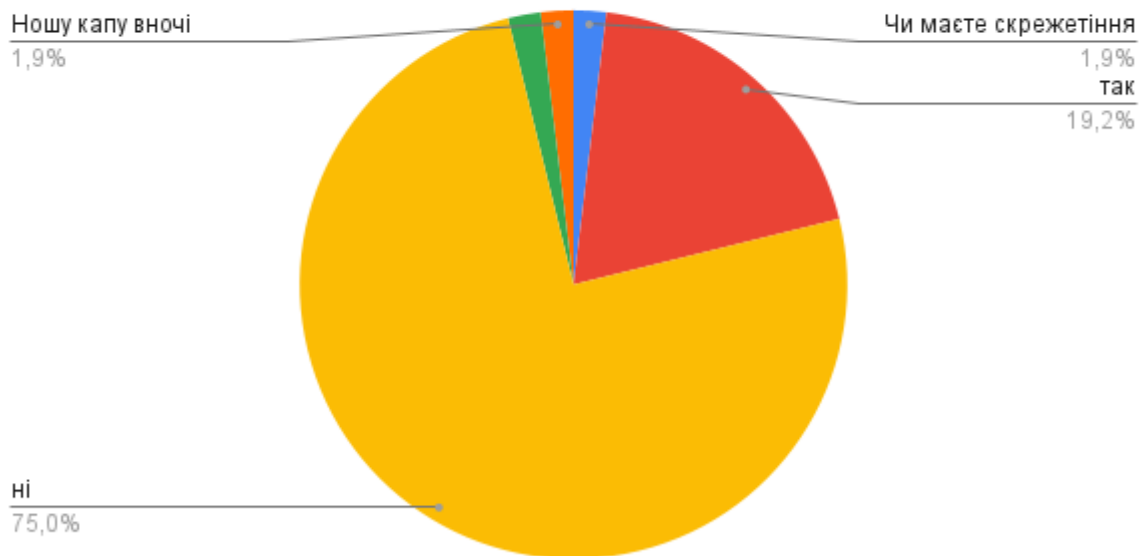
54 "Клацання у СНЦС суглобі при відкриванні рота ?"



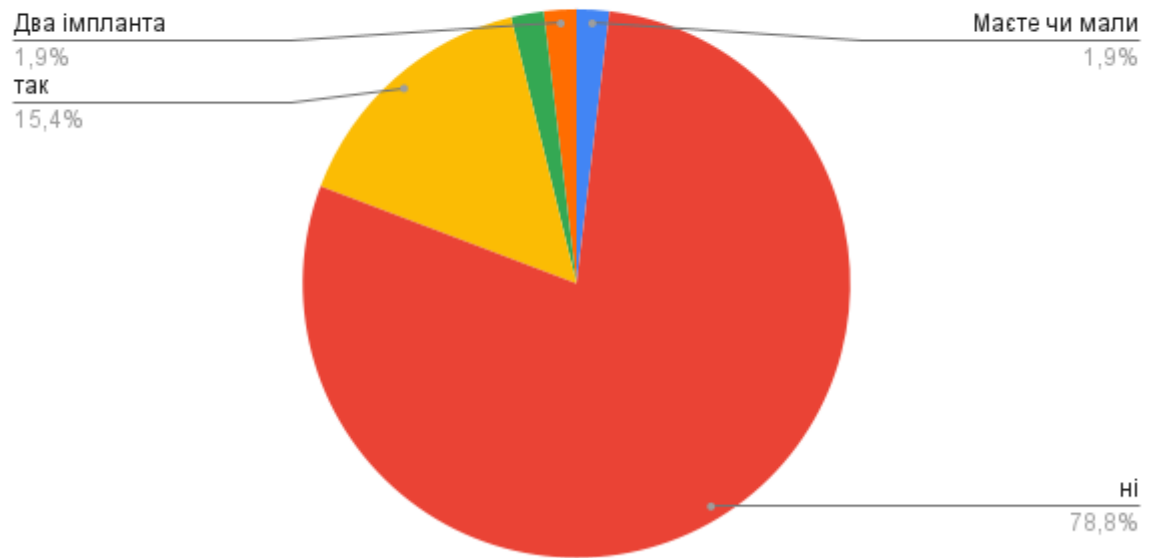
55 "Чи є порушення відкривання рота ?"



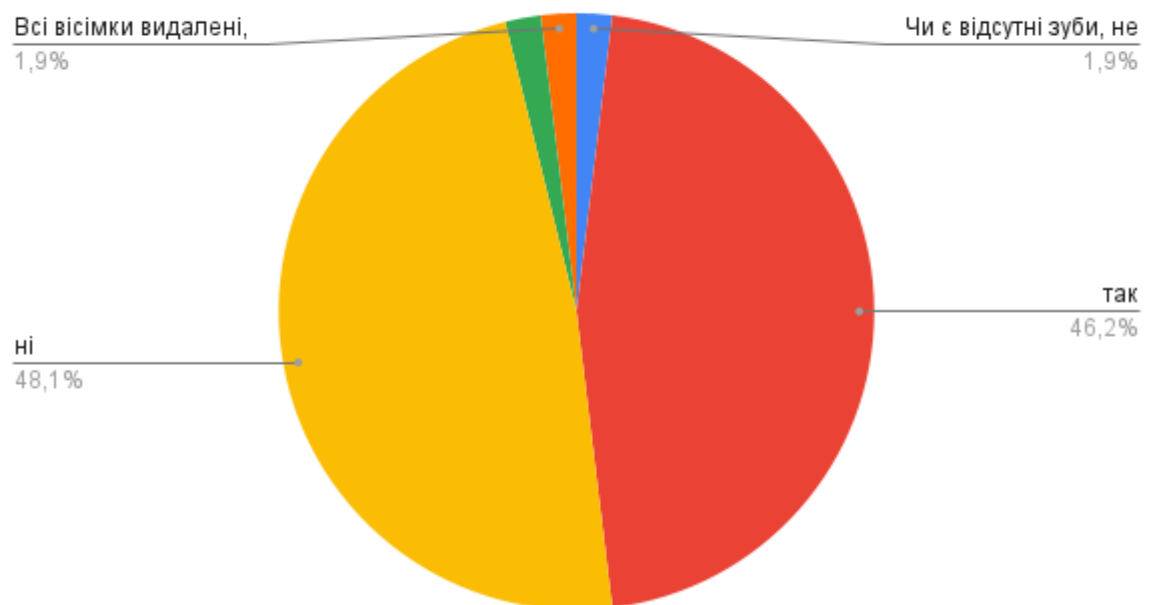
56 "Чи маєте скрежетіння зубами, в тому числі вночі (бруксизм) ?"



57 "Маєте чи мали ортодонтичну коррекцію (наприклад брекети) ?"

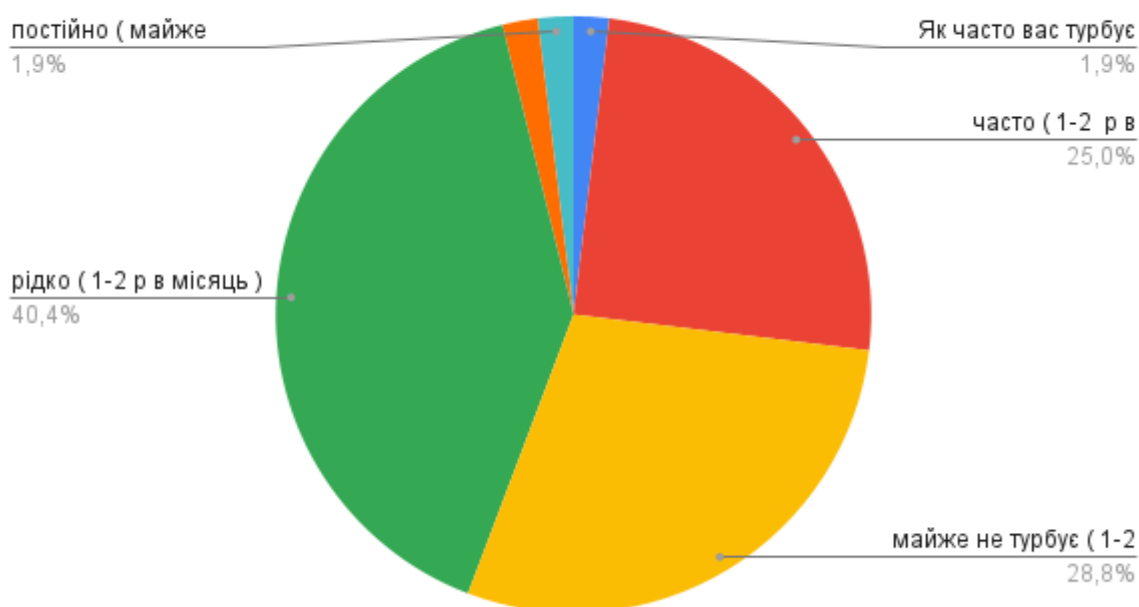


58 "Чи є відсутні зуби, не враховуючи вісімки ?"

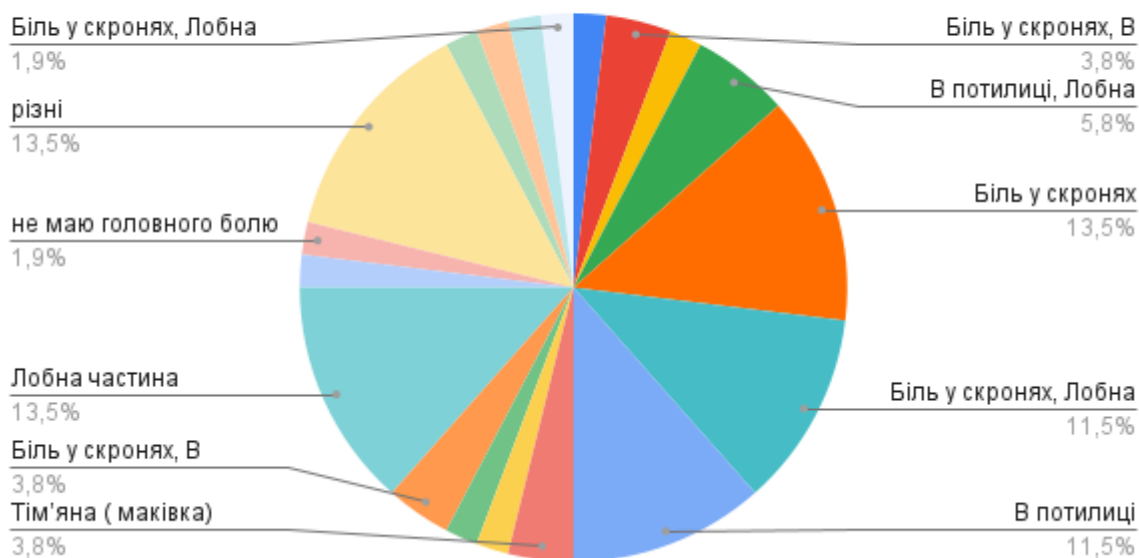


10. Головний біль 59-63

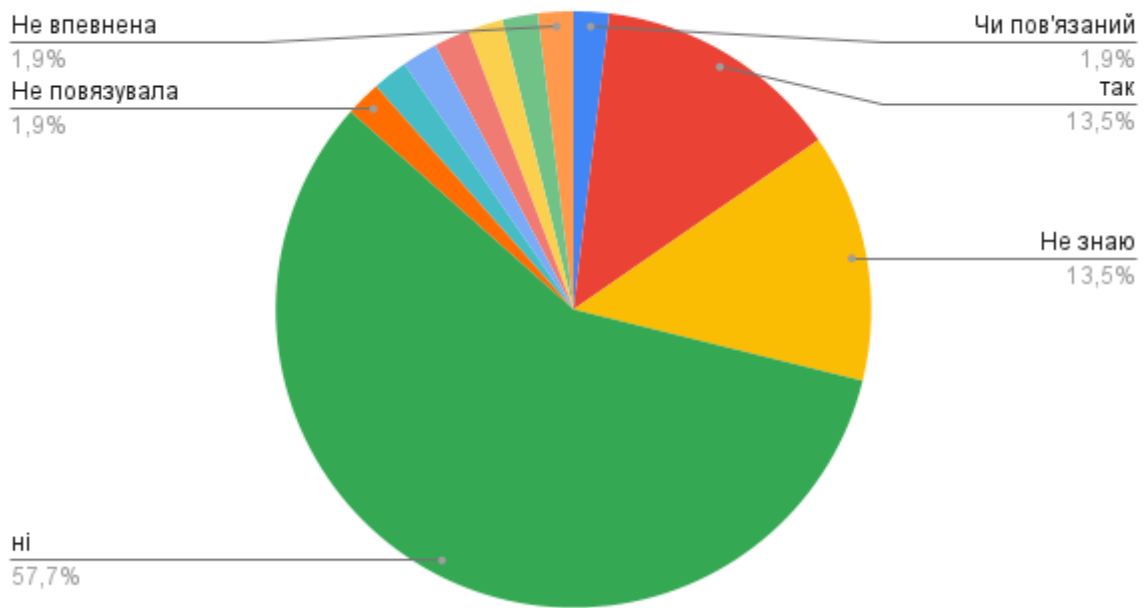
59 "Як часто вас турбує Головний біль ?"



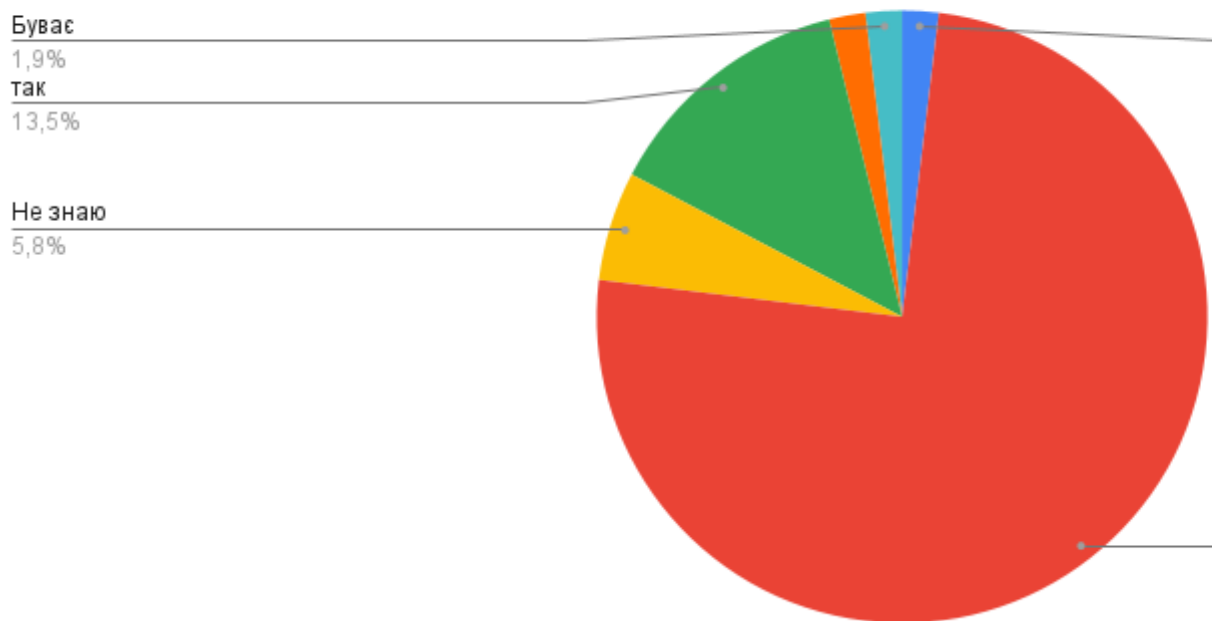
60 "Яка локалізація головного болю для Вас більш типова ? (можливо вибрати декілька варіантів)"



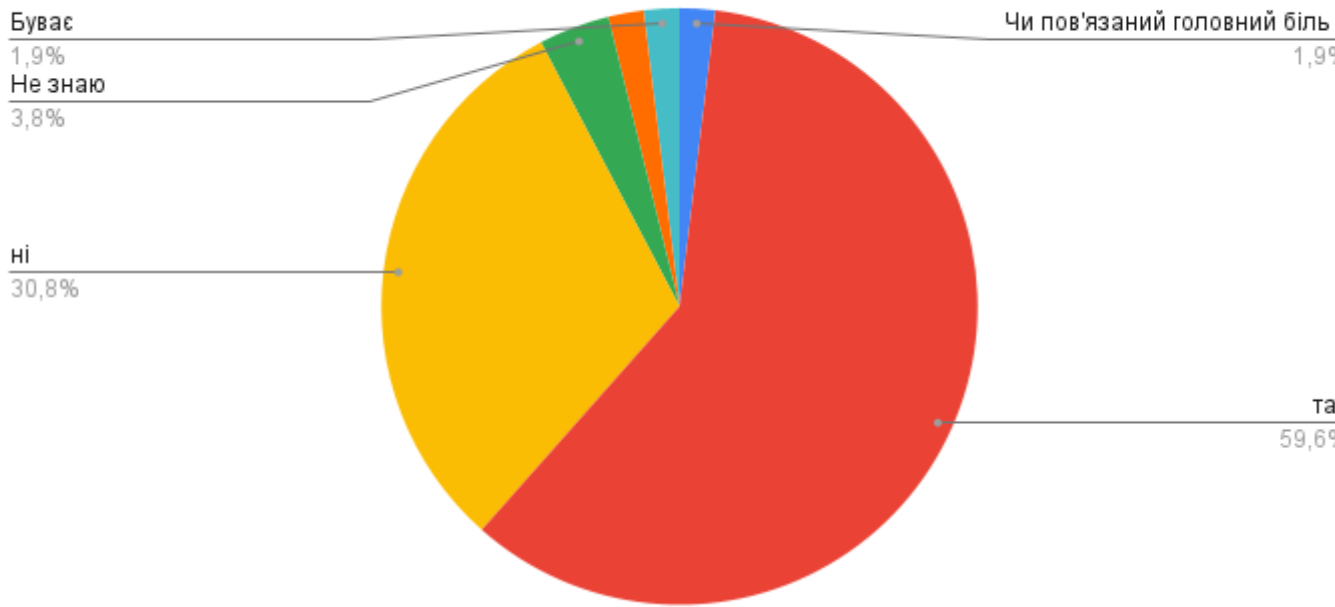
61 "Чи пов'язаний головний біль з позою ?"



62 "Чи пов'язаний головний біль з фізичними навантаженням ?"

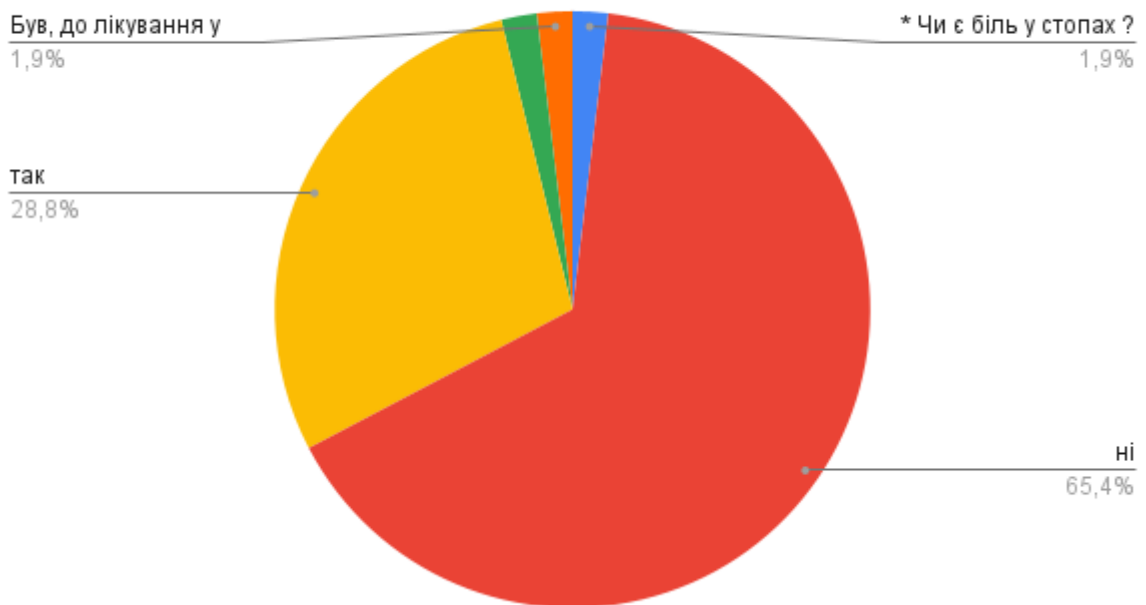


63 "Чи пов'язаний головний біль з психологічним навантаженням ?"

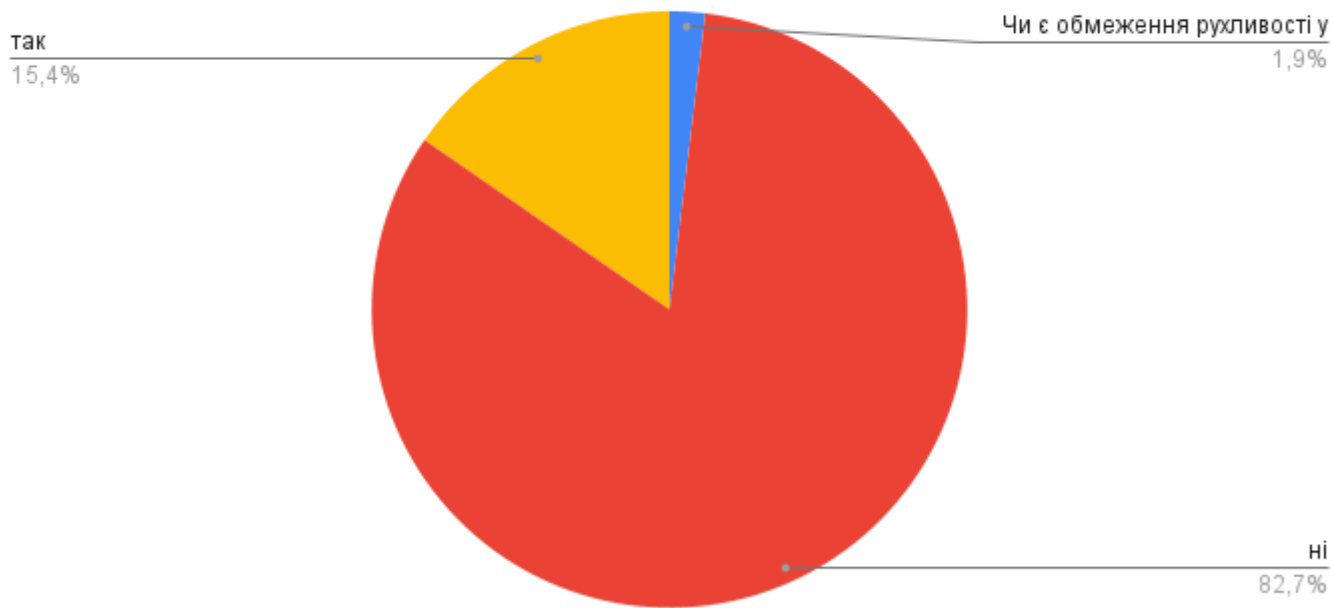


11. Стопи і постава 6

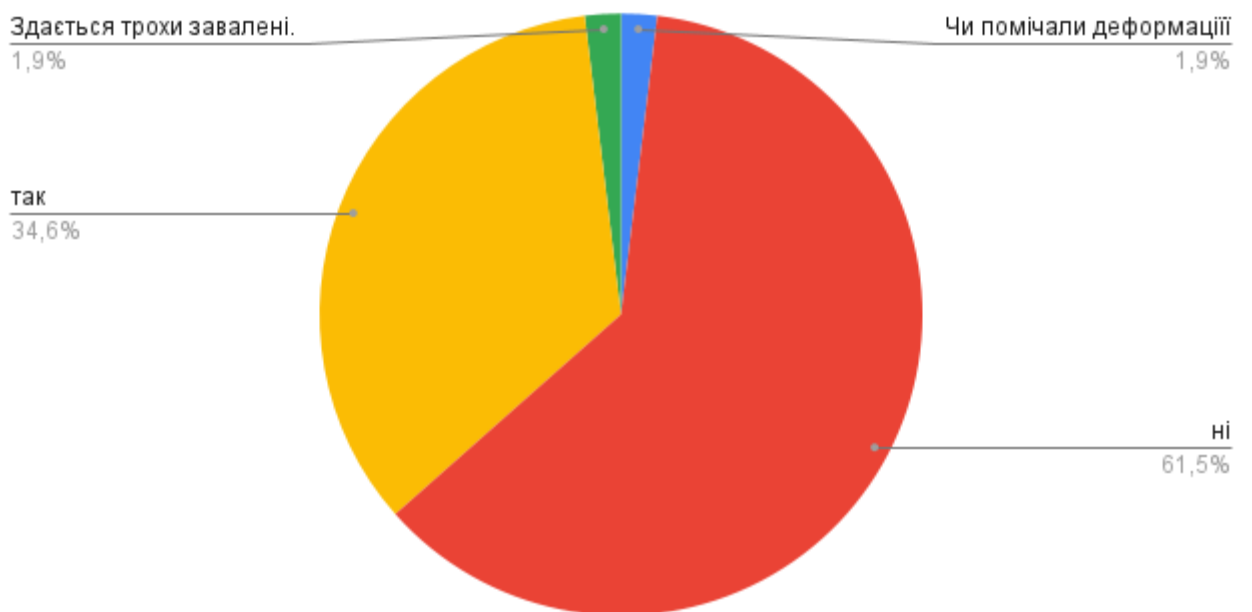
64 "* Чи є біль у стопах ?"



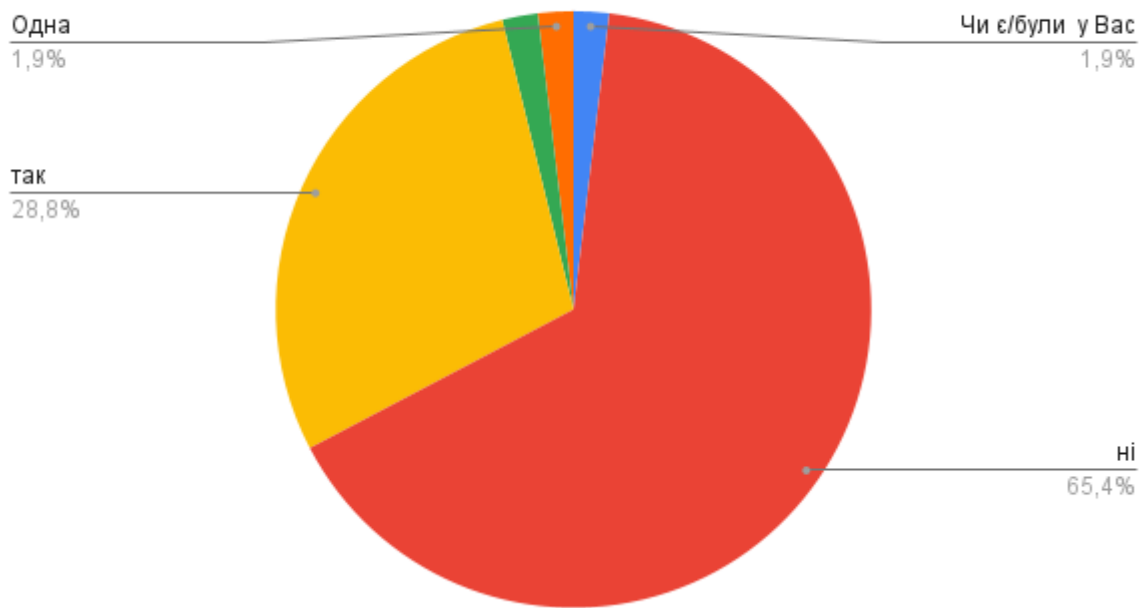
65 "Чи є обмеження рухливості у стопах?"



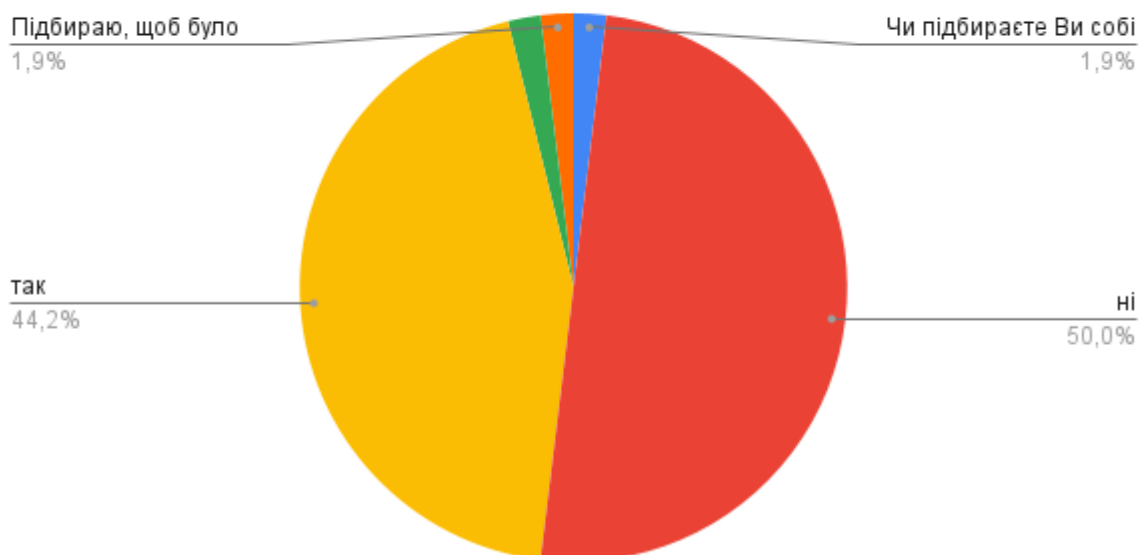
66 "Чи помічали деформації / зміни форми стопи ?"



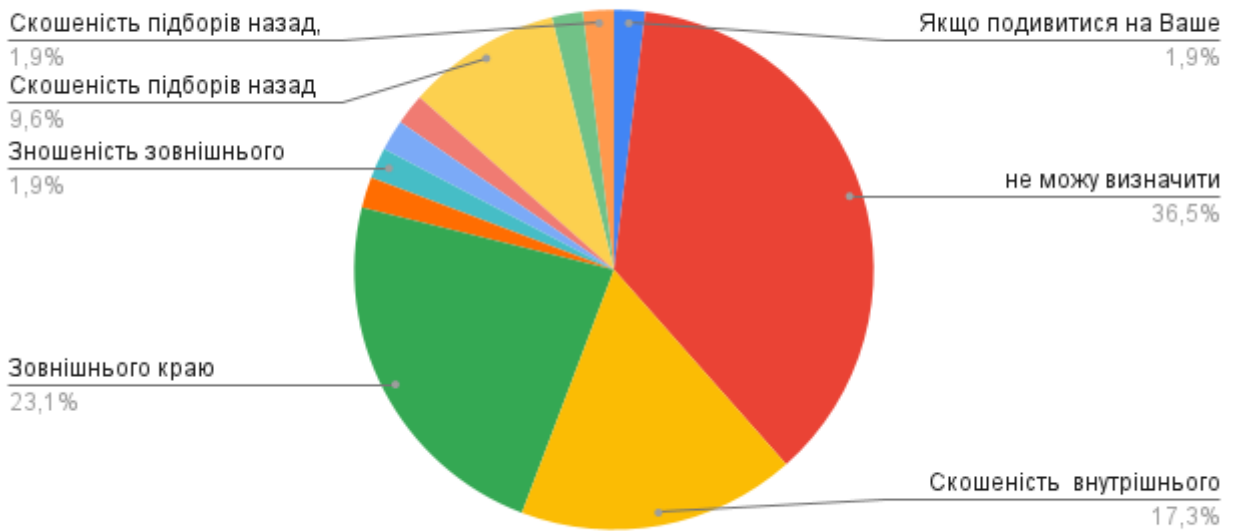
67 "Чи є/були у Вас устілки ("стельки")?"



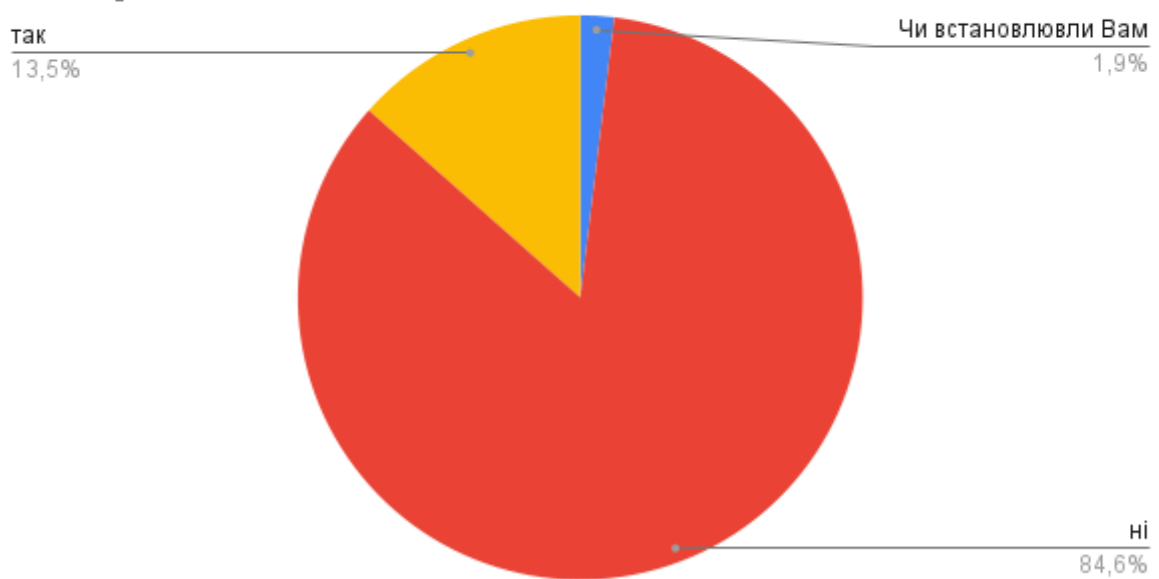
68 "Чи підбираєте Ви собі взуття згідно до ваших особливостей стоп?"



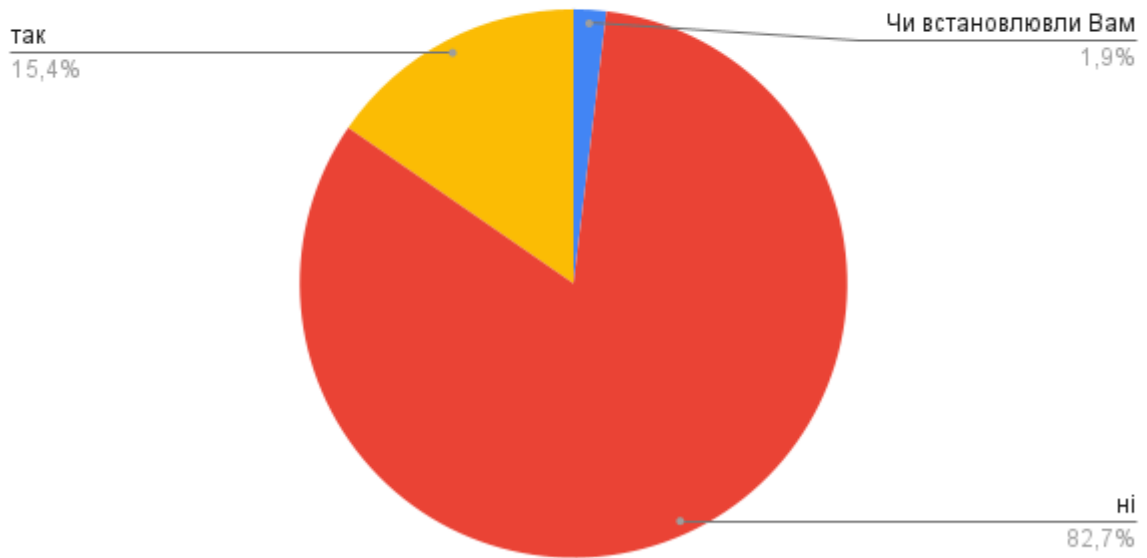
69 "Якщо подивитися на Ваше взуття то який вид зношеності підовши буде для Вас типовий ? (можливо вибрати декілька



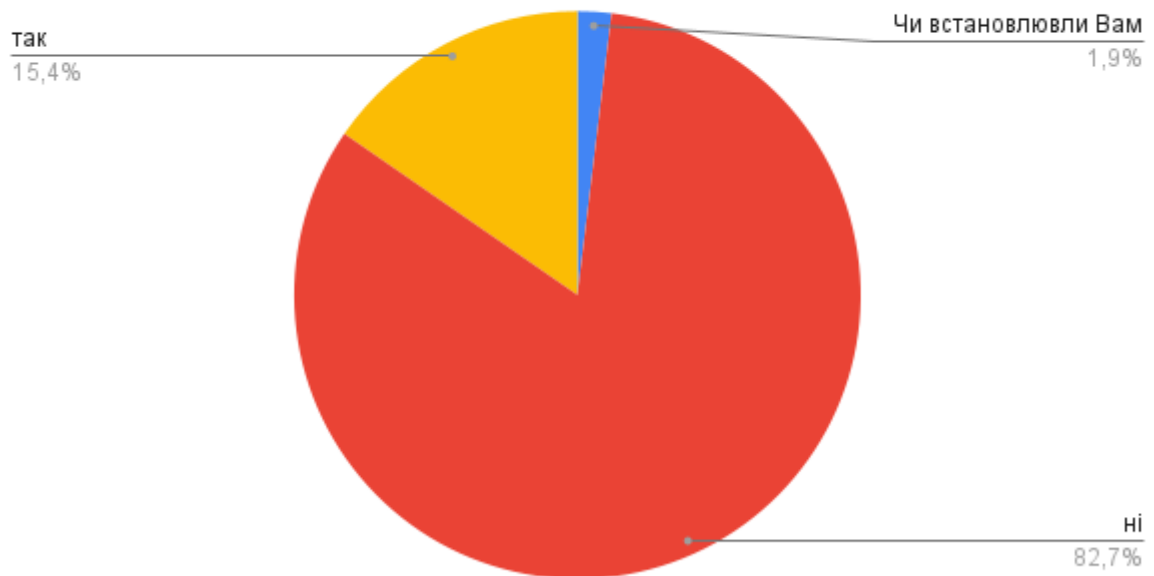
70"Чи встановлювали Вам коли - небудь такі стани, як : [Плоска стопа]"



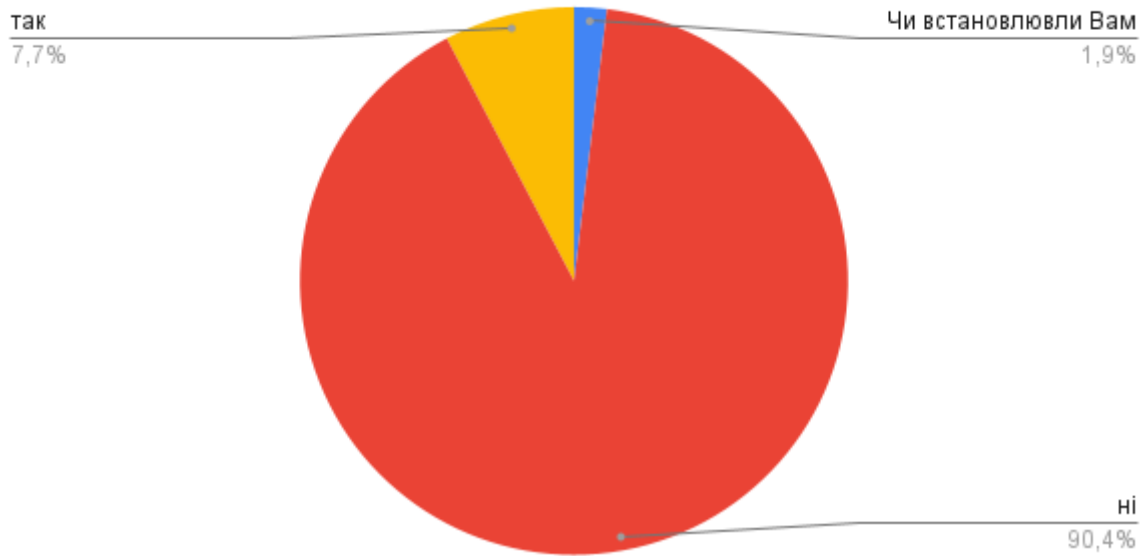
71 "Чи встановлювали Вам коли - небудь такі стани, як :
[Вальгусна стопа (стопа завалену всередину)]"



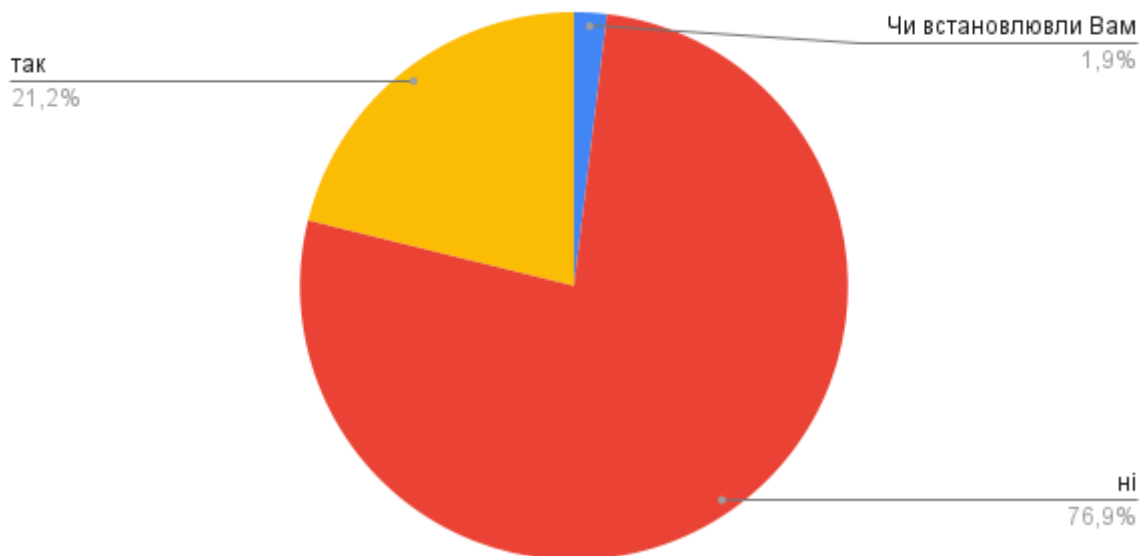
72 "Чи встановлювали Вам коли - небудь такі стани, як :
[Халюс Вальгус (росте кісточка і поворот першого пальця)]"



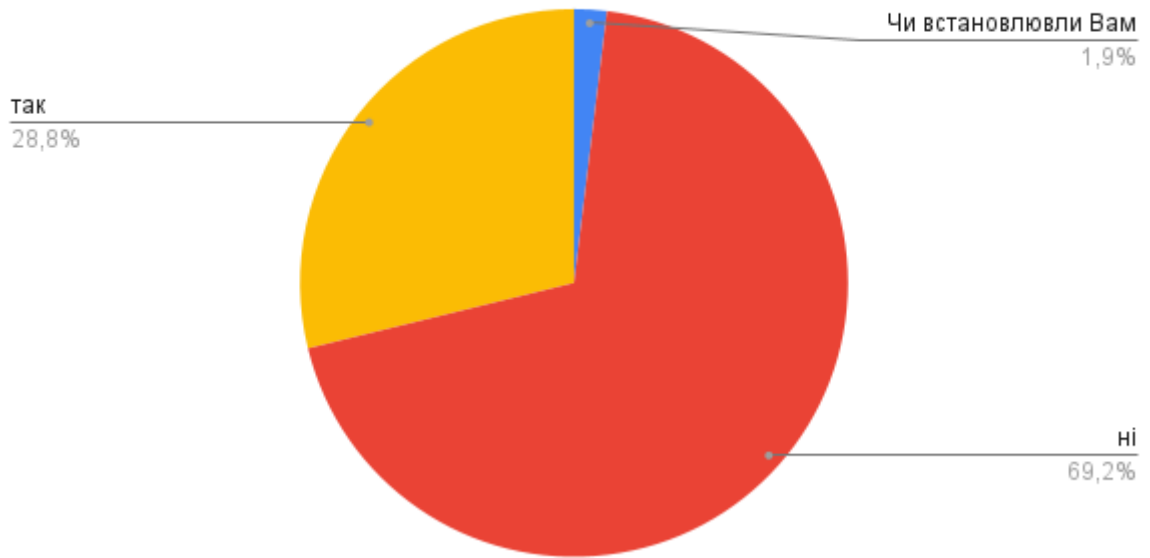
73 "Чи встановлювали Вам коли - небудь такі стани, як :
[П'яточна шпора (плантарний фасциїт, біль на підшві)]"



74 "Чи встановлювали Вам коли - небудь такі стани, як :
[Синдром перекоосу тазу]"

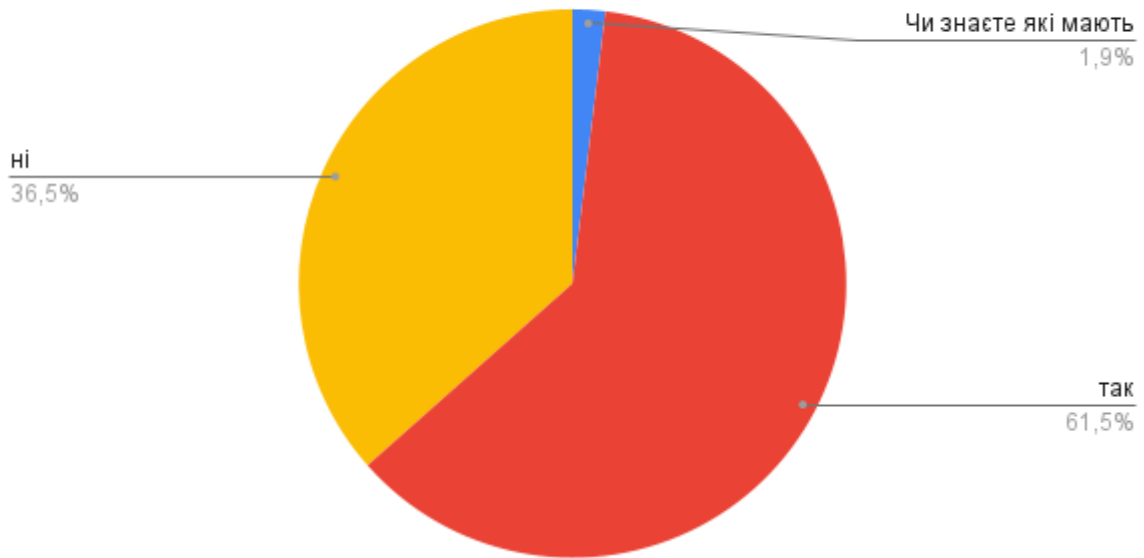


75 "Чи встановлювали Вам коли - небудь такі стани, як :
[Різну довжину ніг]"

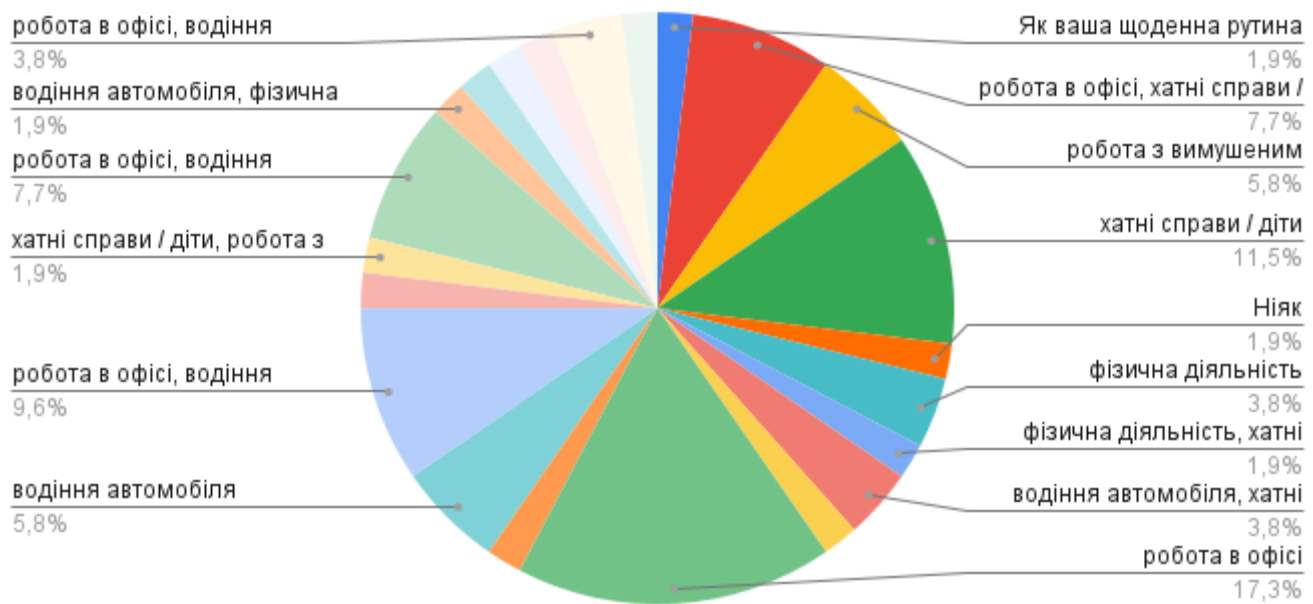


12. Робоче місце і постава 76-79

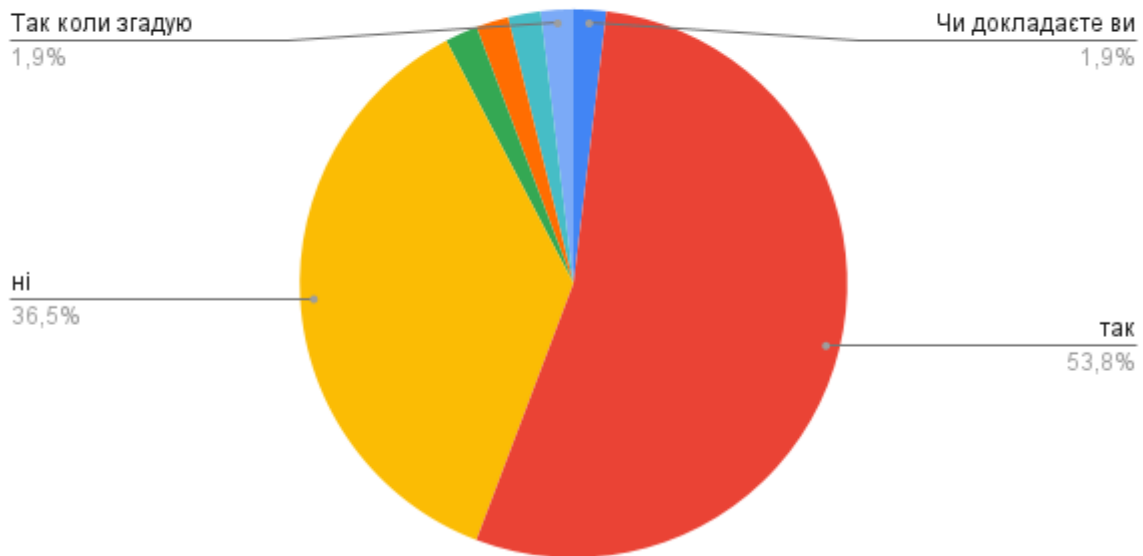
76 "Чи знаєте які мають бути параметри правильного робочого місця?"



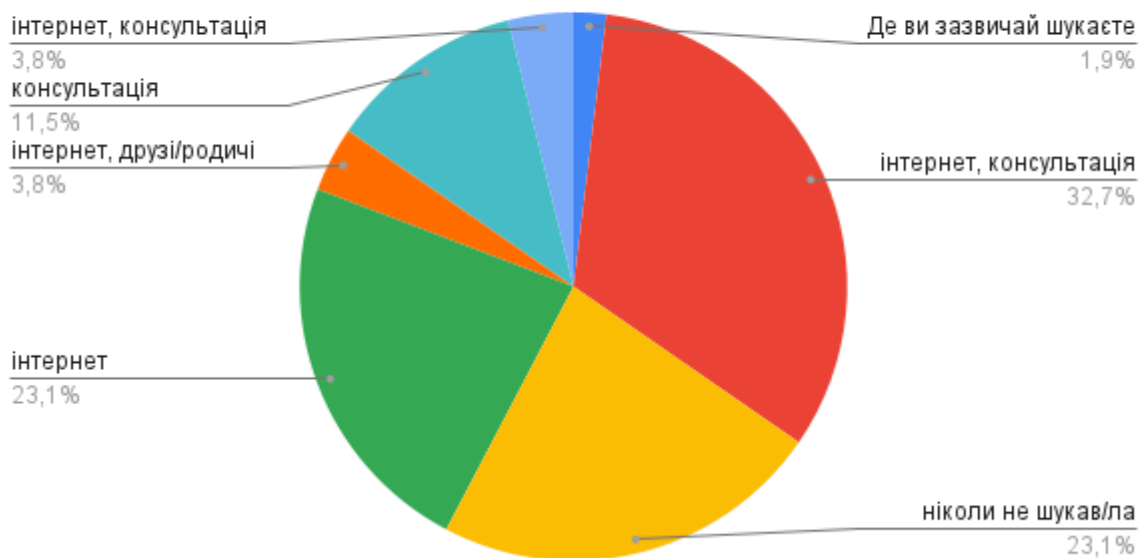
77 "Як ваша щоденна рутинна впливає на вашу поставу? (можливо вибрати декілька варіантів)"



78 "Чи докладаете ви зусиль, щоб підтримувати гарну поставу під час цих видів діяльності?"

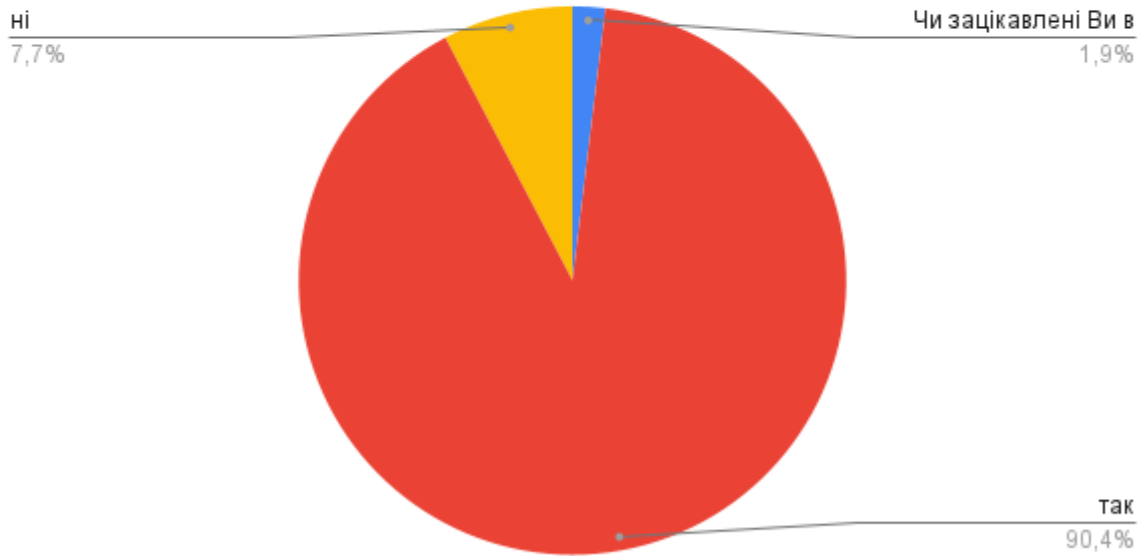


79 "Де ви зазвичай шукаєте інформацію про поставу та здоров'я опорно-рухового апарату (наприклад, у медичних

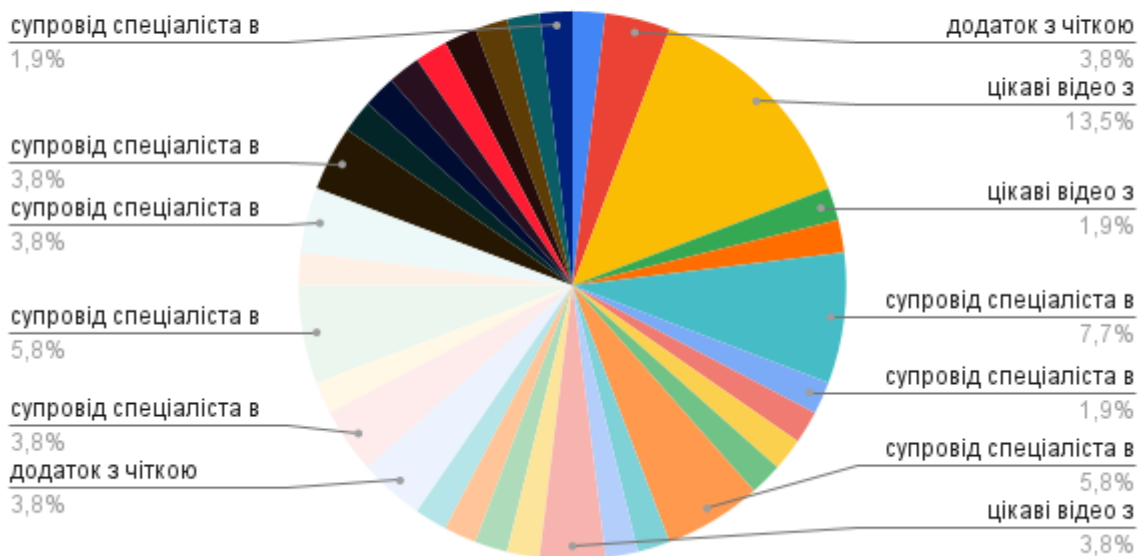


13. заключна частина 80- 83

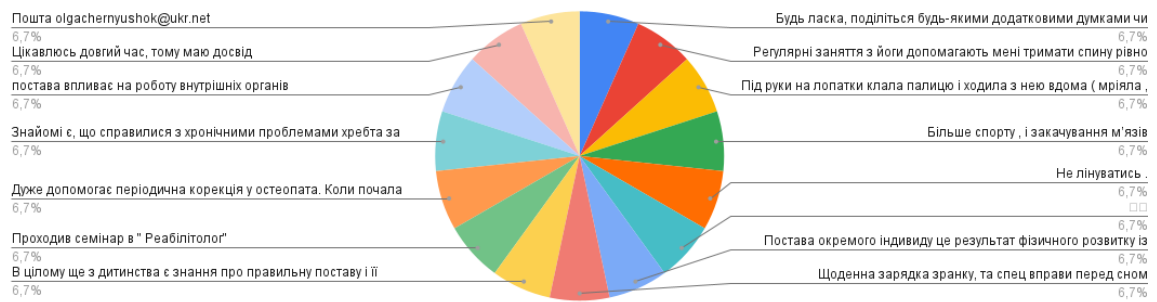
80 "Чи зацікавлені Ви в тому, щоб дізнатися більше про покращення постави або отримати підтримку в цій сфері?"



81 "*" Яка підтримка чи ресурси були б для вас найбільш корисними? (можливо вибрати декілька варіантів)"



82 "Будь ласка, поділіться будь-якими додатковими думками чи досвідом, пов'язаними з поставою (за бажанням)"



Кількість значень для "Чи була складна для Вас ця анкета?"

