

ОРГАНІЗАЦІЯ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПІДЛІТКІВ ЗІ СКОЛІОЗОМ

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ

Викладено основний зміст програми медико-соціального супроводу, розробленої для підлітків зі сколіозом. У програмі, ефективність якої доведено в рамках дослідження, було враховано особливості формування дезадаптивної внутрішньої картини хвороби, що є комплексним феноменом та містить шість складових: сенсорну, емоційну, особистісну, інтелектуальну, мотиваційну та соціальну.

Ключові слова: медико-психологічний супровід, внутрішня картина хвороби, підлітки, сколіоз.

Сколіоз є одним із найчастіших захворювань опорно-рухового апарату, яке вражає осіб дитячого та підліткового віку [8]. Останніми роками ця патологія демонструє тенденцію до прогресування, поширеність сколіозу у світі за різними даними становить від 3,0 до 30,0% населення [9]. В Україні сколіотична деформація трапляється у 4,0–28,0% ортопедичних хворих [11]. Захворювання опорно-рухового апарату становлять до 10,0% у загальному контингенті осіб з інвалідністю і займає третє місце у структурі інвалідності, при цьому інвалідизація внаслідок сколіозу є величезною проблемою в усьому світі [11]. Актуальність проблеми надання комплексної допомоги підліткам зі сколіозом визначається не тільки зростаючою кількістю таких пацієнтів, а й відсутністю обґрунтованого індивідуально-диференційованого підходу до клініко-функціональної оцінки та психосоціальної допомоги [9, 12].

За критеріями включення — виключення до участі у дослідженні було відібрано 169 підлітків обох статей: 85 дівчат та 84 юнаки. Було сформовано дві основні групи за ступенем тяжкості ортопедичних порушень: до першої (Г1) увійшли 96 осіб із I–II ступенем сколіозу (з них 47 дівчат (Г1(д)) та 49 юнаків (Г1(ю)), до другої (Г2) — 73 особи з III–IV ступенем (з них 38 дівчат (Г2(д)) та 35 юнаків (Г2(ю))).

У процесі дослідження використано комплекс методів, а саме: теоретичний (теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація даних літературних джерел, їх порівняння та узагальнення), соціально-демографічний, клініко-психологічний (спостереження, структуроване інтерв'ю) психодіагностичний (психологічне тестування), статистичний [2, 7, 10].

Спираючись на існуючі наукові теорії внутрішньої картини хвороби (ВКХ) [4, 6, 9, 11], а також провівши системний аналіз даних власного

психодіагностичного дослідження, ми описали структуру ВКХ та розробили модель її формування у підлітків зі сколіозом.

Ми виділили у понятті ВКХ шість складових: сенсорну, емоційну, особистісну, інтелектуальну, мотиваційну та соціальну.

Сенсорна складова — це відчуття, які виникають у пацієнта в результаті захворювання. У нашому дослідженні 87,54% обстежених усіх груп зазначали, що часто відчувають важкість, почуття втоменості у м'язах та суглобах, поколювання. Наявність больових проявів відзначали лише 14,23% підлітків із груп Г1(д/ю), в Г2(д/ю) — 76,37%.

У рамках вивчення *емоційної складової* ВКХ встановлювали рівень тривоги, агресивності, депресивні тенденції у підлітків зі сколіозом. У дівчат із різним ступенем сколіозу рівень загальної тривожності був достовірно вищий, ніж у юнаків: Г1(д) — 110,4 бала, Г1(ю) — 94,2 бала ($p \leq 0,05$); Г2(д) — 124,6 бала, Г2(ю) — 108,4 бала, ($p \leq 0,05$). Найбільш високими порівняно з іншими окремими шкалами тривожності були показники оціночної та міжособистісної тривожності у всіх групах дослідження. Таким чином, можна стверджувати, що підлітки зі сколіозом характеризувалися невпевненістю у собі, тенденцією до самозвинувачення та труднощами у створенні міжособистісних стосунків, що є характерним взагалі для підліткового віку. Проте тривожні прояви дещо збільшувалися залежно від зростання тяжкості фізичних порушень при сколіозі ($p \leq 0,05$). Більш високі показники за всіма шкалами тривожності зафіксовано в групах дівчат порівняно з групами юнаків, при цьому гендерна різниця є достовірною між Г2(д) та Г2(ю), $p \leq 0,05$. Різниця між представниками різної статі за окремими шкалами тривожності серед осіб із I–II ступенем сколіозу (Г1(д) та Г1(ю)) становила: за рівнем шкільної тривожності — 4,1 бала; самооціночної, міжособистісної та магічної

тривожності — 2,9 бала; загальної — 16,2 бала. Різниця між групами Г2(д) та Г2(ю), до яких увійшли підлітки з III–IV ступенем сколіозу, була такою: за рівнем шкільної тривожності — 1,8 бала ($p \leq 0,05$); самооціночної — 3,5 бала; міжособистісної — 4,4 бала; магічної — 6,5 бала; загальної — 16,2 бала.

За даними дослідження високі показники майже за всіма шкалами агресивності мали здебільшого юнаки порівняно з групами дівчат ($p \leq 0,05$). Зазначено, що рівень агресивності за всіма шкалами підвищувався одночасно зі ступенем порушень при сколіозі (різниця між Г1(д) та Г2(д), Г2(ю) та Г2(ю) є достовірною; $p \leq 0,05$).

У групах дослідження були особи з проявами депресії різного ступеня тяжкості. В Г2(д) та Г2(ю) більшість становили обстежені з помірним та тяжким рівнями депресивних проявів (у Г2(д) — 71,06%; у Г2(ю) — 57,14%; різниця з Г1(д) та Г1(ю) є достовірною; $p \leq 0,05$). Достовірною різниця була також між групами осіб із різним ступенем сколіозу без проявів депресії. Так, у Г1(д) осіб, у яких не визначено ознак депресії, на 11,76% більше порівняно з Г2(д). Аналогічна тенденція спостерігалася також у групах юнаків: у Г1(ю) осіб без проявів депресії було на 13,88% більше, ніж у Г2(ю); $p \leq 0,05$.

Для визначення характеристик, які було віднесено до особистісної складової ВКХ, використовували тести Р. Б. Кеттелла (14 PF), «Особистісний диференціал», ТОБОЛ [2, 10].

Високі бали в усіх досліджених групах отримано за факторами О та Q4 тесту Р. Б. Кеттелла. Підлітки з високою оцінкою за фактором О були сповнені передчуття невдач, легко виходили із душевної рівноваги, часто мали знижений настрій. Така властивість особистості є основою для виникнення невротичності. Особи з високим значенням за фактором Q4 відрізнялися надлишком спонукань, які не мали практичної розрядки у процесі діяльності. У поведінці таких підлітків переважало нервово напруження. Низькі показники в досліджених групах спостерігались за факторами В, G та Q3. Підлітки з низькими оцінками за фактором В виконували запропоновані завдання, використовуючи лише конкретно-ситуаційні ознаки, примітивно підходили до вирішення власних проблем, у них часто відзначалися погана увага, стомлюваність. Низькі показники за фактором G свідчили про готовність підлітків нехтувати своїми обов'язками, про їх конфлікти з батьками і вчителями, у них часто відзначалися мінливість, незібраність, відсутність стійкої мотивації. Низькі показники, отримані за фактором Q3, свідчили про невміння контролювати власну поведінку згідно із соціальними нормативами, погану організованість. Середні значення факторів А і Н характеризували

підлітків як осіб, які не уникають взаємин із людьми, але їхня власна активність у встановленні і збереженні контактів є невисокою, характерні вибірковість у спілкуванні, невелике коло друзів і знайомих. Для підлітків Г1(д/ю) притаманним було поєднання середніх значень за факторами С і I, які характеризували цих осіб як таких, що зберігали емоційну рівновагу переважно у звичній для себе обстановці. Низькі значення фактору С у поєднанні з високими показниками за фактором I, притаманні підліткам Г2(д/ю), означали, що такі особи сприймали те, що відбувається навколо них, перш за все емоційно, саме емоції перетворювалися в їх основний регулятор поведінки і взаємин з людьми. Низькі значення факторів Н і F траплялися в Г2(д/ю) і свідчили про схильність обстежених драматизувати події, ускладнювати те, що відбувається. Високі значення факторів О і Q4, притаманні усім обстеженим, описують людину, яка часто тривожиться про можливі невдачі, шкодує про свої минулі вчинки, схильна фіксуватися на неприємних подіях, що перешкоджає пошукам виходу з проблемних ситуацій. Низькі значення за факторами Q3 і G також були характерними для всіх обстежених підлітків, що свідчило про тенденцію відступати від бажаної мети, як тільки з'являлися внутрішні або зовнішні перешкоди. Свої можливості підлітки не завжди оцінювали критично, досить вільно ставилися до моральних норм.

Згідно з даними методики «Особистісний диференціал» тенденція до зниження самооцінки спостерігалася в групах підлітків з I–II ступенем сколіозу, проте їх показники були достовірно кращими порівняно з Г2(д) та Г2(ю). Низькі показники за фактором «Оцінка» мали 55,31% дівчат (що на 28,90% менше, ніж у Г2(д)) та 46,94% юнаків (що на 30,20% менше, у ніж у Г2(ю)). Достовірно більша кількість дівчат та юнаків із III–IV ступенем сколіозу мали низькі показники за фактором «Сила» порівняно з підлітками обох статей ($p \leq 0,05$). У Г1(д) та в Г1(ю) низькими показниками за фактором «Сила» характеризувались 42,55% дівчат та 32,65% юнаків, при цьому достовірна гендерна різниця виявлялася при порівнянні Г1(д) та Г1(ю); $p \leq 0,05$. За фактором «Активність» більшість осіб усіх груп дослідження мали високий та середній показники (Г1(д) — 72,34%, Г1(ю) — 77,55%, Г2(д) — 57,89%, Г2(ю) — 65,72%). Кількість дітей із низькими показниками за фактором «Активність» була достовірно більшою в групах підлітків із III–IV ступенем сколіозу (різниця між Г1(д) та Г2(д) становить 4,45 бала, $p \leq 0,05$; різниця між Г1(ю) та Г2(ю) — 11,83 бала, $p \leq 0,05$).

Більшість підлітків зі сколіозом мали типи ставлення до хвороби переважно інтрапсихич-

ної спрямованості (тривожний, неврастенічний, меланхолійний і апатичний) (Г1(д) — 68,08%; Г1(ю) — 61,23%, Г2(д) — 68,42%, Г2(ю) — 62,86%; $p > 0,05$). Типи реагування з інтерпсихічною спрямованістю (сенситивний, егоцентричний, паранояльний і дисфоричний) зафіксовано у близько третини обстежених підлітків (Г1(д) — 31,92%, Г1(ю) — 32,65%, Г2(д) — 31,58%, Г2(ю) — 37,14%; $p > 0,05$).

Інтелектуальна складова ВКХ передбачає, наскільки пацієнт ознайомлений із інформацією щодо власного захворювання, чи має він достовірні відомості, чи розуміє прогноз та шляхи лікування. У нашому дослідженні 82,35% підлітків відзначали, що точно не знають, який у них діагноз («щось зі спиною», «викривлення хребта», «горб» і т. п.). Із загальної когорти 89,20% обстежених зазначили, що не були ознайомлені з планом реабілітації та не знають мети корекційного процесу й прогнозу захворювання. Про брак інформації щодо правил організації режиму дня зі спрямованістю на розвиток моторних функцій та корекцію осанки свідчили 76,43% підлітків. Не змогли відповісти, де та від кого можна отримати необхідну інформацію щодо захворювання та шляхів допомоги, 78,26% осіб.

Мотиваційна складова показує, чи сформована у пацієнта мотивація до лікування та спрямованість на здоров'я. За даними опитування, більшість (83,79%) підлітків, які брали участь у дослідженні, були вмотивованими на лікування власного захворювання, готовими до участі в корекційних та профілактичних заходах, бажали втілювати отримані рекомендації. Проте 16,21% (усі з більш тяжким ступенем порушень) підлітків відчували велику втомленість через участь у лікувальних та інших корекційних втручаннях, казали, що в них «опускаються руки», були зневірені в ефективності терапевтичних процедур.

З метою опису *соціальної складової* ВКХ ми вивчали такі характеристики: рівень соціальної адаптації, превалюючі поведінкові копінг-стратегії, взаємовідносини в родині та з однолітками. Було відзначено, що зниження показників за всіма шкалами адаптації притаманне підліткам зі сколіозом, які мали різний ступінь ортопедичних порушень. При цьому на тлі достатньо рівномірного розподілу в групах за показниками «Прийняття інших», «Емоційний комфорт», «Інтернальність», «Потяг до домінування» спостерігалася достовірна різниця між підлітками з різним ступенем сколіозу (Г1(д) — 29,1 бала, Г2(д) — 20,5 бала; $p \leq 0,05$; Г1(ю) — 26,3 бала, Г2(ю) — 18,5 бала; $p \leq 0,05$). Також достовірною була різниця показників за шкалою «Самосприйняття»: Г1(д) — 27,5 бала, Г2(д) — 21,4 бала; $p \leq 0,05$; Г1(ю) — 30,1 бала, Г2(ю) — 23,6 бала; $p \leq 0,05$.

Найчастіше в групах підлітків використовувалися такі захисні копінг-стратегії: компенсація (Г1(д) — 69,4 бала, Г1(ю) — 72,4 бала, Г2(д) — 75,3 бала, Г2(ю) — 78,5 бала), заміщення (Г1(д) — 62,2 бала, Г1(ю) — 64,8 бала, Г2(д) — 67,1 бала, Г2(ю) — 70,8 бала) та регресія (Г1(д) — 61,0 бала, Г1(ю) — 63,7 бала, Г2(д) — 72,2 бала, Г2(ю) — 68,4 бала).

Переважає більшість підлітків усіх груп скаржилась на конфліктні відносини з однолітками (Г1(д) — 74,47%; Г1(ю) — 81,63%; Г2(д) — 81,58%; Г2(ю) — 82,86%). Практично в усіх обстежених юнаків та дівчат родинні стосунки між батьками характеризувались високим рівнем конфліктності, при цьому достовірної різниці між групами не було ($p > 0,05$).

Таким чином, можна резюмувати, що ВКХ підлітків зі сколіозом є комплексним феноменом, який містить шість складових: сенсорну, емоційну, особистісну, інтелектуальну, мотиваційну та соціальну. У таких пацієнтів на *сенсорному рівні* відзначалися тяжкість та почуття втомленості у м'язах та суглобах, поколювання, наявність больових проявів; на *емоційному* — високий рівень тривожності, депресивні тенденції, агресивність; на *особистісному* — дезадаптивні особистісні характеристики, низький рівень самооцінки, дисгармонійні типи ставлення до хвороби; на *інтелектуальному* — брак інформації щодо власного захворювання, прогнозу та шляхів лікування; на *мотиваційному* — мотивація на лікування та покращання стану в більшості обстежених, але й відсутність здоров'язберігаючої мотивації у 16,21% з них; на *соціальному* — конфліктність у родині, порушення взаємовідносин із батьком та матір'ю, використання дезадаптивних стратегій поведінки в умовах стресу, тенденція до зниження рівня соціальної адаптації.

Нами було розроблено комплексну програму психокорекційних втручань, яка враховувала всі складові ВКХ (рис. 1).

Так, для кожної зі складових ВКХ було визначено специфічні мішені корекційного впливу та певні заходи втручань (таблиця).

У рамках організації впливу в межах сенсорної складової ВКХ до надання допомоги підліткам зі сколіозом було залучено лікаря-ортопеда, лікаря-реабітолога, інструктора лікувальної фізкультури, фізіотерапевта та тренера з йоги. З урахуванням фізичного стану підлітків, ступеня ортопедичних порушень, наявності або відсутності больового синдрому для кожного з обстежених було складено план лікування та фізичної реабілітації [1, 3]. Було розроблено програму вправ ЛФК та/або вправ з йоги (підлітки могли обрати один із видів фізичних вправ або обидва).

На емоційному рівні ми відзначали у наших пацієнтів високий рівень тривожності, депресивні



Рис. 1. Схема складових внутрішньої картини хвороби як мішеней психокорекційного впливу та використаних психокорекційних втручань

тенденції, агресивність. Для впливу на ці мішені було обрано РЕТ-терапію за А. Елісом, а саме її групову форму. Програма РЕТ-терапії включала 10 сесій тривалістю 3 год, проводилася раз на тиждень. Усі підлітки були розподілені на групи по 16–20 осіб.

Для роботи з підлітками, які брали участь у дослідженні на особистісному рівні, ми використовували технологію індивідуального психологічного консультування раз на тиждень тривалістю 50 хв. Кожен із підлітків відвідав 8–10 індивідуальних консультацій.

Для впливу на інтелектуальну складову ВКХ нами було розроблено програму психосоцвітніх заходів, яка містила п'ять інтерактивних лекцій-презентацій та вікторину «Подорож до країни Здоров'яндії». Кожний з блоків лекцій проводився для групи з 30–40 осіб, щоб зберегти можливість

інтерактивного спілкування між фахівцями, підлітками та їхніми батьками. Теми лекцій були такі: «Сколіоз — критерії діагностики, ступені тяжкості порушень, шляхи допомоги», «Основні медичні та реабілітаційні втручання при сколіозі у підлітків», «Підлітковий вік — кризовий період. Психологічні особливості підлітків. Реакції групування підлітків», «Порушення дитячо-батьківських відносин у підлітковому віці. Шляхи гармонізації», «Насильство в школі. Шкільний булінг і як із ним боротись». Після закінчення лекційного блоку було проведено гру-вікторину.

У підлітків зі сколіозом часто спостерігаються зниження мотивованості на лікування, емоційне вигоряння, зневіреність в ефективності терапії, тому для впливу на мішені з мотиваційної складової ВКХ ми використовували мотиваційний тренінг. Тренінг проводився для груп підлітків

Мішені та інструменти психокорекційного впливу у підлітків зі сколіозом (з урахуванням складових внутрішньої картини хвороби)

Складова ВКХ	Мішені психокорекційного впливу	Інструмент впливу
Сенсорна	Почуття важкості у м'язах та суглобах; напруження, спазми; больовий синдром	Специфічні медикаментозні заходи; заходи фізичної реабілітації та ЛФК; йога
Емоційна	Високий рівень тривожності; депресивні тенденції; агресивність	РЕТ-терапія
Особистісна	Деадаптивні особистісні характеристики; дисгармонійний тип становлення до хвороби; низька самооцінка	Індивідуальне психологічне консультування
Інтелектуальна	Недостатність інформації про хворобу, прогноз, шляхи терапії	Психосоцвіта
Мотиваційна	Зниження мотивованості на лікування; емоційне вигоряння; зневіреність в ефективності терапії	Мотиваційний тренінг
Соціальна	Соціально-психологічні дезадаптивні характеристики: порушення взаємовідносин у родині, порушення соціального функціонування в групі однолітків	Тренінг сімейної взаємодії; тренінг протидії насильству

кількістю 16–20 осіб. Частота занять становила раз на тиждень, тривалість кожного заняття — 3 год. Тренінг складався з 10 занять. Метою тренінгу було формування мотивації на лікування та здоров'язберігаючу поведінку у підлітків зі сколіозом, використовувалися техніки раціональної та арт-терапії (зокрема, техніка виготовлення колажу цілей, створення психотерапевтичних історій та казок, лялькотерапія).

Для впливу на терапевтичні мішені в межах соціальної складової ВКХ було проведено два групових психокорекційних заходи: «Тренінг сімейної взаємодії», спрямований на поліпшення дитячобатьківських відносин, та тренінг «Профілактика насильства» з метою протистояння шкільному насильству та адаптації в групі однолітків.

Ми вважаємо, що для підлітків зі сколіозом важливою є організація міждисциплінарного супроводу, метою якого повинна бути підтримка сформованої адаптивної ВКХ, соціалізація, адаптація та підтримка якомога вищого рівня якості життя. На нашу думку, такі заходи (спираючись на визначення в літературі) можна назвати абілітаційними, бо вони спрямовані на адаптацію до життя [5]; є процесом формування відсутніх (або недостатньо розвинутих) у підлітків здібностей до побутової, суспільної, професійної та іншої діяльності [9].

Нами було розроблено програму абілітаційної допомоги для підлітків зі сколіозом, яка мала 5 складових (рис. 2).

Першорядне значення в лікуванні та попередженні формування порушень постави і сколіозу має правильно організований режим дня. Для підлітків зі сколіозом режим дня повинен мати лікувально-оздоровчий характер. В режимі дня ми передбачали час для занять лікувальною гімнастикою, прогулянок та ігор на свіжому повітрі.

В межах розробленої програми абілітації було передбачено заходи для покращання соціалізації та адаптації. Ці вподобання ми враховували при організації гурткової роботи для підлітків. Так було організовано спортивні гуртки: теніс, футбол, гімнастика; творчий гурток; клуб колекціонерів; школу лідерів; гурток програмування.

В рамках виконання роботи розроблено перелік професій і спеціальностей для працевлаштування повнолітніх дітей, які страждають на сколіоз. Перелік налічує понад 90 професій в різних галузях народного господарства (охорона здоров'я, освіта, побутове обслуговування, адміністративно-господарський апарат, правознавство, харчова, машинобудівна, хімічна промисловість, енергетика, транспорт, економіка, сільське господарство та ін.).

Включення школярів у процеси розробки та реалізації соціальних проектів сприяло виробленню



Рис. 2. Складові авторської комплексної програми абілітації

і формуванню громадянської свідомості та активності. Завданнями залучення підлітків зі сколіозом до участі в розробці та реалізації соціальних проектів були такі: розвиток соціально-творчої активності підлітків, потреби в самовдосконаленні та саморозвитку; активізація громадської діяльності школярів, створення умов для само-реалізації та самоствердження в активній соціальній ролі; виявлення і розвиток духовних, творчих і організаторських потенціалів особистості підлітків; стимулювання суспільно-значущих ініціатив школяра, розвиток інтересу до громадської роботи; формування почуття належності до групи, власного місця в колективі.

Таким чином, абілітаційна складова, яка включає організацію раціонального режиму дня, медичний супровід, соціалізацію в групі однолітків, професійну орієнтацію, підтримку соціальної заангажованості, є невід'ємною частиною програми медико-психологічного супроводу підлітків зі сколіозом та дозволяє підвищити ефективність комплексної програми корекції.

Апробація заходів комплексного медико-психологічного супроводу довела його ефективність щодо груп порівняння ($p \leq 0,05$).

На основі проведеного дослідження можна зробити такі висновки. Науково обґрунтовано, розроблено та втілено в практику заходи медико-психологічного супроводу підлітків зі сколіозом, які включали заходи психокорекції та абілітації, з урахуванням складових ВКХ. На сенсорну складову впливали, використовуючи специфічні медикаментозні заходи, заходи фізичної реабілітації та ЛФК, йогу; на емоційну складову — РЕТ-терапію за А. Елісом; на особистісну складову — індивідуальне психологічне консультування; на інтелектуальну — психоосвіту; на мотиваційну — мотиваційний тренінг; на соціальну «Тренінг сімейної взаємодії» та «Тренінг протидії насильству».

Апробація заходів медико-психологічного супроводу довела його ефективність відносно груп порівняння ($p \leq 0,05$).

Список літератури

1. *Богданов В. М.* Использование современных информационных технологий в теоретической и методико-практической подготовке подростков и студентов по физическому воспитанию / В. М. Богданов, В. С. Пономарев, А. В. Соловов.— СПб.; М., 2015.— С. 22–26.
2. *Бурлачук Л. Ф.* Исследование личности в клинической психологии / Л. Ф. Бурлачук.— К., 2009.— 176 с.
3. *Герасименко В. В.* Корекція порушень постави та сколіозів I–II ступенів у дітей: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук; спец. 14.01.09 «Дитяча хірургія» / В. В. Герасименко; Вінницький нац. мед. ун-т ім. М. І. Пирогова.— Вінниця, 2010.— 20 с.
4. Маркери-мішені та принципи психокорекції різних форм розладів / Є. Г. Гриневич, М. В. Маркова, Г. М. Кожина [та ін.] // *Медицинская психология*.— 2012.— № 1.— С. 76–82.
5. *Ефименко Н. Н.* Общепедагогические принципы коррекционного физического воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Н. Н. Ефименко // *Педагогические науки*.— 2011.— № 1.— С. 135–145.
6. *Корнієнко В. В.* Особливості формування «образу-Я» у дітей з патологією опорно-рухового апарату залежно від умов соціально-психологічної реабілітації / В. В. Корнієнко.— 2009.— 220 с.
7. *Лапач С. Н.* Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич.— К., 2001.— 408 с.
8. *Маланчук Р. А.* Современные подходы к клинической диагностике и лечению статических нарушений позвоночника и суставов / Р. А. Маланчук // *Международ. мед. журн.*— 2015.— № 2.— С. 47–51.
9. *Петренко Д. Є.* Дослідження якості життя у хворих на сколіоз у віддаленому післяопераційному періоді / Д. Є. Петренко, М. М. Доляницький // *Ортопедия, травматология и протезирование*.— 2014.— № 4.— С. 65–69.
10. *Райгородский Д. Я.* Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский.— Самара: Бахрах-М, 2002.— 672 с.
11. *Шабанова О. А.* Медико-социальные аспекты инвалидности и реабилитации больных сколиозом: автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук / О. А. Шабанова.— М., 2013.— 167 с.
12. *Шевченко Н. Ф.* Якість життя в умовах хронічної хвороби: медичні й психологічні аспекти / Н. Ф. Шевченко.— К.: Інформаційно-аналітичне агентство, 2010.— С. 347–350.

ОРГАНИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ СО СКОЛИОЗОМ

С. И. КОЛОМИЕЦ

Изложено основное содержание программы медико-социального сопровождения, разработанной для подростков со сколиозом. В программе, эффективность которой доказана в рамках исследования, были учтены особенности формирования дезадаптивной внутренней картины болезни, которая является комплексным феноменом и содержит шесть составляющих: сенсорную, эмоциональную, личностную, интеллектуальную, мотивационную и социальную.

Ключевые слова: медико-психологическое сопровождение, внутренняя картина болезни, подростки, сколиоз.

ORGANIZATION OF A COMPLEX MEDICAL-PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR ADOLESCENTS WITH SCOLIOSIS

S. I. KOLOMIETS

The article outlines the main content of the program of medical-psychological support developed for adolescents with scoliosis. The program, the efficacy of which was proven by an investigation takes into account the peculiarities of forming a maladjustment internal picture of the disease, which is a complex phenomenon and contains six components: sensory, emotional, personal, intellectual, motivational and social.

Key words: medical-psychological support, internal picture of disease, adolescents, scoliosis.

Надійшла 05.06.2017