

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДВНЗ «УЖГОРОДСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ФАКУЛЬТЕТ ЗДОРОВ'Я ТА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ
КАФЕДРА ОСНОВ МЕДИЦИНИ
ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД «ЛУГАНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ЗАКАРПАТСЬКОЇ ОВА
ОЦ «ІРИС» САНАТОРНО-КУРОРТНОГО КОМПЛЕКСУ «ДЕРЕНІВСЬКА КУПЛІ»**

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ,
БЕЗБАР'ЄРНОСТІ, ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ, РЕАБІЛІТАЦІЇ В УМОВАХ
СЬОГОДЕННЯ**

ЗБІРНИК ТЕЗ

**III Всеукраїнська науково-практична конференція
з міжнародною участю**

16-17 травня 2024 року



Ужгород-2024

Актуальні питання здоров'язбереження, безбар'єрності, фізичної терапії, реабілітації в умовах сьогодення: збірник тез доповідей III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, 16-17 травня 2024 р., Ужгород / Упорядник: к.мед.н., доц. Мелега К.П. Ужгород: ДВНЗ «УжНУ», 2024. 203 с.

Рекомендовано до друку та опублікування:

Вченою радою ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
(протокол № 8 від 02 липня 2024 року)

Редакційно-видавничою радою ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
(протокол № 4 від 01 липня 2024 року).

Рецензент: Фабрі З.Й., доктор біологічних наук, професор кафедри біохімії та фармакології медичного факультету, ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

У збірнику вміщено тези доповідей III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Розкрито актуальні питання професійної підготовки фахівців з фізичної терапії, реабілітації та громадського здоров'я в умовах сьогодення; мультидисциплінарного підходу в організації реабілітаційної допомоги населенню в системі охорони здоров'я; оптимізації надання реабілітаційної та психологічної допомоги в умовах сучасності; ролі фізичної культури у збереженні та зміцненні здоров'я населення в сучасних умовах; психолого-педагогічних засад навчання, виховання та розвитку дітей з особливими освітніми потребами.

Редакційна колегія: Володимир Смоланка, доктор медичних наук, професор, ректор ДВНЗ «Ужгородський національний університет» – голова організаційного комітету; Іван Миронюк, доктор медичних наук, професор, проректор з наукової роботи ДВНЗ «Ужгородський національний університет» – заступник голови оргкомітету; Едуард Сивохоп, кандидат педагогічних наук, доцент, декан факультету здоров'я та фізичного виховання; Світлана Стеблюк, доктор педагогічних наук, доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації, спеціальної та інклюзивної освіти, заступник декана з наукової роботи; Ксенія Мелега, кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри основ медицини; Ярослав Філак, кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент, завідувач кафедри фізичної терапії, реабілітації, спеціальної та інклюзивної освіти; Фелікс Філак, кандидат медичних наук, доцент кафедри основ медицини, голова науково-методичної комісії факультету здоров'я та фізичного виховання.

Редакційна колегія не несе відповідальності за достовірність статистичної та іншої інформації, що надана в рукописах. Автори опублікованих матеріалів несуть повну відповідальність за наведені факти, положення, інші відомості.

ЗМІСТ

стор.

АНТОНЮК-КИСІЛЬ Володимир, ЄНІКЕСЬКА Вікторія

Безмедикаментозне підвищення безпечності як для матері, так і дитини, під час проведення фізіотерапевтичних процедур у різні терміни вагітності..... 8

БАС Ольга

Реабілітаційне обстеження верхньої кінцівки у пацієнтів з лімфостазом після лікування злоякісного новоутворення..... 14

БЕДЬ Наталія

Шлях до відновлення: інтегровані підходи у реабілітації після інсульту..... 19

БІЛОГУР Влада

Аналіз стану фізичного виховання у закладах вищої освіти під час військового стану в Україні..... 21

БОНДАР Сергій

Інновації у реабілітації: забезпечення мобільності та відновлення у ортопедії..... 24

БОНДАРЧУК Наталія, ТУРЯНИЦЯ Данієлла

Оздоровча фізична культура в системі фізичного виховання дорослого населення..... 27

ВАВДІЮК Г., МОЛОДША С.

Гоніометрія при порушенні ротаторної манжети плеча..... 31

ВОРОТИНЦЕВА Олена

Педагогічні умови розвитку проєктувальної компетентності фахівців інклюзивно-ресурсних центрів у інклюзивному освітньому середовищі..... 34

ГАКМАН Анна, ГУЦУЛ Роман, ТКАЧИК Святослав

Міжнародні тенденції силового фітнесу: територіальний аспект..... 37

ГУЗАК Олександра, ТЮК Анна

Дзеркальна терапія як засіб відновлення військовослужбовців з фантомним болем після ампутації кінцівки..... 40

ГУЗОВАТИЙ Олександр

Комплексні підходи до реабілітації після черепно-мозкових травм: інтеграція традиційних та інноваційних методик..... 44

ДІУС Василь

Формування толерантності у майбутніх фахівців з фізичної терапії у процесі фахової підготовки як наукова проблема..... 48

ДУДІЦЬКА Світлана

Технологія рекреаційно-оздоровчої діяльності жінок похилого віку в умовах санаторно-курортних комплексів..... 52

ДУТКЕВИЧ-ІВАНСЬКА Юлія, МЕЛЕГА Ксенія, РУСИН Людмила

Оцінка функціонального стану вегетативної нервової системи у дітей підліткового віку..... 56

ЗВІРЯКА Олександр, ВОДА Вадим, БОНДАРЕНКО Катерина

Фізична терапія військовослужбовців з наслідками остеохондрозу шийно-грудного відділу хребта..... 59

ЄФІМЕНКО Павло, КАНІЩЕВА Оксана

Особливості організації і проведення практичних занять з різних видів масажу в он-лайн режимі..... 62

ІВАСИК Наталія

Бар'єри, які обмежують фізичну активність дітей з бронхіальною астмою... 66

КАРА Світлана

Особливості формування мотивації студентів вищих закладів освіти до занять з фізичного виховання..... 70

КІШ Вікторія, МЕЛЕГА Ксенія

Особливості застосування засобів кінезіотерапії в комплексі заходів фізичної терапії у хворих на бронхіальну астму..... 73

КЛЯП Маріанна, ТУРЯНИЦЯ Сніжана

Методи активізації пізнавальної діяльності школярів з порушеннями інтелекту на уроках історії та географії..... 79

КОЗАР Юрій

Вплив сучасних технологій на реабілітацію військових..... 84

ЛЕВИТСЬКА Тетяна

Фізична терапія при зниженні функціонального рівня в зв'язку з віком, травмами або хворобливим станом..... 87

ЛИСЕНКО Анна, КРАВЧЕНКО Оксана

Управління соціальною та економічною інклюзією: від політики до практики..... 89

ЛИТОВЧЕНКО Ніна

Методичні основи застосування рольових ігор у практиці психологічного тренінгу..... 91

МАЛЬЦЕВА Ольга	
Актуальні питання здоров'язбереження в умовах сьогодення.....	96
МЕДВЕДОВСЬКА Наталія, ДЕНИСЮК Любов	
Запровадження сучасних медико-профілактичних підходів до надання медичної допомоги дітям із офтальмопатологією.....	100
МЕЛЕГА Ксенія, РУСИН Людмила, КІШ Вікторія	
Особливості проведення легеневої реабілітації пацієнтів з респіраторними порушеннями після перенесеної коронавірусної хвороби.....	104
МЕЛЬНИК С., ПОПЛАВСЬКА С.	
Профілактика алкогольної залежності серед молоді.....	109
МЕХЕД Ольга	
Особливості викладання освітнього компоненту «Генетика людини» майбутнім фахівцям з біології та громадського здоров'я.....	113
МИХАЛЬЧУК Василь, ПОЖЕВІЛОВА Алла	
Реабілітаційна допомога у програмі медичних гарантій.....	117
МОРАР Ігор	
Комплексне відновлення та особливості виникнення післяопераційної евентрації в онкохворих.....	122
ОВДІЮК Іван	
Реабілітація після травми кисті: важливі аспекти та підходи.....	125
ОРЛОВА Наталія, ТОНКОВИД Олег, ПАЛАМАР Інна	
Аналіз інвалідності як основа планування та організації реабілітаційної допомоги дитячому населенню.....	128
ОРФІН Андрій, МАЗЕПА Марія	
Динаміка показників функціонального стану у людей що живуть з віл на стадії сніду під впливом програми фізичної терапії.....	132
РАШИДІ Бахрам	
Підготовка фахівців з реабілітації: актуальність та перспективи.....	136
РУСИН Людмила, МЕЛЕГА Ксенія, ДУТКЕВИЧ-ІВАНСЬКА Юлія	
Особливості формування культури харчування серед здобувачів старших і молодших курсів ЗВО.....	141
РУДЕНКО Анна, ЗВІРЯКА Оксана, ГЛУЩЕНКО Світлана	
Реабілітація жінок після мастектомії.....	145

САБАДОШ Мар'яна

Аналіз впливу реабілітації на основі віртуальної реальності на функцію верхньої кінцівки і якість життя пацієнтів після перенесеного інсульту..... 149

SAMUSEVA Ganna

Význam rehabilitácie pri chorobách dýchacieho systému..... 151

СВЕРИДА Володимир

Сучасні тенденції кінезіотерапії, спрямовані на збереження здоров'я та управління довголіттям..... 155

СИВОХОП Еріка, ДУРКОТ Ростислав, СИВОХОП Едуард

Лікувальна фізична культура при надмірній вазі та ожирінні..... 158

СТЕБЛЮК Едуард, ДУБОВЕНКО Дмитро

Авітаміноз: причини появи та наслідки..... 163

СТЕБЛЮК Світлана

Універсальний дизайн як важливий чинник розвитку дитини з особливими освітніми потребами..... 166

ФІЛАК Фелікс, ФІЛАК Ярослав

Лікувальна гімнастика і масаж у комплексній реабілітації хворих на хронічний неспецифічний виразковий коліт в санаторних умовах..... 170

ФІЛАК Ярослав, ФІЛАК Фелікс

Фізична терапія підлітків хворих на хондропатію в амбулаторних умовах..... 173

KNATUNTSEVA Svitlana, GLAZKOVA Iryna

Psychological and pedagogical principles of preventing and overcoming barriers in students as a condition for the functioning of a barrier-free educational environment..... 177

ХОМА Тетяна, СЕМЕНОВА Богдана

Фізична активність як складова здоров'язберігаючої компетентності здобувачів початкової освіти..... 181

ХУДЕЦЬКИЙ Ігор, Юлія АНТОНОВА-РАФІ, МЕЛЬНИК Ганна,**MERITS Marika, AAVIK Anneliis**

Низькоінтенсивні психологічні та ерготерапевтичні втручання для підтримки ментального здоров'я..... 184

ЦВІГУН Максим

Ефективність реабілітаційних методів у зменшенні геміплегічного болю в плечі..... 190

ШИП Надія

Проблеми збереження і зміцнення здоров'я студентської молоді засобами
фізичної культури в умовах дистанційного навчання..... 193

ЯЦИНА Олена

Клінічна психологія в системі комплексної реабілітації дітей та підлітків..... 198

БЕЗМЕДИКАМЕНТОЗНЕ ПІДВИЩЕННЯ БЕЗПЕЧНОСТІ ЯК ДЛЯ МАТЕРІ, ТАК І ДИТИНИ, ПІД ЧАС ПРОВЕДЕННЯ ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНИХ ПРОЦЕДУР У РІЗНІ ТЕРМІНИ ВАГІТНОСТІ

Володимир АНТОНЮК-КИСІЛЬ,
*доктор медичних наук, ординатор,
КП «Рівненський обласний перинатальний центр»
Рівненської обласної ради
Рівненський державний гуманітарний університет
Вікторія ЄНІКЕЄВА,
КП «Рівненський обласний перинатальний центр»
Рівненської обласної ради*

Актуальність проблеми. Вагітність – природний фізіологічний динамічний процес, який у більшості жінок протікає без особливостей, завдяки ефективним компенсаторним механізмам у сформованому жіночому організмі. У деяких вагітних навіть короткотермінове перебування в статичному положенні, найчастіше лежачи на спині, рідше в сидячому положенні виявляє недосконалість, неефективність цих механізмів, що проявляється гемодинамічними порушеннями (раптовим падінням протягом 1-5 хв. систолічного артеріального тиску (САТ) нижче 90 мм. рт. ст з відповідними клінічними і гемодинамічними проявами як у вагітної, так і в плода, які виникають в них з 20 тижня вагітності й можуть наростати, а при несвоєчасному діагностуванні зазначеної патології і без проведення відповідних заходів можуть мати негативні наслідки як для вагітної, так і для дитини.

Аналіз наукових досліджень. У сучасній літературі такий стан описано, як синдром нижньої порожнистої вени (СНПВ), і введений у 1953 році Говардом і співавторами [1]. За даними цих авторів, СНПВ зустрівся у від 8.2% – до 11.2% вагітних, які лежали на спині протягом декількох хвилин. Зазначений синдром проявлялось падінням систолічного артеріального тиску більше як на 30 %, а у 3.6% падіння становило на 40%, або виникла гіпотензія менше 80 мм. рт. ст. [2].

Вказаний синдром різного ступеня важкості, за даними інших авторів, зустрічається у 10 – 70% вагітних. а у 11% з них проявляється у вигляді «поступального шоку» . Окрім того, згідно з цими даними в III триместрі у 17 – 70% пацієнток, зустрічаються субклінічні прояви СНПВ. [3]. Важливим і є те, що прояви СНПВ можуть проявлятись у скритій формі, без суб'єктивної маніфестації даної патології у матері, що обмежує можливість своєчасної

діагностики дистресс плода при допомозі традиційного спостереження без використання інструментальних методів дослідження [4].

У цих вагітних має місце різноманіття клінічних проявів СНПВ з боку матері через 2-3 хв. після положення на спині й може досягти свого максимуму до 10 хв. у вигляді головокружіння, відчуття нестачі повітря, затрудненого дихання, раптової слабкості, прискороного серцебиття, шуму дзвону у вухах, «іскри» перед очима, відчуття страху, випадіння поля зору, прекардіального болю, запаморочення, нудоти. У той же час з боку плода, за суб'єктивною оцінкою матері, має місце більш часті, сильні рухи, що зустрічається у 1 – 3% пацієнток при падінні АТ до 80 мм. рт. ст. і нижче.

Особливістю СНПВ є те, що при своєчасному виявленні зазначеної патології, при повороті тіла вагітної в лівобічне положення більше, як на 20⁰ або покладанні на повну латеральну позицію, що сприяє зміщенню матки вліво. У такому положенні симптоми СНПВ проходять через 60 секунд без негативних наслідків, як для вагітної, так дитини.

Виникнення вказаної патології у вагітних багатofакторне. На сьогодні до кінця не з'ясоване. Завдячуючи сучасним методам дослідження, надаємо перевагу думці, що дана патологія обумовлена стисканням нижньої порожнистої вени і/або аорти вагітною маткою [5].

Важливим завданням, що потребує подальшого досконального вивчення – прогнозування виникнення СНПВ [6].

Деякі автори звернули увагу на фактори ризику, що можуть сприяти розвитку СНПВ, а саме вегето-судинна дистонія у 30.2% випадках, артеріальна гіпертонія у 15.1%, надлишкова вага тіла вагітної у 22.6%, великий плід у 5.7%, багатовіддя у 3.8% [6].

Окрім того, на їх думку, прояви СНПВ можуть бути пов'язані з індивідуальними анатомічними особливостями будови хребта, а саме: відстань між T₁₂ та S₁, ступінь вираженості поперекового лордозу L₄ – L₅ до чого стискаються вагітною маткою як аорта, так і нижня порожниста вена [7, 8].

Виходячи із розуміння виникнення СНПВ та частоти проявів, дуже важливим є створення комплексу заходів, у тому числі без медикаментозних, що можуть запобігти синдрому, особливо при положенні вагітних на спині.

Під час проведення клінічних, діагностичних досліджень, оперативних втручаннях тощо, для запобігання СНПВ сформувались різні безмедикаментозні методи запобігання цієї проблеми й введені в протокол. Спільним і основним є вихідне розміщення вагітної в лівому бічному положенні, щоб максимізувати

серцевий викид та матково-плацентарну перфузію, назвавши його терапевтичним маневром [5].

Так, під час МРТ дослідження, згідно з протоколом проведення, з ціллю запобігання СНПВ, при систолічному артеріальному тискові 111/68 мм.рт.ст. і нижче, після 24 тижнів вагітності запроваджено розташовування пацієнтки в положенні на лівому боці у 30^0 , завдяки подушці, підкладеній під правий бік тазу [9]. Для запобігання СНПВ в хірургічній практиці з 1970 року запровадили поворот операційного столу на 15^0 і більше градусів на ліво, оскільки положення вагітної на лівому боці в хірургічній практиці некоректне [10]. Американська кардіологічна асоціація рекомендує розміщувати вагітних на спині з нахиленням їх вліво на $27 - 30^0$ з використанням Кардіффі клину для підтримки тазу і грудної клітки з рівнем доказовості 11b[11].

Зіткнулись з цією проблемою і фізіотерапевти під час проведення деяких фізіотерапевтичних процедур, які виконували в положенні вагітної на спині тривалістю до 30 хвилин з кінця II і протягом всього III триместрів вагітності.

У доступних нам літературних джерелах не виявлені дані частоти проявів СНПВ у вагітних у різні терміни вагітності під час проведення фізіотерапевтичних процедур в положенні на спині. Неоцінена роль та ефективність безмедикаментозного так званого «терапевтичного маневру» у запобіганні або мінімізації проявів вказаної проблеми у вагітних під час фізіотерапевтичних процедур

Ціль дослідження: оцінити ефективність «терапевтичного маневру» в запобіганні або в мінімізації проявів СНПВ у вагітних під час виконання фізіотерапевтичних процедур (масажу, лікувальної фізкультури).

Матеріал і методи дослідження. Досліджено 140 вагітних на базі Комунального закладу «Рівненський обласний перинатальний центр» Рівненської обласної ради впродовж 2015-2023 р.р. після 26-28 тижнів вагітності: 92(78.52%) пацієнток у II триместрі й 38(21.48%) у III триместрі. Вагітних, що народжували вперше 16(12.5%), повторно (дві й більше вагітностей) – 124(87.5%) пацієнтки. Вік пацієнток від 18 до 42 років.

Вивчали анамнез вагітних, який би дав можливість виявити в конкретній вагітній явні і/або стерті форми СНПВ під час перебігу цієї вагітності й при попередніх вагітностях, які були пов'язані із положенням тіла (лежачи, сидячи), у які терміни вагітності й при якій кількості пологів, або під час обстежування (ЕКГ, МРТ, КТ, УЗД), відвідування стоматолога, під час проведення знеболення в разі кесаревого розтину, якими симптомами проявлялась (пониження

артеріального тиску, запаморочення, пітливість, нудота, блідість, тахікардія), поведінка плоду на ознаки дисстресу .

Усім пацієнткам до виконання процедур у вихідному положенні, розроблених нами, проводився неінвазивний гемодинамічний моніторинг, згідно з розробленим нами протоколу, який включав: у вагітної контроль за ритмом серця й частотою серцевих скорочень (ЧСС), показники артеріального тиску на плечових артеріях (сistolічного артеріального тиску (САТ), діастолічного артеріального тиску (ДАТ), насичення капілярної крові киснем (SpO_2) за допомогою кардіомонітору Mindray Datascope Passport V; у дитини оцінювали серцеву діяльність за такими критеріями: частота серцевих скорочень, наявність децелерацій, акселерації за допомогою кардіотокографії на апараті Sonicaid team care з автоматичним аналізом результатів дослідження за програмою Доуз-Редмана.

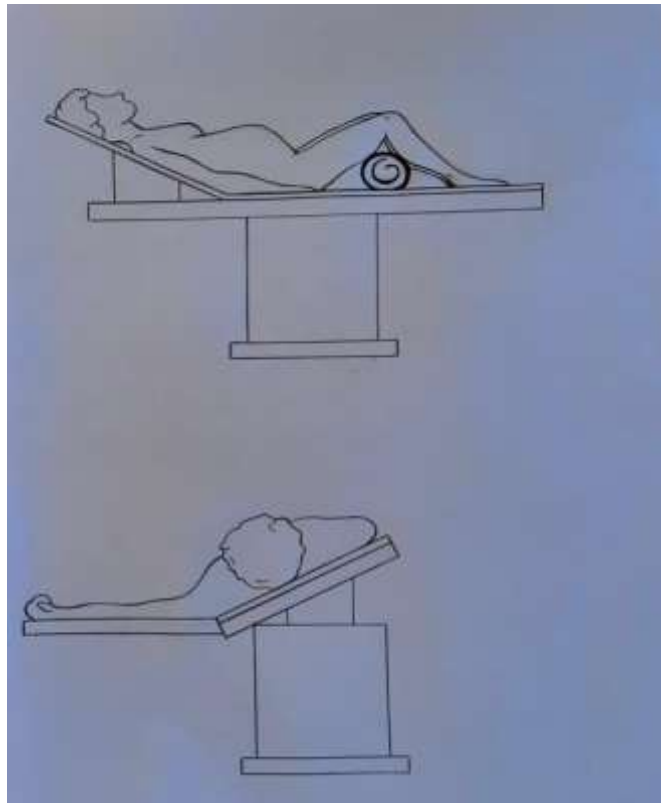
Діагностовано в пацієнток супутню патологію: недиференційованна дисплазія сполучної тканини (НДСТ) – у 56 (6.19%) пацієнток, анатомічні особливості розташування матки – у 40(5.78%), перенесенні запальні захворювання малого тазу – 26(3.76%), стан після операційних утручань (аборти) – 10(1.45%), багатоплідна вагітність –у 6(0.87%). багатовіддя 4(0.58%). ІМТ понад 25 кг/м^2 – у 24(2.86%), проблеми з хребтом – у 29(3.81%). Найчастіше, супутня патологія у 98.3% пацієнток зустрічались в поєднанні.

Результати дослідження. Поміж 140 вагітних, відповідно до зібраного анамнезу у 45(32.14%) пацієнток відмітили виражені симптоми СНПВ при положенні вагітної на спині, які проявлялись через 1 – 2 хв, у 32(22.86%) – мали місце легкі прояви а в 63(45%) пацієнток симптомів СНПВ не було помічено. Важливим, на що звернули увагу під час збирання анамнезу, – вагітні акцентували, на зміни в поведінці плода під час проявів симптомів СНПВ. Згідно з цими даними, за суб'єктивною оцінкою вагітних при виражених проявах СНПВ у всіх плодів значно збільшилась частота та інтенсивність рухів, при легких проявах СНПВ тільки у 25% плодів змінилась рухова активність плода.

Виходячи із даних анамнезу, під час проведення фізіотерапевтичних процедур усім пацієнтками створювали вихідне положення – на спині з поворотом деки столу на $15-20^\circ$ наліво з піднятим головним кінцем столу на 30° та зігнутими нижніми кінцівками в кульшових суглобах до 120° , положенням гомілок зігнутими в колінних суглобах до 120° , яке розроблене нами з врахуванням думки різних авторів[12]. Це дало змогу розслабити

переважно м'язи передньої черевної стінки, що мінімізує компресію вагітною маткою на термінальний відділ черевної аорти і/або початковий відділ нижньої порожнистої вени за рахунок зміщення її вліво та мінімізації навантаження на м'язи тазового дна. Зазначене положення є комфортним для вагітних і дає добрий доступ до частин тіла пацієнток і безпечним для дитини. Це сприяло безпечному проведенню фізіотерапевтичних процедур у максимальному об'ємі. (Схема №1)

Схема №1. Положення вагітної на столі.



Мав місце мультидисциплінарний підхід до призначення об'єму й методу фізіотерапевтичних процедур, які призначались сумісно акушер-гінекологом і фізіотерапевтом та контролювались акушер-гінекологом у закладі, як за пацієнткою (особливо з центральними передлеженням плаценти у 2 випадках, у 5 – не спроможності різного ступеню істміко-цервікального каналу), так і особливо за станом дитини як на протязі, так і після проведення процедур .

Показами до проведення фізіотерапевтичних процедур у 79 (56.43%) пацієнток із 140 обслідуваних виконували масаж нижніх кінцівок: у 58 (73.42%) з причини синдрому «неспокійних ніг», у 1(16.45%) через виражені судоми м'язів нижніх кінцівок, у 6 (7.59%) – через набряк м'яких тканин гомілок і стоп.

У 61 (43.57%) пацієнтки виконували масаж м'язів спини з причини міофасціального синдрому поперекового відділу хребта.

Результати дослідження засвідчили, що поміж 140 пацієнток до проведення фізіотерапевтичних процедур у 121(86.43%) клініко-інструментальні дані не відрізнялися від вихідних, симптоми СНПВ відсутні, у 19(13.57%) мали місце незначні клініко-інструментальні відхилення від вихідних, особливо падіння АТ до 90 мм.рт.ст., проявлялось клінічні симптоми СНПВ, що потребувало додаткового повороту деки столу на $10^0 - 15^0$ наліво до ліквідації симптомів СНПВ. Фізіотерапевтичні процедури виконувались тільки при стабільних клініко-інструментальних даних. У всіх дослідженнях пацієнток після проведених фізіотерапевтичних процедур вагітність перебігала без особливостей та ускладнень. Пологи відбулися своєчасно.

Висновки. 1. Розроблене нами положення розташування вагітної на спині з урахуванням рекомендацій протоколів наукових джерел засвідчило можливість безпечного проведення фізіотерапевтичних процедур (лікувальний масаж) у II, III триместрах вагітності як для матері, так і для дитини в 121 (86.43%) пацієнтки, з незначними корегованими проявами СНПВ у 19 (13,%) пацієнток. 2. Вкрай важливим є мультидисциплінарний підхід (акушер-гінеколог і фізіотерапевт) до призначення фізіотерапевтичних процедур і динамічного контролю за станом матері та дитини. 3. Важливим є під час проведення фізіотерапевтичних процедур жінкам при положенні на спині в II, III триместрах вагітності контроль за станом плода, що є можливим в умовах акушерського стаціонару.

Література:

1. Howard BK, Goodson JH, Mengert WF. Supine hypotensive syndrome in late pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1953; 1: 371-377.
2. Holmes F. Incidence of the supine hypotensive syndrome in late pregnancy. A clinical study in 500 subjects. *J Obstet Gynaecol Br Emp.* 1960; 67: 254-258
3. Chen D, Qi X, Huang X, Xu Y, Qiu F, Yan F., Li Y. (2018) Efficacy and Safety of Different Norepinephrine Regimens for Prevention of Spinal Hypotension in Cesarean Section :A Randomized Trial. *BioMed Research International.* 2018, 1-8.doi: <http://doi.org/10.1155/2018/2708175>.
4. Allison J.Lee, MD. Ruth Landau, MD. Aortocaval Compression Syndrome. Time to Revisit Certain Dogmas.*Anesth Analg.* 2017; 125: №6: 1975-1985.
5. Bieniarz J, Maqueda E, Caldeyro-Barcia R:Compression of aorta by the uterus in late human pregnancy.1. Variations between femoral and brachial artery pressure

- with changes from hypertension to hypotension. Am J Obstet Gynecol 1966; 95: 795-808.
6. Bieniarz J, Crottogini JJ, Curuchet E, Romero-Salinas G, Yoshida T, Poseiro JJ, Caldeyro-Barcia. Aorto-caval compression by the uterus in late pregnancy, 1. An arteriographic study. Am J Obstet Gynecol 1986; 100: 203-17.
 7. De Giorgio F, Grassi VM, Vetrugno G, d'Aloja E, Pascali VL, Arena V. Supine hypotensive syndrome as the probable cause of both maternal and fetal death. Journal of Forensic Sciences. 2012, 57(6). 1646-1649.
 8. Bieniarz J., Branda LA, Maqueda E, Morozovsky J, Caldeyro-Barcia R. Aortocaval compression by the uterus in late pregnancy. 3. Unreliability of the sphygmomanometric method in estimating uterine artery pressure. Am J Obstet Gynecol. 1968, 102. 1106-1115.
 9. Crawford JS, Burton V, Davies P. Time and lateral tilt at Caesarean section. Br J Anaesth. 1972, 44. 477-484.
 10. Lipman S., Cohen S., Einav S., et al. Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology consensus statement on the management of cardiac arrest in pregnancy. Anesth Analg. 2014; 118: 1003-1016.
 11. Brigden W., Howarth S, Sharpey-Schfer EP. Postural changes in the peripheral blood-flow of normal subjects with observations on vasovagal fainting reactions as a result of tilting, the lordotic posture, pregnancy and spinal anaesthesia. Clin Sci 1950, 9. 79-96.
 12. Антонюк-Кисіль В.М., Павлишин А.В. Свідомство про реєстрацію авторського права на твір № 120947. Науковий твір «Спосіб розташування вагітних на операційному столі» від 1 серпня 2023р.

РЕАБІЛІТАЦІЙНЕ ОБСТЕЖЕННЯ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ У ПАЦІЄНТІВ З ЛІМФОСТАЗОМ ПІСЛЯ ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНОГО НОВОУТВОРЕННЯ

Ольга БАС,
кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
доцент кафедри терапії та реабілітації,
Львівський державний університет фізичної культури імені І.Боберського

Актуальність. Лімфостаз (лімфедема, лімфатичний набряк) – уроджене або набуте захворювання. Набутий (вторинний) лімфостаз – хронічний патологічний симптомокомплекс, зумовлений поступовим розвитком з різних

причин порушення балансу між утворенням лімфи і її відтоком від капілярів і периферичних лімфатичних судин у тканинах кінцівок і органів до основних лімфатичних колекторів і грудної протоки [1, 5].

Порушення лімфовідтоку супроводжується стійким набряком і збільшенням кінцівки з подальшим фіброзом шкіри та підшкірної клітковини [2]. У більшість випадків вторинний лімфостаз є наслідком злоякісного новоутворення (ЗН) або пов'язаного з ним лікування. ЗН молочної залози є найпоширенішою причиною лімфостазу верхньої кінцівки [2, 3].

Діагностування лімфатичних набряків, залишається актуальною проблемою для онкології, ангіології та реабілітації, що можна пояснити поширеністю цього захворювання та ускладненнями від нього [1, 3, 6].

Аналіз наукових досліджень. Набряк, який не лікують, може перейти в хронічний та спричинити обмеження рухливості та щоденних функцій, деформацію кінцівки й появу повторних інфекцій, повільне загоєння ран і у важких випадках розвиток ЗН в ушкодженій ділянці (лімфангіосаркоми) [1, 5].

Мета – на основі аналізу літератури окреслити алгоритм реабілітаційного обстеження пацієнтів з лімфостазом верхньої кінцівки після лікування ЗН.

Виклад основного матеріалу. Основними методами обстеження є спостереження, суб'єктивне оцінювання – збір анамнезу, об'єктивне оцінювання стану пацієнта – огляд, пальпація, антропометричні вимірювання, неврологічні обстеження, моніторинг болю і поточний контроль за життєво-важливими показниками. Важливі кількісні вимірювання функціональної активності та якості життя (ЯЖ), а також врахування психологічного стану (тривога, депресія, розлади сну, страх перед рецидивом раку) [1, 2, 4].

Спостереження, яке здійснюють безперервно. Об'єктами спостереження є рухова активність пацієнта, особливості будови тіла [1].

Другим етапом є анкетування. Дослідження ЯЖ онкологічних хворих є другим критерієм оцінювання ефективності лікування, має прогностичне значення і можливість індивідуалізувати лікування. Стандартизовані опитувальники ЯЖ класифікуються на опитувальники для оцінювання симптомів та спеціальні про лімфостаз [1, 4]. Психічні функції відіграють важливу роль у визначенні того, як найкраще взаємодіяти з пацієнтами. Більшість рекомендують шпитальну шкалу депресії та тривоги (HADS), депресії Бека, особистісної тривожності, індекс незалежності Катца, тощо [1, 5].

Третя частина обстеження полягає у виконанні тестів і вимірювань. Ціль – описати рухові порушення та локалізувати структури, які їх спричиняють [1].

У пацієнтів із лімфостазом візуально оцінюють: стан рубців та видимих шкірних покривів, наявність розширених підшкірних вен, кількість та якість шкірних складок, вигляд шкірних покривів, колір, наявність лімфаденопатії, симптом Стеммера, глибину пітинг-тесту, наявність тріщин, рубців, гнійних процесів, текстуру шкіри, що є результатом розширених лімфатичних судин, асиметричне збільшення підшкірної жирової тканини, діапазон активного руху, неврологічний дефіцит тощо. Для документування необхідно зазначити місце розташування, стадію, тип, а також ступінь і тривалість набряку [1, 3, 6]

У разі візуального огляду, варто проводити оцінювання стану постави, визначати час її виникнення, причини, особливості, вплив на загальний фізичний стан, функціональність та самообслуговування [1].

Пальпацію проводять уздовж набряклого сегмента зі спостереженням за утворенням симптому пітингу (pitting symptom), щоб виявити консистенцію набряку та диференціювати стан шкіри та підшкірної клітковини ураженої кінцівки [1, 4]. Обов'язковою є пальпація регіонарних лімфатичних вузлів. Важливо визначити наявність підшкірних розширених вен, болочість по ходу поверхневих або глибоких вен для виключення тромбофлебиту, метастатичного ураження лімфатичних вузлів або інших запальних процесів [1, 5].

До антропометричних показників належать соматометричні, фізіометричні і соматоскопічні ознаки. Соматометрія містить визначення довжини тіла, діаметрів, обводів і зважування. Якщо в пацієнтів є лімфостаз, то збільшення ваги тіла потрібно контролювати, позаяк воно може вказувати на ризик накопичення лімфатичної рідини у грудній або черевній порожнині, на що пацієнти зазвичай не звертають уваги в процесі розвитку чи загострення хвороби. Ваго-зростові показники для контролю потрібно розраховувати в динаміці (індекс Кетле, індекс маси тіла тощо). Огляд, вимірювання обводів кінцівок, вимірювання об'єму витісненої води та розрахунок об'ємів за допомогою математичних формул здійснюють для визначення стадії лімфатичного набряку та порівняння ефективності проведеної процедури [1, 6].

Двома поширеними методами визначення об'єму в клінічній практиці є об'єм води та обвідні вимірювання. Об'єм води деякі автори вважають «золотим стандартом» для об'ємних вимірювань [4]. Однак метод вимірювання об'єму води не дає інформації про форму кінцівки, його не можна використовувати у разі відкритих ран [1, 2]. Вимірювання обводів є найбільш часто застосовуваним методом оцінювання лімфостазу кінцівки. Для обстеження лімфостазу рекомендовано проводити повне (розширене)

вимірювання верхньої кінцівки на кисті, передпліччі та плечі. У місцях найбільшого набряку можна ставити мітки та здійснювати фотофіксацію [1, 4].

Традиційні методи вимірювання обводів, широко використовуються, але забезпечують лише непрямую оцінку змін об'єму кінцівок і можуть не точно відображати справжній ступінь набряку. Методи об'ємної оцінки дають більш точне та повне вимірювання об'єму кінцівки, надаючи цінну інформацію про тяжкість і прогресування лімфостазу. Однією з ключових переваг об'ємної оцінки є її здатність кількісно оцінювати зміни об'єму кінцівки з часом [1, 5].

Рекомендовано розрахувати об'єм набряклої кінцівки за геометричними об'ємами: 1) об'єми циліндра та усіченого конуса для плеча та передпліччя; 2) об'єми циліндра, усіченого конуса, прямокутні та трикутно-трапецієподібні об'єми для кисті. Існує кілька варіантів розрахунку цих об'ємів за різними формулами, вимірюючи результати в сантиметрах кубічних (см³) або мілілітрах (мл). Варіантом спрощеного автоматичного розрахунку є система електронних калькуляторів. Надлишковий об'єм одностороннього лімфостазу розраховується як різниця між набряклою і здоровою кінцівкою [1, 2, 6].

Ураховуючи тип операції, наявність лімфостазу верхньої кінцівки в пацієнток, завжди є ризик поширення набряку на грудну клітку, що може спровокувати дихальні ускладнення або обмеження. Унаслідок важкості кінцівки, вимушеного положення, щоб її втримати, та скутості й обмеження рухливості в пацієнток часто виникає щадний тип дихання, тривалі затримки дихання для того, щоб перемістити кінцівку чи просто змінити положення. Рекомендоване дослідження показників дихальної системи ЧД, ОГК, проби Штанге та Генча та розрахунок функціональних індексів (життєвий індекс, індекс Скібінського тощо) [1].

Для визначення фізичного стану, рівня рухової активності, самостійності пацієнтів проводять низку вимірювань і тестувань, які дають змогу виявити проблеми та порушення. Щоб виміряти амплітуду рухів у суглобах застосовують метод гоніометрії. Результати гоніометрії порівнюють із результатами, отриманими на здоровій кінцівці, та нормою [1, 2].

Для виявлення порушених функцій та рекомендовано провести серію тестів (клінічні інструменти) для оцінювання функції плеча та верхньої кінцівки. Рекомендовано застосовувати шкалу оцінювання функціональних обмежень руки, плеча та кисті (DASH) [2, 5], тест для плеча (Simple Shoulder Test, SST), тест «порушення життєдіяльності у разі патології плеча» (SDQ) [1]. Для тестування дрібної моторики використовують тест Box and Block Test [5].

Лімфостаз суттєво впливає на показники усіх видів чутливості, тривалий набряк перетискає нервові корінці вздовж кінцівки та на грудній клітці, порушуючи чутливість. Тестування тестування больової, температурної та тактильної чутливості здійснюють над проєкцією ділянок тіла, де можливе порушення іннервації [1]. Для перевірки відчуття тиску та визначення порогового або статичного тактильного відчуття у тканинах тестують сенсорну чутливість монофіламентним тестом Семмеса-Вайнштейна (SWM) [5].

Рекомендовано проводити тестування рефлексів верхньої кінцівки, оскільки порушення у вигляді випадіння або погіршення можливе. Біль у разі лімфостазу знижує фізичну та соціальну активність, спричинює психоемоційні порушення, призводить до регіонарних і системних порушень мікроциркуляції, порушення діяльності органів і систем. Рекомендовано обстеження локалізації, інтенсивності, характеру та механізму виникнення болю [3, 5].

Висновки. Розуміння факторів ризику та ознак реабілітаційного обстеження лімфостазу допомагає точніше діагностувати пацієнтів. Впровадження стандартизованих протоколів для збору даних, методів вимірювання та критеріїв інтерпретації результатів сприятиме узгодженості між обстеженнями та полегшить об'єктивізацію даних.

Література:

1. Лімфостаз / лімфедема верхньої кінцівки: реабілітаційне обстеження : навч.-метод. посіб. / О.Бас. - Львів:ЛДУФК ім. Івана Боберського, 2021. – 124 с.
2. Borman P. Lymphedema diagnosis, treatment, and follow-up from the view point of physical medicine and rehabilitation specialists. Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation. 2018. Vol. 64, no. 3. P. 179–197.
3. Current Concepts in the Diagnosis and Management of Lymphedema / A. Oropallo et al. Advances in Skin & Wound Care. 2020. Vol.33, no.11. P.570–580.
4. Diagnosis of Upper Quadrant Lymphedema Secondary to Cancer: Clinical Practice Guideline From the Oncology Section of the American Physical Therapy Association / K. Levenhagen et al. Physical Therapy. 2017. Vol. 97, no.7. P.729–745.
5. Ojoga F., Brândușa M. The rehabilitation management of lymphedema. Balneo Research Journal. 2015. Vol. 6, no. 2. 75-78.
6. Quantitative Assessment of Upper-Limb Volume: Implications for Lymphedema Rehabilitation? / L. Lippi et al. Applied Sciences. 2023. Vol. 13, no. 17. P. 9810.

ШЛЯХ ДО ВІДНОВЛЕННЯ: ІНТЕГРОВАНІ ПІДХОДИ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ІНСУЛЬТУ

Наталія БЕДЬ,
реабілітолог закладу вищої освіти, м. Запоріжжя

Постановка актуальності проблеми. Інсульт є однією з найпоширеніших причин інвалідності та смертності в багатьох країнах. Хоча сучасна медицина дозволяє врятувати більше людей від інсульту, покращення результатів реабілітації залишається важливим завданням. Швидка та ефективна реабілітація може допомогти пацієнтам повернутися до повноцінного життя та покращити їхню якість життя. Зі старінням населення збільшується і ризик інсультів. Ефективна реабілітація інсульту стає все більш важливою, оскільки більше людей потребуватимуть цієї підтримки [1].

Аналіз останніх досліджень. Останні дослідження в галузі реабілітації після інсульту підкреслюють важливість інноваційних підходів для покращення результатів лікування та якості життя пацієнтів. Дослідження підтверджують користь використання екзоскелетів та інших біомеханічних пристроїв для покращення рухових функцій у пацієнтів з інсультом. Робототехніка дозволяє надавати інтенсивну терапію та стимулювати нервову систему.

Мета та завдання. Метою даного дослідження є вивчення ефективних методів реабілітації пацієнтів після інсульту з метою поліпшення їхнього фізичного, психологічного та соціального стану.

Завдання: проведення огляду наукових досліджень та аналізу останніх підходів до реабілітації пацієнтів після інсульту; дослідження різних методів фізичної реабілітації, таких як рухова терапія, фізіотерапія та реабілітаційна гімнастика.

Виклад основного матеріалу. Залежно від конкретних потреб пацієнта після інсульту, фізична реабілітація може включати різноманітні методи. Одним із найпоширеніших підходів є фізіотерапія, яка використовується для відновлення рухливості та сили у тих частинах тіла, які були уражені інсультом. Фізіотерапевт встановлює індивідуальну програму вправ, яка спрямована на покращення рухових функцій та координації [2].

Для пацієнтів із порушенням мовлення після інсульту використовуються логопедичні заняття, що спрямовані на відновлення мовних навичок та

покращення здатності до спілкування. Використання спеціальних технік і вправ допомагає покращити артикуляцію та розуміння мови.

Крім того, для покращення когнітивних функцій після інсульту застосовуються спеціальні психологічні та когнітивні тренування. Ці методи допомагають відновити пам'ять, увагу, концентрацію та інші когнітивні вміння, які можуть бути пошкоджені внаслідок інсульту [2].

У складних випадках, коли інсульт призводить до втрати рухових функцій, використовуються технологічні інновації, такі як робототехніка та екзоскелети. Ці пристрої допомагають пацієнтам відновити контроль над рухами та здатність до самостійного переміщення [3].

Реабілітація після інсульту є комплексним процесом, який вимагає індивідуального підходу та постійного вдосконалення методів. Нові технології і методи дозволяють покращити результати та якість життя пацієнтів після цієї серйозної події.

Висновки. Реабілітаційні програми повинні бути індивідуалізованими, враховуючи унікальні потреби кожного пацієнта з урахуванням виду інсульту, ступеня ураження та інших факторів.

Використання сучасних технологій, таких як робототехніка, віртуальна реальність та інші інноваційні методи, дозволяє покращити ефективність реабілітації та швидкість відновлення функцій.

Акцент робиться на важливості поєднання фізичної, когнітивної, мовленнєвої та психологічної реабілітації для досягнення максимального результату. Необхідності постійного оновлення та вдосконалення реабілітаційних програм на основі нових досліджень та технологій. Важливості співпраці між лікарями, фізіотерапевтами, логопедами, психологами та іншими спеціалістами для забезпечення повноцінної реабілітації.

У цілому, ефективна реабілітація після інсульту вимагає інтегрованого підходу, який базується на сучасних наукових даних і використанні новітніх технологій. Основна мета полягає у покращенні якості життя пацієнтів і забезпеченні їх повноцінної інтеграції в суспільство після інсульту.

Література:

1. Winstein CJ, Stein J, Arena R, et al. Guidelines for Adult Stroke Rehabilitation and Recovery: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke. 2018; 98-169.

2. Bernhardt J, Hayward KS, Kwakkel G, et al. Agreed definitions and a shared vision for new standards in stroke recovery research: The Stroke Recovery and Rehabilitation Roundtable taskforce. *Int J Stroke*. 2019; 444-450.

3. Mehrholz J, Pohl M, Platz T, et al. Electromechanical and robot-assisted arm training for improving activities of daily living, arm function, and arm muscle strength after stroke. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018.

АНАЛІЗ СТАНУ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ У ЗАКЛАДАХ ВИЩОЇ ОСВІТИ ПІД ЧАС ВІЙСЬКОВОГО СТАНУ В УКРАЇНІ

Влада БІЛОГУР,
*доктор філософських наук, професор,
професор кафедри фізичного виховання,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

Актуальність дослідження. Сьогодні важливо визнати, що фізична активність і спорт є важливими умовами фізичного і психічного розвитку різних груп населення. Вони покращують якість життя, зменшують стрес і підвищують працездатність. Фізична активність і спорт є ключовими засадами зміцнення здоров'я та, як наслідок, національної безпеки. Оптимізація процесу фізичного виховання і спорту – це професійна і цілеспрямована навчальна та освітня діяльність, яка потребує вивчення нових підходів до підготовки студентів у вищих навчальних закладах України.

Під час військового стану заняття з фізичного виховання проводяться в дистанційному режимі і спрямовані більше на самостійність студентів та можуть мати найрізноманітніші форми. Але, в першу чергу вони спрямовуються на зміцнення здоров'я, підвищення працездатності, оволодіння необхідними уміннями, навичками та техніками з надання медичної допомоги, вдосконалення професійної діяльності, формування соціальної активності та обізнаності. Важливо не тільки добре засвоїти матеріал, правильно організувати працю та дозвілля; це має важливе значення для підвищення рівня здорового способу життя. Здоровий спосіб життя включає в себе відмову від багатьох шкідливих і деструктивних звичок, а також різноманітні фізичні вправи. Це дуже важливо під час військових дій.

Мета дослідження. Визначення ефективних методів і засобів фізичного виховання та спорту в умовах військового стану з метою зміцнення здоров'я,

підвищення працездатності, розвитку необхідних навичок і вмінь, а також формування фізичної та психологічної готовності студентів та майбутніх військовослужбовців до дій у складних умовах.

Завдання дослідження:

1. Аналіз сучасного стану фізичного виховання та спорту серед студентів у вищих навчальних закладах в контексті військового стану.
2. Вивчення та систематизація підходів до проведення занять з фізичного виховання в дистанційному режимі під час військових дій.
3. Оцінка впливу фізичної активності та спорту на психофізичний стан студентів та їх готовність до виконання військових обов'язків.

Виклад основного матеріалу. Процес навчання складається з викладацької діяльності та спеціально організованої пізнавальної діяльності студентів. Для викладача фізичної культури важливо вміти правильно визначити рівень розвитку фізичних якостей студента та забезпечити психологічну готовність і мотивацію до оволодіння фізичними рухами. Навчання як діяльність починається лише тоді, коли студенти усвідомлюють необхідність набуття нових знань, умінь і навичок, а викладачі визнають цю потребу передачі знань, накопичених за багато років.

Там, де фізична активність обмежена умовами праці і життя, регулярні заняття фізичними вправами та різними видами спорту можуть допомогти розкрити природні нахили та здібності молодих людей. Такі заняття можуть компенсувати те, що втрачено завдяки вторгненню російських військ на територію України.

Вважається, що у військових операціях особливу увагу слід приділяти наступним трьом елементам. Це витримка, м'язова витривалість і м'язова сила. Тому важливо наголосити на використанні методів тренування в небезпечних ситуаціях: покращення витривалості (біг на дистанції 2, 3 або 5 км), або введення витривалості в загальний процес тренування. Як варіант, можна ввести в тренувальний процес марш-кидки на 5-10 км, швидкий біг зі зміною напрямку та поворотами, силові вправи. За потреби треба збільшувати тривалість вправ [1, с. 26].

Крім того, важливою є фізична підготовка у складних ситуаціях. Наприклад, у гірській місцевості студенти відчуватимуть серед інших факторів не лише фізичне, розумове та психічне навантаження, а також гіподинамію, нестачу кисню, холод і вологість. Тому, окрім набуття навичок подолання гірських перешкод та розвитку загальної, швидкісної, силової витривалості,

спритності та швидкості, особливу увагу треба приділяти також розвитку індивідуальної толерантності до факторів навколишнього середовища.

Основними мотивами вибору системи вправ під час воєнних дій є:

- зміцнення здоров'я;
- покращення функціональних можливостей організму, психофізичних можливостей;
- підготовка до майбутньої професійної діяльності;
- набуття важливих навичок і технологій, які можуть стати в нагоді у воєнний час;
- активний відпочинок [2, с. 2].

Практика різних видів спорту та рівень кваліфікації спортсменів ґрунтується і відображається у функціональних системах спорту та фізичних вправах. Це рівень володіння прикладними руховими навичками, які необхідні для фізичного виховання студентів у мирний, а також воєнний час.

Невід'ємною частиною фізичного виховання студентів є заняття спортом у вільний від навчання час. Такі заняття проводяться на добровільних засадах, без умов та обмежень для студента. Добровільні тренування є однією з форм спортивної підготовки для виконання завдань і під час воєнних дій.

Фізична активність може посилити вироблення гормонів щастя (ендорфінів) та зменшити рівень гормонів стресу (адреналіну та кортизолу).

Щоб краще підготувати студентів, а можливо і майбутніх воїнів, тренер повинен використовувати найефективніші засоби і методи, створювати відповідні умови для навчання, розподіляти час і визначати послідовність виконання окремих вправ. Управління якістю навчання є необхідною умовою для своєчасного виправлення помилок і підвищення компетентності студентів, це передумова для своєчасного виправлення помилок і запорука високої ефективності навчання. Ефективність навчання може бути знижена через недотримання умов навчання та оптимальної послідовності навчання, неправильного визначення причин помилок та їх усунення.

Готовність до навчання визначається трьома основними факторами: фізична готовність (ступінь розвитку фізичних якостей), моторна готовність (ступінь координації), психічна готовність (головним чином, готовність до навчання). Вирішення рухових завдань вимагає певного рівня розвитку фізичних якостей. Навчання лазінню по канату, подоланню перешкод і вправам на гімнастичних снарядах необхідне для розвитку рухових навичок [3, с. 2].

Молодь, у силу своєї енергійності та патріотичної налаштованості, є ключовою резервною та рушійною силою розвитку країни сьогодні та у майбутньому. В основі цього лежить виховання здорових і патріотично налаштованих громадян, які, як якісний цемент, згуртують, об'єднають народ України в його прагненні до національної відбудови, добробуту та повноцінної інтеграції в міжнародне співтовариство. Тому процес переосмислення також належить до особистих цінностей. Навіть під час війни треба не боятися запускати нові проекти, не боятися робити помилки, бо той, хто подолав страх і перешкоди, буде більш мотивованим і стійким, здатним долати перепони та йти вперед до самих амбітних цілей і нашої довгоочікуваної перемоги.

Література:

1. Совик Л.А., Дуржинська О.О. Основи техніки легкоатлетичних видів. Методичні рекомендації. Вінниця. ОЦ ВНАУ, 2015р. 54с.
2. Kuvaldina O, Sarkauskiene A, Rybak O, Taran L, Derkach V, Biryuk S, Agostinis-Sobrinho C. Top 10 needs of Ukraine's Olympic sports in hostile conditions: a Delphi study. BMJ Open Sport Exerc Med. 2024 Feb 23;10(1):e001653. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjsem-2023-001653>
3. Інтернет посилання на сайт: <https://it-kharkiv.com/5-efektyvnyh-sposobiv-poboroty-vysn>

ІННОВАЦІЇ У РЕАБІЛІТАЦІЇ: ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МОБІЛЬНОСТІ ТА ВІДНОВЛЕННЯ У ОРТОПЕДІЇ

Сергій БОНДАР,
аспірант,

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рівне

Постановка актуальності проблеми. Зі зростанням числа хвороб і травм, які вимагають ортопедичного втручання, збільшується і кількість пацієнтів, яким потрібна реабілітація для відновлення функцій і мобільності.

Застосування інноваційних технологій дозволяє покращити швидкість та ефективність процесу реабілітації, дозволяючи пацієнтам швидше повертатися до активного способу життя. Сучасні технології дозволяють створювати індивідуалізовані програми реабілітації, враховуючи унікальні потреби кожного пацієнта, що покращує результати лікування. Інноваційні методи дозволяють

досягати кращих результатів у відновленні функцій, зміцнюючи м'язи, покращуючи координацію та забезпечуючи оптимальну мобільність [1].

Отже, використання сучасних технологій для реабілітації в ортопедії є надзвичайно актуальним і має великий потенціал у поліпшенні якості життя пацієнтів з різними ортопедичними проблемами.

Аналіз останніх досліджень. Дослідження показують успішність використання віртуальної реальності для тренування рухів, покращення координації та мобільності у пацієнтів з травмами або після операцій.

Розвиток екзоскелетів та інших біонічних пристроїв дозволяє пацієнтам відновлювати рухливість і покращувати функціональність після травм або операцій.

Використання штучного інтелекту для розробки індивідуалізованих програм реабілітації, які адаптуються до потреб кожного пацієнта.

Мета та завдання. Основною метою дослідження є вивчення і аналіз інноваційних підходів до реабілітації пацієнтів в ортопедії з метою забезпечення мобільності та відновлення функціональності.

Завдання: провести огляд літератури щодо сучасних технологій у реабілітації пацієнтів з ортопедичними проблемами; вивчити роль віртуальної реальності, екзоскелетів, інтелектуальних систем та мобільних додатків у процесі реабілітації. Оцінити ефективність інноваційних методів у покращенні мобільності та відновленні функціональних можливостей пацієнтів.

Виклад основного матеріалу. Використання віртуальної реальності (VR): Віртуальна реальність дозволяє пацієнтам з ортопедичними травмами або після операцій проводити тренування рухів у контрольованому імітованому середовищі.

Дослідження показують позитивні результати у покращенні координації рухів та відновленні моторики за допомогою VR-терапії.

Екзоскелети та біонічні пристрої. Екзоскелети є інноваційними засобами, які допомагають пацієнтам відновлювати рухливість та покращувати функціональність після травм або операцій [2].

Використання біонічних пристроїв дозволяє підтримувати пацієнтів у виконанні рухів та зменшує навантаження на пошкоджені частини тіла.

Інтелектуальні системи підтримки реабілітації: Застосування штучного інтелекту дозволяє створювати індивідуалізовані програми реабілітації, які адаптуються до потреб кожного пацієнта з ортопедичними проблемами.

Інтелектуальні системи можуть аналізувати прогрес пацієнта та оптимізувати реабілітаційні процедури для досягнення кращих результатів.

Мобільні додатки для домашньої реабілітації. Розробка мобільних додатків для пацієнтів дозволяє забезпечити доступність та зручність проведення реабілітаційних вправ вдома під контролем фахівців.

Мобільні додатки також дозволяють відстежувати прогрес та розраховувати індивідуальні плани відновлення. Розвиток телемедицини та телереабілітації дозволяє пацієнтам отримувати консультації та проводити реабілітаційні процедури віддалено під наглядом фахівців.

Телереабілітація забезпечує доступ до спеціалізованих послуг навіть тим пацієнтам, які знаходяться віддалено від медичних центрів.

Біомеханічна терапія. Використання біомеханічних пристроїв допомагає відновлювати функціональність та покращувати моторику пацієнтів з ортопедичними ушкодженнями.

Ці пристрої сприяють поступовому відновленню рухливості і зменшенню ризику ускладнень під час реабілітаційного процесу.

Реабілітація за допомогою інтернету речей (IoT). Використання IoT-технологій у реабілітації дозволяє підключати різні медичні пристрої та моніторингові системи для автоматизації процесу та збору даних про прогрес. IoT-продукти можуть використовуватися для віддаленого моніторингу пацієнтів та аналізу їхнього стану [3].

Ці додаткові технології та методи доповнюють інноваційний підхід до реабілітації в ортопедії, спрямований на покращення мобільності, відновлення функціональних можливостей та підвищення якості життя пацієнтів після травм або операцій.

Висновки. Інноваційні методи реабілітації в ортопедії представляють собою значний крок у покращенні якості та ефективності відновлення пацієнтів після травм або операцій. Використання віртуальної реальності, екзоскелетів, інтелектуальних систем підтримки, телереабілітації та інших інноваційних технологій дозволяє індивідуалізувати підхід до кожного пацієнта, забезпечуючи оптимальні умови для відновлення мобільності та функціональних можливостей.

Ці нові підходи сприяють швидшому відновленню, зменшенню ризику ускладнень, а також забезпечують пацієнтам більше комфорту під час реабілітації. Дослідження в цій області продовжуються, що вказує на постійний розвиток і покращення інноваційних методів у сфері ортопедичної реабілітації.

Важливо продовжувати вивчення цих технологій та їхнє впровадження в практику з метою покращення результатів лікування та забезпечення кращого якості життя пацієнтів.

Література:

1. Smith, A. L., & Hsieh, C. The Role of Virtual Reality in Orthopedic Rehabilitation: A Review. *Journal of Orthopaedic Research and Therapy*, 2020, 45-58.
2. Johnson, R. W., & Lee, K. S. Advances in Exoskeleton Technology for Orthopedic Rehabilitation. *Journal of Biomechanics and Engineering*, 2019.
3. Patel, S., & Gupta, M. Tele-rehabilitation: A Novel Approach in Orthopedic Rehabilitation. *International Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 2018, 321.

ОЗДОРОВЧА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА В СИСТЕМІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ ДОРΟΣЛОГО НАСЕЛЕННЯ

Наталія БОНДАРЧУК,
кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент
Данієлла ТУРЯНИЦЯ,
*студентка 5 курсу заочної форми навчання,
спеціальність 017 Фізична культура і спорт,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

Актуальність проблеми. Здоров'я є найважливішою потребою людини будь-якого віку, адже рівень здоров'я визначає загальний гармонійний розвиток особистості, можливості ефективно і творчо працювати. Багато в чому цей рівень залежить від способу життя, але сьогодні фахівців все частіше говорять про феномен активного творення власного здоров'я, яке включає раціональний режим праці і відпочинку, систему взаємовідносин між людьми, формування світогляду і досягнення життєвих цілей тощо. Процес активного творення здоров'я складається з низки складових (фізичної, психічної, соціальної) і передбачає, крім іншого, володіння і користування новітніми технологіями збереження здоров'я. Актуальність даної проблеми підвищується з огляду на тенденції до погіршення загального стану здоров'я дорослого населення, активізації процесів передчасного старіння.

Аналіз наукових досліджень. Дослідження зазначеної проблематики потребує звернення до широкого кола публікацій, присвячених окремим

аспектам різних проблем. Одним із таких тематичних блоків є організація і методика оздоровчої фізичної культури. Ця тематика розкрита в науково-методичних виданнях (Г. Безверхня, 2012); посібниках (Т. Круцевич, Г. Безверхня, 2010). Наукові статті - "Основні напрями та принципи оздоровчої фізичної культури" (Н. Павлова, О. Зендик, 2008); "Оздоровча фізична культура в житті дорослого населення" (В. Корягін та ін., 2012); "Потреба людей різного віку у руховій активності як природний фактор залучення населення до рекреаційно-оздоровчої діяльності" (Т. Круцевич, О. Андрєєва, О. Благий, 2015). В цьому ряду варто відзначити монографію "Фізичне виховання різних груп населення" (О. Андрєєва, 2014), в якій розглянуто теоретико-методологічні засади фізичної рекреації та узагальнено теоретичні положення щодо сучасного змісту рекреаційно-оздоровчої діяльності різних груп населення. Також автором охарактеризовано підходи до визначення сутності базових категорій фізичної рекреації, класифікації рекреаційної діяльності.

Мета дослідження – довести ефективність засобів оздоровчої фізичної культури для збереження і зміцнення здоров'я осіб другого зрілого віку.

Завдання дослідження: 1) охарактеризувати функції і види оздоровчої фізичної культури; 2) експериментально довести ефективність регулярних занять оздоровчою фізичною культурою для підвищення рівня фізичного розвитку, покращення функціонального стану та життєвого індексу осіб другого зрілого віку.

Виклад основного матеріалу. Оздоровча фізична культура (ОФК) є складовою загальної фізичної культури, одним із її напрямів, що ґрунтується на спеціально організованій руховій активності та виконанні суворо дозованих фізичних вправ. Основний принцип ОФК випливає з її назви: така фізична культура повинна насамперед сприяти збереженню і зміцненню здоров'я, створювати оптимальний фон для життєдіяльності людини. Головним завданням ОФК фахівці називають загальне оздоровлення, підвищення опірності організму до шкідливих впливів середовища, попередження захворювань. Така фізична культура не ставить завдання досягнення якихось спортивних результатів, перемоги у змаганнях, а також не ставить завдання лікування хвороб та реабілітації після них (як ЛФК) [2; 4; 6].

ОФК покликана виконувати такі функції: набуття спеціальних знань в галузі теорії і методики фізичної культури, необхідних для ведення здорового способу життя; збереження і зміцнення здоров'я з урахуванням віку, стану здоров'я, професійної діяльності, індивідуальних інтересів і схильностей;

збереження і формування життєво важливих рухових вмінь і навичок, сприяння їх відновленню і профілактика регресу; забезпечення повноцінного відпочинку, відновлення фізичних і психічних сил, попередження стомлення; формування позитивних якостей і рис характеру особистості; сприяння творчому довголіттю, стримування вікових інволюційних змін, розширення функціональних можливостей організму. У сфері ОФК використовуються фізкультурно-оздоровчі технології, спрямовані на досягнення і підтримання фізичного благополуччя, зниження ризику розвитку захворювань [1; 3; 5].

Методичні основи занять ОФК включають насамперед принципи доступності, індивідуалізації, поступовості. Дуже обережно потрібно ставитися до швидкісних, силових вправ, вправ, які передбачають різкі зміни положення тіла в просторі. У тривалих циклах занять дуже важливо дотримуватися принципу поступовості, який передбачає поділ циклу на декілька етапів [6]. Важливою складовою методики занять ОФК в другому зрілому віці є комплексне регулювання навантажень, компонентами якого виступають тип і величина навантаження, його обсяг (тривалість) та інтенсивність, періодичність занять, тривалість інтервалів відпочинку між заняттями. Оптимальне навантаження дає максимальний оздоровчий ефект з урахуванням індивідуальних параметрів. Навантаження повинно перебувати в аеробній зоні, яка відмежовується від змішаної рівнем порогу анаеробного обміну [1; 4; 5].

В експериментальному дослідженні взяли участь попередньо відібрані дорослі чоловіки і жінки, котрі займалися вправами ОФК у груповій та самотійній формі від 2 до 3 разів на тиждень протягом 4 місяців. Комплекси вправ для виконання на заняттях ОФК підбиралися індивідуально з урахуванням методичних рекомендацій фахівців з ОФК та спортивних тренерів. Всі досліджувані належали до вікової категорії другого зрілого віку – 25 осіб (15 чоловіків і 10 жінок). Середній вік чоловіків другого зрілого віку, котрі брали участь в експериментальному дослідженні, становив 50,6 років; жінок – відповідно 45,5 років. Перед початком експериментального дослідження всі його майбутні учасники пройшли медичний контроль. При проведенні контролю було взято до уваги те, що окремі особи, які виявили бажання системно і регулярно займатися ОФК, до цього недостатньо займалися фізичною культурою. Інші були фізично підготовлені краще, оскільки до того займалися фізичною культурою з тим чи іншим ступенем регулярності. Вони по-різному оцінювали свої фізичні можливості: спостерігалася як переоцінка, так і недооцінка. З огляду на це було організовано систематичний поточний

лікарсько-педагогічний контроль всіх учасників.

На початку та наприкінці експериментального дослідження в усіх учасників вимірювалися показники фізичного розвитку (довжина і маса тіла, обвід грудної клітини, талії, стегон), функціонального стану (частота серцевих скорочень, життєва ємність легень, максимальне споживання кисню), розраховувався життєвий індекс. Динаміку приросту середніх показників фізичного розвитку, функціонального стану та життєвого індексу досліджуваних другого зрілого віку наочно представлено на графіку.

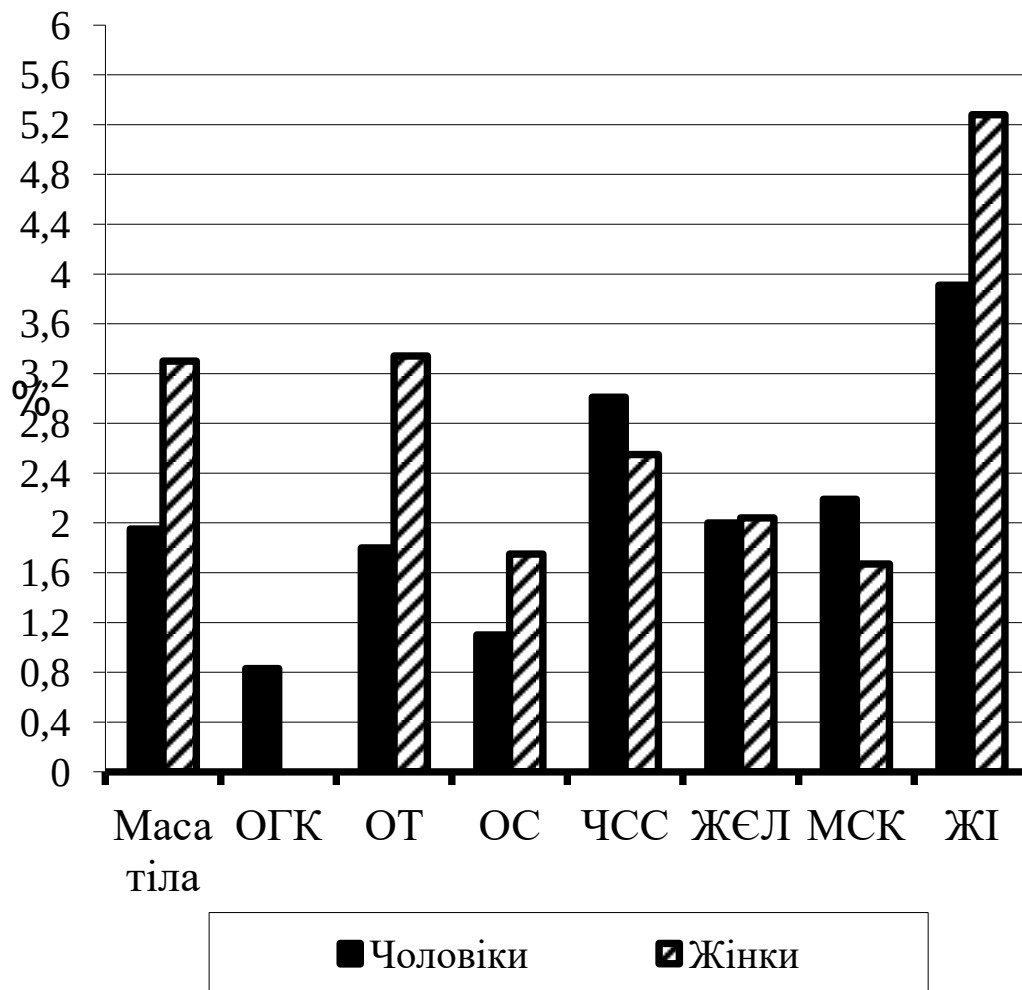


Рис.1. Динаміка змін середніх показників фізичного розвитку, функціонального стану та життєвого індексу чоловіків і жінок другого зрілого віку за час проведення експериментального дослідження (у відсотках)

Відомо, що в дорослих людей, які активно не займаються фізичною культурою, рівень фізичного розвитку та функціональний стан поступово, але неухильно погіршується, відбиваючи загальну тенденцію посилення

ентропійних процесів старіння організму.

Висновки. Проведене дослідження засвідчило, що засоби оздоровчої фізичної культури є ефективними для збереження і зміцнення здоров'я людей другого зрілого віку, що зумовлене закономірностями вікової еволюції організму людини. Тільки за умов регулярної рухової активності вони здатні покращити свій рівень фізичного розвитку та функціональний стан і певною мірою деактивізувати руйнівні процеси старіння організму.

Література:

1. Андрєєва О.В. Фізична рекреація різних груп населення. Київ: Поліграфсервіс, 2014. 280 с.
2. Безверхня Г. В. Організація і методика оздоровчої фізичної культури. Методичні рекомендації (для вчителів фізичної культури). Умань, 2012. 72 с.
3. Корягін В. М., Блавт О. З., Безгребельна О. П., Людовік Т. В. Оздоровча фізична культура в житті дорослого населення. *Теорія та методика фізичного виховання*. 2012. № 5. С. 8-11.
4. Круцевич Т. Ю., Безверхня Г. В. Рекреація у фізичній культурі різних груп населення: навч. посібник. Київ : Олімпійська література, 2010. 248 с.
5. Круцевич Т. Ю., Андрєєва О.В., Благій О.Л. Потреба людей різного віку у руховій активності як природний фактор залучення населення до рекреаційно-оздоровчої діяльності. *Гуманітарний вісник Переяслав-Хмельницького держ. пед. ун-ту*. 2015. С. 430-439.
6. Павлова Н. А., Зендик О. Основні напрями та принципи оздоровчої фізичної культури. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*. 2008. Т. 3: Спортивна медицина, лікувальна фізична культура і фізична реабілітація. С. 110-113.

ГОНІОМЕТРІЯ ПРИ ПОРУШЕННІ РОТАТОРНОЇ МАНЖЕТИ ПЛЕЧА

Г. ВАВДІЮК

аспірантка 2 курсу медичного факультету

С. МОЛОДША,

студентка 3 курсу медичного факультету,

ВНУ імені Лесі Українки

Постановка проблеми. Гоніометрія (вимірювання кутів у суглобах) залишається важливою методикою в ортопедичній та реабілітаційній практиці.

Вона допомагає в оцінці рухливості суглобів, виявленні дефіцитів та моніторингу результатів реабілітаційних заходів. Вимірювання кута в плечовому суглобі є важливою складовою оцінки стану та функціональності цього суглобу, що дозволяє планувати ефективне лікування та реабілітацію, а також запобігати подальшим ускладненням.

Аналіз наукових джерел. У науковій праці «Обстеження в практиці фізичного терапевта при порушенні діяльності опорно-рухового апарату» А.М. Сітовський описує основні аспекти гоніометрії та оцінку результатів при різних рухах плечового суглобу. Дослідження «Validity, Reliability, and Efficiency of a Standard Goniometer, Medical Inclinator, and Builder's Inclinator», проведене Джун Хенкс та Бетсі Майерс, досліджувало дійсність, надійність і ефективність стандартного гоніометра, медичного інклінометра та цифрового інклінометра будівельника для оцінки згину та обертання плеча[3].

Мета та завдання дослідження – визначити основні принципи та роль гоніометрії при порушенні ротаторної манжети плеча.

Виклад основного матеріалу. Вимірювання рухів у суглобах є одним із головних методів оцінки рухомих можливостей пацієнта при багатьох захворюваннях, травмах і деформаціях ОРА. Порівнюючи амплітуду активних і пасивних рухів особи, яку обстежують, з амплітудою ідентичних рухів здорової людини можна говорити як про порушення, так і про відновлення обсягу рухів у процесі лікування, оцінювати ефективність занять фізичної терапії та інших засобів відновлення. Вимірювання рухів у суглобах проводять за допомогою інструментів різної складності. Найбільш часто у практиці застосовують універсальний кутомір або гоніометр. Для запобігання помилок та з метою уніфікації і можливості об'єктивного порівняння результатів вимірювань слід використовувати однакові методики вимірювання [1].

Вимірювання кута згину в плечовому суглобі є важливим для кількох причин:

- Оцінка функції суглоба: вимірювання кута згину дозволяє оцінити функцію плечового суглоба, а також виявити будь-які обмеження або дефекти в русі.
- Діагностика та моніторинг травм та захворювань: зміни в куті згину можуть бути ознакою травми, захворювання або дегенеративних станів плечового суглоба. Вимірювання кута згину може допомогти у діагностиці цих станів, а також у моніторингу ефективності лікування та реабілітації.

- Планування реабілітації та тренувань: знання кута згину може бути корисним для розробки індивідуальних програм реабілітації та фізичної терапії. Вона дозволяє фахівцям здійснювати планування тренувальних режимів, які спрямовані на поліпшення рухливості та функціональності плеча.
- Запобігання ускладнень: вимірювання кута згину може допомогти вчасно виявити будь-які асиметрії або дисбаланси м'язів, що можуть призвести до ускладнень або травм при повсякденних або спортивних активностях.

Отже, вимірювання кута згину в плечовому суглобі є важливою складовою оцінки функції та здоров'я суглоба, дозволяючи планувати ефективні лікувальні та реабілітаційні заходи [2].

Висновки. Отже, вимірювання кута згину в плечовому суглобі виявляється важливим елементом оцінки функціональності та стану суглоба. Цей процес не лише допомагає в розумінні обсягу рухів, але й є ключовим у визначенні проблем та дефіцитів у русі, які можуть бути наслідком травм, захворювань або дегенеративних процесів. На основі вимірювань кута згину плечового суглоба розробляються індивідуальні програми реабілітації, спрямовані на покращення рухливості та функціональності суглоба. Крім того, цей показник є важливим для моніторингу ефективності лікування та реабілітації, а також для запобігання подальших ускладнень. Таким чином, вимірювання кута згину в плечовому суглобі залишається важливим етапом у діагностиці, лікуванні та реабілітації пацієнтів з різними захворюваннями та травмами опорно-рухового апарату.

Література:

1. Обстеження в практиці фізичного терапевта при порушенні діяльності опорно-рухового апарату: навч.-метод. посібн. / укладач А.М. Сітовський. Луцьк: ВНУ ім. Лесі Українки. 2023. 180 с.
2. Практичні навички фізичного терапевта: дидактичні матеріали / [Бакалюк Т., Барабаш С., Бондарчук В. та ін.]. Київ, 2022. 164 с.
3. Hanks J, Myers B. Validity, Reliability, and Efficiency of a Standard Goniometer, Medical Inclinator, and Builder's Inclinator. *Int J Sports Phys Ther.* 2023 Aug 1;18(4):989-996. doi: 10.26603/001c.83944. PMID: 37547826; PMCID: PMC10399115.

ПЕДАГОГІЧНІ УМОВИ РОЗВИТКУ ПРОЄКТУВАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ФАХІВЦІВ ІНКЛЮЗИВНО-РЕСУРСНИХ ЦЕНТРІВ У ІНКЛЮЗИВНОМУ ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ

Олена ВОРОТИНЦЕВА,
*завідувач ресурсного центру підтримки інклюзивної освіти
Закарпатського інституту післядипломної педагогічної освіти,
аспірантка спеціальності 016 Спеціальна освіта
Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка*

Постановка актуальності проблеми. На сьогоднішній день відсутній Професійний стандарт для фахівців інклюзивно-ресурсних центрів (ІРЦ). Але вимоги до їх професійних компетентностей постійно зростають. Важливим складником, обставинами, від яких залежить та відбувається цілісний продуктивний педагогічний процес професійної підготовки фахівців, розробка моделі розвитку проєктувальної компетентності педагогічних працівників ІРЦ в інклюзивному освітньому середовищі (ІОС) — є педагогічні умови.

Аналіз наукових досліджень. У працях відомих науковців В. Андрєєва, Ю. Бабанського, Б. Гершунського, О. Комар, М. Конюхова, С. Мартиненко, А. Сбруєвої та інших з різних аспектів розглядається зміст поняття «педагогічні умови». На основі вивчення науково-педагогічної літератури ми визначили низку педагогічних умов, котрі сприяють розвитку проєктувальної компетентності педагогів ІРЦ в ІОС: організаційно-педагогічні, мотиваційно-ціннісні, розширення когнітивно-діяльнісного складника професійної діяльності.

Мета: обґрунтування педагогічних умов розвитку проєктувальної компетентності фахівців ІРЦ в ІОС.

Виклад основного матеріалу. Важливим складником моделі розвитку проєктувальної компетентності педагогічних працівників ІРЦ в ІОС є педагогічні умови. У філософському словнику «умову» визначають як категорію, «в якій відображено універсальні відношення об'єкта до тих факторів, завдяки яким він виникає й існує» [3; с. 703]; як вимогу однієї зі сторін, які домовляються; як усну чи письмову згоду про що-небудь; як правила, що встановлені в будь-якій сфері життя, діяльності; як обставини, за яких відбувається чи залежить що-небудь» [1, с. 89-101].

Організаційно-педагогічні умови. Для нашого дослідження є важливими дві групи організаційно-педагогічних умов: перша — спрямована на забезпечення процесу розвитку проєктувальної компетентності педагогів ІРЦ (рівень професійності, мотивація, усвідомлення власної діяльності, свідомий контроль результатів); друга — спрямована на вдосконалення зазначеного процесу (навички реалізувати менеджмент на різних рівнях реалізації інклюзії в освіті, здатність проєктувати ІОТ здобувачів з особливими освітніми потребами (ООП) відповідно до індивідуальних особливостей розвитку та можливості громади).

Мотиваційно-ціннісні умови. Стимулювання мотивації фахівців ІРЦ в ІОС. Розвиток мотиваційної сфери особистості, її ціннісних орієнтацій, потреб у діяльності, засвоєнні нових знань і способів дій — завдання, яке у багато у чому залежить від керівника установи (ІРЦ). Директор ІРЦ має врахувати наявні види мотивації працівників, а також стимулювати інтегративну мотивацію завдяки професійно побудованій системі стимулювання.

Виділимо зовнішні та внутрішні чинники, які впливають на формування мотивації фахівців ІРЦ, — від специфіки і цілей ІРЦ до потреб кожного фахівця окремо.

До перших ми віднесемо стимулювання педагогів ІРЦ до певних дій за допомогою зовнішніх чинників (збільшенням або додатковою оплатою праці, встановленням правил поведінки на робочому місці тощо). На ці моменти ми вплинути не можемо. Але вплинути на внутрішню мотивацію можемо завдяки направленій діяльності (відповідні лекції, тренінги) на внутрішні мотиви для підвищення якості виконуваних обов'язків.

Розширення когнітивно-діяльнісного складника професійної діяльності.

Погоджуємося з Тарасовою В., що «розвиток ринку праці ХХІ століття продемонстрував, що сучасні фахівці вже не можуть протягом усього періоду трудової діяльності спиратись на знання, вміння та професійні якості, набуті у закладах вищої освіти, ринок праці потребує висококваліфікованого фахівця, здатного вдосконалюватися, критично мислити, швидко орієнтуватися й вирішувати проблеми різного професійного характеру» [2, с. 384]. Саме ці фактори і сприяють тому, що педагоги, зокрема фахівці ІРЦ, мають постійно оновлювати знання нормативно-правової бази у сфері інклюзії, організації та надання консультативної та психологічної допомоги, проведення бесід з

батьками (законними представниками) здобувачів освіти з ООП та уміння її застосовувати у практичній діяльності; удосконалювати знання фахових і методичних матеріалів для проведення комплексної оцінки з метою визначення особливих освітніх потреб особи ООП, їх категорію та рівень необхідної підтримки; розвивати навички участі в командах психолого-педагогічного супроводу у закладах освіти, надання психолого-педагогічних та корекційно-розвиткових послуг відповідно до потенційних можливостей особи ООП, консультацій та взаємодії з педагогічними працівниками закладів освіти з питань організації інклюзивного навчання.

Висновки. Розглядаючи педагогічні умови розвитку проєктувальної компетентності педагогічних працівників ІРЦ, ми розуміємо професійну діяльність, яка характеризується системним індивідуальним підходом до проєктування та подальшою реалізацією ІОТ, моделюванні освітнього середовища з урахуванням необхідності рівного доступу здобувачів освіти, у який виявлено ООП/освітні труднощі до матеріалів пристроїв, обладнання, рівної участі в освітньому процесі. У подальшому – сукупність обставин об'єктивного та суб'єктивного характеру, які прискорюють процес досягнення мети: розвиток визначених компонентів проєктувальної компетентності педагогів ІРЦ.

Література:

1. Коваленко Л., Шевченко І. СУЧАСНА БЕЗПЕРЕРВНА ПЕДАГОГІЧНА ОСВІТА ЯК СОЦІОКУЛЬТУРНИЙ ФЕНОМЕН. *Освіта дорослих: теорія, досвід, перспективи*. 2021. Т. 20, № 2. С. 89–101. URL: [https://doi.org/10.35387/od.2\(20\).2021.89-101](https://doi.org/10.35387/od.2(20).2021.89-101).
2. Тарасова В. ПРОФЕСІЙНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ФАХІВЦЯ, ЯК ФАКТОР РОЗВИТКУ СУСПІЛЬСТВА. *Scientific papers of Berdiansk State Pedagogical University Series Pedagogical sciences*. 2020. Т. 2. С. 380–389. URL: <https://doi.org/10.31494/2412-9208-2020-1-2-380-389>.
3. Філософський словник / за ред. В. І. Шинкарука. - 3 вид., перероб. і доп. К. : Головна редакція УРЕ, 1986. с.800.

МІЖНАРОДНІ ТЕНДЕНЦІЇ СИЛОВОГО ФІТНЕСУ: ТЕРИТОРІАЛЬНИЙ АСПЕКТ

Анна ГАКМАН,
*доктор наук з фізичного виховання та спорту, професор кафедри
теорії та методики фізичного виховання і спорту,*
Роман ГУЦУЛ,
аспірант
Святослав ТКАЧИК,
аспірант,
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича

Анотація. Аналіз фітнес-трендів у Європі та Сполучених Штатах у 2023 році, проведений дослідниками, виявив ключові тенденції у цій галузі. У Європі спостерігається зменшення популярності цифрових послуг, але залишається актуальною потреба у програмах для збереження здоров'я. У Сполучених Штатах стабільність деяких трендів поєднується із змінами у підходах до фітнесу, викликаними пандемією. Ці результати свідчать про необхідність подальшого дослідження для кращого розуміння впливу фітнес-індустрії на здоров'я суспільства.

Ключові слова: оздоровче тренування, рухова активність, сила.

Постановка актуальності проблеми та аналіз наукових досліджень. За останні 10 років галузь фітнесу зазнає значного поштовху у розвитку різноманітних спрямувань [3], привертаючи увагу все більшої кількості зацікавлених сторін, таких як підприємці, працівники, клієнти та компанії [4]. Незважаючи на економічні труднощі минулого десятиліття і дворічний період пандемії COVID-19, останні дані та популярні тенденції підтверджують важливість дистанційних (онлайн) та очних (офлайн) фітнес-послуг по всьому світу [1]. Малі та середні фітнес клуби становлять більшість усіх оздоровчих підприємств у Європейському Союзі, відіграючи ключову роль у економіці та проявляючи високий потенціал для майбутнього розвитку та інновацій. Проте епідемія гіподинамії та ожиріння є серйозною глобальною проблемою здоров'я, яка впливає на більшість дорослого населення західного світу [2]. У той же час, регулярні фізичні вправи стають ключовою стратегією для профілактики, контролю та лікування численних хронічних захворювань.

Мета дослідження полягала у виявленні світових тенденцій розвитку фітнес індустрії, враховуючи територіальний аспект.

Виклад основного матеріалу. Результати аналізу фітнес-трендів 2023 року в Австралії та Бразилії, проведеного відповідно під керівництвом Кріса Александра та Пауло Кости Амарала, вказують на ключові тенденції у цій галузі та важливі напрямки для розвитку [1]. По-перше, зростаючий середній вік населення Австралії викликає збільшення популярності фітнес-послуг як засобу підтримки здоров'я та добробуту. Фахівці визначили фітнес-програми для людей похилого віку як очікувану тенденцію номер один. Це свідчить про необхідність адаптації галузі до потреб різних груп населення, а також наголошує на важливості створення спеціалізованих програм. По-друге, функціональне фітнес-тренування, спрямоване на покращення рівноваги, координації, сили та витривалості для повсякденного життя, залишається популярним у Австралії. Ця тенденція підкреслює важливість фітнесу як засобу покращення загального фізичного стану і якості життя. По-третє, силові тренування з вільними вагами залишаються високою тенденцією протягом трьох років поспіль в Австралії. Це вимагає постійного оновлення обладнання та розвитку програм тренувань, які враховують популярність цього типу фітнесу.

У Бразилії, персональні тренування залишаються основним видом діяльності для фахівців у галузі фітнесу та оздоровлення. Для підвищення якості таких послуг рекомендується вдосконалення методологій навчання та розвиток бізнес-стратегій [3].

Популярність фітнес-програм для людей похилого віку у 2023 році вказує на потребу в спеціалізованих програмах, спрямованих на підтримку фізичної активності та соціалізацію цієї категорії населення.

Крім того, існує попит на фізичні навантаження, які можна здійснювати з вагою тіла або аксесуарами в будь-якому середовищі. Це відкриває можливості для розробки різноманітних навчальних програм і використання різних платформ, включаючи спортзали, онлайн-платформи та інші.

Отже, аналіз фітнес-трендів у Австралії та Бразилії підкреслює важливість адаптації галузі до змін у вимогах споживачів, розвиток інноваційних програм та підвищення якості послуг для підтримки здоров'я та добробуту населення.

Науковий аналіз даних щодо трендів у сфері фітнесу в Європі та Сполучених Штатах в 2023 році, проведений відповідно Алексіосом Батракулісом та іншими дослідниками, виявив цікаві тенденції, які варто розглянути з наукової точки зору [4].

У Європі відзначено зменшення популярності цифрових послуг та фітнес-занять за межами тренажерних залів порівняно з попереднім роком. Це може бути пов'язано зі змінами у споживчих уподобаннях та можливими обмеженнями, пов'язаними зі здоров'ям у зв'язку зі спалахом COVID-19. Водночас, фітнес-програми для підтримки здоров'я та спеціалізовані тренування для різних груп населення залишаються актуальними, що відображає інтерес суспільства до збереження здоров'я [2].

У Сполучених Штатах спостерігається стабільність деяких трендів, таких як використання носимих технологій, силові тренування з вільними вагами та активний відпочинок на свіжому повітрі. Однак, зауважується падіння популярності домашніх тренажерних залів та збільшення інтересу до фітнес-програм для людей похилого віку [4]. Ці зміни можуть бути пов'язані зі зміною у підходах до фітнесу та зростанням уваги до здорового способу життя після пандемії.

Висновки. Отже, аналіз тенденцій фітнесу в країнах, таких як Австралія та Бразилія, показує необхідність адаптації галузі до потреб споживачів та розвитку інноваційних програм, спрямованих на поліпшення здоров'я суспільства. Також важливо враховувати розвиток та зміни у фітнес-індустрії в інших частинах світу, таких як Європа та Сполучені Штати. Науковий аналіз даних дозволяє зрозуміти тенденції та їхній вплив на здоров'я суспільства, що важливо для подальшого розвитку стратегій підтримки здорового способу життя. Загалом, науковий аналіз даних підтверджує потребу у подальшому дослідженні трендів у фітнес-індустрії для кращого розуміння їхнього впливу на здоров'я та якість життя конкретного суспільства.

Література:

1. Amaral Paulo Costa and Deborah D. Palma. Brazil and Argentina survey of fitness trends for 2020. *ACSM's Health & Fitness Journal* 23.6 (2019): 36-40.
2. A'Naja M. Newsome, et al. 2024 ACSM Worldwide Fitness Trends: Future Directions of the Health and Fitness Industry. *ACSM's Health & Fitness Journal* 28.1 (2024): 14-26.
3. Batrakoulis Alexios, et al. Health and fitness trends in Southern Europe for 2023: A cross-sectional survey. *AIMS Public Health* 10.2 (2023): 378.
4. Kercher Vanessa M. (Martinez), Kercher Kyle, Levy Paul MPH, Bennion, Trevor DHSc; et. al. Fitness Trends from Around the Globe. *ACSM's Health & Fitness Journal*. 27(1): 1/2 2023. p. 19-30.

ДЗЕРКАЛЬНА ТЕРАПІЯ ЯК ЗАСІБ ВІДНОВЛЕННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З ФАНТОМНИМ БОЛЕМ ПІСЛЯ АМПУТАЦІЇ КІНЦІВКИ

Олександра ГУЗАК,

*кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти*

Анна ТЮК,

*студентка бакалаврського рівня вищої освіти
спеціальності 227 Терапія та реабілітація,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

Постановка актуальності проблеми. Фантомні болі є важливою проблемою в сучасному світі, особливо з огляду на поширеність військових конфліктів та збільшення кількості травматичних ампутацій. Вони представляють собою реальні ускладнення після ампутації і можуть виникнути в будь-якій ампутованій частині тіла [1;7].

Відсоток людей, які страждають від фантомних болів після ампутації кінцівки, досить високий: в перші 10 днів вони зустрічаються приблизно у 72% людей, через півроку – у 65%. Це підкреслює важливість дослідження та розробки ефективних методів лікування фантомних болів [1;7].

Фантомні відчуття можуть включати різноманітні сенсорні сприйняття, такі як свербіння, тепло, дотик, а також сприйняття руху та положення кінцівки в просторі. Характер фантомних болів може варіюватися, включаючи пекучий, спастичний, а також відчуття, ніби кінцівка знаходиться в незвичному положенні [2]. Якість, інтенсивність та частота фантомних болів можуть залежати від різних факторів, включаючи фізичний та емоційний стан пацієнта, а також активність його організму [2].

Управління фантомними болями вимагає комплексного підходу, який може включати фізіотерапію, медикаментозну терапію, психологічну підтримку та інші методи. Однак, необхідно провести більше досліджень для розробки ефективних методів лікування цього стану.

Мета: огляд науково-методичної літератури щодо застосування дзеркальної терапії у реабілітації військовослужбовців, які страждають від фантомних болів.

Завдання:

1. Вивчення феномену фантомного болю у військовослужбовців з ампутованими кінцівками.

2. Аналіз теоретичних моделей, що пояснюють механізми дії дзеркальної терапії.

Виклад основного матеріалу. Фантомний біль у кінцівках (ФБК) описується як "біль, що відчувається в області ампутованої частини тіла". Цей клінічний феномен є предметом інтенсивних досліджень через його гострий та хронічний характер. Відомо, що він стосується 60-80% пацієнтів після ампутації. Фактори ризику включають наявність хронічного болю перед ампутацією, післяопераційного хірургічного болю та психологічного стресу [2,3,4].

Характер ФБК часто описується як стиснення або скручування пальців, печіння, поколювання, судоми, шок, стріляючі відчуття "шпильки та голки". Зазвичай він локалізується у більш дистальних частинах ампутованої кінцівки, таких як пальці рук або ніг. Поширеність ФБК у ранніх стадіях становить 60-80%, і вона незалежна від віку, статі чи сторони ампутації [5;6;8].

Симптоми ФБК зазвичай починаються відразу після ампутації, іноді вони можуть з'являтися через декілька тижнів або місяців. Біль буває максимальним у перші 100 днів після операції, після чого починає зменшуватися. Протягом кількох тижнів до двох років ФБК має тенденцію до зменшення тяжкості та частоти, але тривалість епізодів може варіюватися від безперервного до декількох секунд [8].

У науковій літературі проводиться розрізнення між "фантомним відчуттям" і "фантомним болем". Було визначено три категорії фантомних відчуттів: кінетичні відчуття, кінестетичні компоненти та екстероцептивне сприйняття. Кінетичні відчуття включають сприйняття руху, охоплюючи як спонтанні, так і вольові рухи. Кінестетичний компонент описує розмір, форму та положення втрачених частин тіла, в той час як екстероцептивне сприйняття включає дотик, тиск, температуру, свербіж та вібрацію. Фантомний біль відноситься до категорії "екстероцептивного сприйняття", проте відокремлення болю від відчуття припускає, що фантомний біль може бути інтенсивнішим, ніж фантомне відчуття [3;4;5;8].

Теорія нейроматриці для ампутованої кінцівки розглядає процеси формування свідомості про власне тіло після втрати кінцівки. Згідно з цією теорією, внутрішня свідомість тіла людини генерується в мозку і активується за допомогою різних входів, таких як сомато-сенсорне сприйняття (відповідає за

відчуття дотику, температури, постави, положення кінцівок тощо), візуальне сприйняття (зорової інформації), а також когнітивне та емоційне сприйняття [4; 8].

Ця теорія вказує на те, що після ампутації кінцівки мозок продовжує отримувати інформацію від інших сенсорних систем, що може створювати враження про те, що ампутована кінцівка все ще присутня. Наприклад, людина може відчувати фантомний дотик або рухи в ампутованій кінцівці через активацію нейронних мереж у мозку, які відповідають за сприйняття цих відчуттів [8].

Окрім того, теорія нейроматриці вказує на те, що після ампутації може виникати фантомний біль, який також може бути пов'язаний із активацією відповідних нейронних мереж у мозку. Цей біль може виникати через переплетення сигналів від ампутованої кінцівки та інших сенсорних входів, що вказує на проблеми в переробці сенсорної інформації у мозку після втрати кінцівки [4;8].

Таким чином, теорія нейроматриці для ампутованої кінцівки допомагає розуміти, як мозок створює свідомість про власне тіло після ампутації та які механізми лежать в основі виникнення фантомних відчуттів і болю [4; 8].

Для лікування фантомних болів дієвим методом є дзеркальна терапія, яку відкрив професор В.С. Рамачандран у 1995 році. Це індійський невролог, психолог та вчений, доктор медичних і філософських наук, директор Дослідницького центру вищої нервової діяльності, професор психології та нейрофізіології в Каліфорнійському університеті в Сан-Дієго. Метод ґрунтується на використанні зорової ілюзії присутності ампутованої кінцівки: мозок, отримуючи протиріччя між візуальними та сенсорними сигналами, припиняє відправляти болісні імпульси до фантомної кінцівки [3].

Ефект досягається за допомогою перегляду відображення неушкодженої кінцівки у дзеркалі, розташованому на місці ампутованої кінцівки. Дзеркальні рухи можуть залучати кору головного мозку за допомогою сенсорних і моторних входів, ефективність терапії зростає, коли кортикальні мережі активуються поетапно через впізнавання кінцівок, рухові образи і, нарешті, дзеркальні рухи. Ця послідовність впливу на кору головного мозку називається градуванням рухового зображення [3; 4].

Згідно з літературою вітчизняних і зарубіжних авторів, результати рандомізованих контрольних досліджень, що досліджували ефективність

дзеркальної терапії у військовослужбовців з ампутованою кінцівкою, свідчать про зменшення фантомних болів.

Наприклад, група американських дослідників застосувала щоденну 15-хвилинну терапію протягом 5 днів на тиждень курсом 4 тижні для військовослужбовців з ампутацією верхньої кінцівки. Під час цієї терапії пацієнтам пропонували виконувати рухи, спостерігаючи за відображенням неушкодженої руки в дзеркалі, що допомагало їм керувати фантомною кінцівкою. Рухи включали в себе різні вправи, такі як відведення/приведення пальців, згинання/розгинання зап'ястя та кисті тощо [3].

У вітчизняній статті розглядаються можливості використання програми фізичної терапії для військовослужбовців після ампутації нижніх кінцівок, особливо у випадку мінно-вибухових травм. Зокрема, використання кінезіотерапії та дзеркальної терапії для лікування фантомних болів в умовах травматологічних стаціонарів [1].

Головним показником ефективності всіх цих досліджень було зменшення болю, який оцінювався за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ). Всі дослідники підтримують важливість отриманих результатів у контексті лікування фантомних болів після ампутації серед військових, особливо в регіонах з обмеженим доступом до медикаментів або високими витратами на них, оскільки дзеркальна терапія є відносно недорогим методом лікування. Проте для кращого розуміння тривалості ефективності дзеркальної терапії потрібні подальші дослідження.

Висновки. Дослідження показують, що дзеркальна терапія може зменшувати фантомні болі у військовослужбовців після ампутації кінцівок. Ефективність цього методу частково залежить від правильної реалізації терапевтичних сесій, включаючи тривалість та інтенсивність, а також типи рухів перед дзеркалом. Хоча деякі теорії можуть пояснити механізми дії дзеркальної терапії, потрібні додаткові дослідження для повного розуміння цього питання. Результати вказують на перспективність цього методу у лікуванні фантомних болів, особливо в умовах, коли інші методи можуть бути обмежені.

Література:

1. Євченко Д.О., Швець А.В., Кіх А.Ю., Середа І.К., Волянський О. М. Ефективність дзеркальної терапії в програмі фізичної реабілітації військовослужбовців після ампутації нижньої кінцівки внаслідок мінно-

вибухового поранення. *Український військово-медичний журнал*, 2023. 4 (4), 60-68. URL: [https://doi.org/10.46847/ujmm.2023.4\(4\)-060](https://doi.org/10.46847/ujmm.2023.4(4)-060)

2. Руденко Є., Асонов Д. Психологічні наслідки перенесеної ампутації кінцівок: огляд літератури. PMGP [інтернет]. 09, Квітень 2023 [цит. за 23, Квітень 2024]; 8(3). URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/443>

3. Finn SB, Perry BN, Clasing JE, et al. A Randomized, Controlled Trial of Mirror Therapy for Upper Extremity Phantom Limb Pain in Male Amputees. *Front Neurol*. 2017;8:267. Published 2017 Jul 7. doi:10.3389/fneur.2017.00267

4. Harahap ZCS, Amin MM, Effendy E. Phantom Pain Limb: A Case Report in a Soldier - Theory and Therapy. *Open Access Maced J Med Sci*. 2019;7(16):2691-2694. Published 2019 Aug 10. doi:10.3889/oamjms.2019.413

5. Le Feuvre P, Aldington D. Know Pain Know Gain: proposing a treatment approach for phantom limb pain. *J R Army Med Corps*. 2014; 160(1):16-21 URL: <http://jramc.bmj.com/content/160/1/16.full.pdf+html>

6. Pain after amputation. *BJA Education*. 2016;16(3): 107–112. URL: <https://doi.org/10.1093/bjaed/mkv028>

7. Фантомний біль у кінцівках. URL: <https://langs.physio-pedia.com/uk/phantom-limb-pain-uk/>

8. On the use of Phantom Motor Execution for the treatment of Phantom Limb Pain. URL: https://research.chalmers.se/publication/516248/file/516248_Fulltext.pdf

КОМПЛЕКСНІ ПІДХОДИ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ПІСЛЯ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ: ІНТЕГРАЦІЯ ТРАДИЦІЙНИХ ТА ІННОВАЦІЙНИХ МЕТОДИК

Олександр ГУЗОВАТИЙ,
аспірант,

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рівне

Постановка актуальності проблеми. Травматичні ушкодження головного мозку (ТУГМ) стають провідною причиною набутої інвалідності у всьому світі і вони часто виникають внаслідок спортивних заходів, рекреаційних активностей, нещасних випадків та в наслідок бойових дій. Сьогодні не існує уніфікованих

методів лікування для основної патофізіології ТУГМ. Незважаючи на багатообіцяючі розробки в галузі нейрореабілітації, все ще немає єдиної думки щодо реабілітаційних заходів після ТУГМ будь-якого рівня важкості.

Аналіз останніх досліджень. Останні дослідження в галузі реабілітації після черепно-мозкових травм (ЧМТ) фокусуються на розвитку методів, які підтримують та прискорюють відновлення. Особлива увага приділяється нейромодуляції, зокрема застосуванню транскраніальної магнітної стимуляції (ТМС) та стимуляції постійним струмом (СПС), які демонструють позитивні результати у відновленні когнітивних та моторних функцій. Також досліджується використання фармакологічних засобів для стимулювання нейропластичності та інноваційних технологій, як-от віртуальна реальність, що сприяє активній участі пацієнтів у реабілітаційних програмах. Однак потрібні подальші дослідження для визначення їх ефективності та безпеки.

Мета та завдання. Систематизація та оцінка сучасних підходів до реабілітації після ЧМТ з метою ідентифікації найефективніших та безпечних методик відновлення.

Виклад основного матеріалу. Реабілітація традиційно розглядається, як залучення терапевта, який працює з пацієнтом з метою відновлення здатності виконувати певну діяльність; наприклад, фізіотерапевт, який тренує вміння ходити, або ерготерапевт, який надає допоміжні засоби та тренує, щоб відновити здатність одягатися. Хоча така терапія справді є ключовим компонентом реабілітації. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає реабілітацію ширше: «Реабілітація – це комплекс втручань, призначених для оптимізації функціонування та зменшення інвалідності в осіб із проблемами здоров'я у взаємодії з їхнім оточенням» [1].

Реабілітація після черепно-мозкової травми сприяє одужанню за допомогою трьох основних підходів:

1. У ранній період після черепно-мозкової травми, ускладнення, що можуть виникнути протягом декількох днів чи місяців потребують ретельного спеціалізованого медичного моніторингу для їх запобігання, виявлення та лікування. Це дозволяє максимізувати спонтанне поліпшення шляхом нормалізації мережевих процесів та зменшення нейрозапальних та інших гострих реакцій.

2. Реабілітаційні втручання, що сприяють нейропластичності, включають традиційні методи лікування, такі як фізіотерапія, логопедія та нейропсихологія.

Ці методи відіграють ключову роль у відновленні функцій організму після травми.

3. Компенсаторні реабілітаційні втручання спрямовані на максимізацію незалежності та якості життя пацієнтів. Приклади таких втручань включають використання інвалідних візків для забезпечення незалежності в пересуванні та застосування кухонних таймерів для безпечного ведення домашнього господарства. Особливо важливі компенсаторні втручання при тяжких ЧМТ, коли повне відновлення функцій може бути недосяжним. Водночас існує теоретичний ризик, що ранній акцент на компенсаторних методах м.

Доказова база реабілітації після черепно-мозкової травми (ЧМТ) постійно розвивається, проте існують значні прогалини в знаннях, що ускладнюють деталізоване планування індивідуальної реабілітації для кожного пацієнта. Сучасні дослідження розширюють арсенал реабілітаційних втручань, спрямованих на стимулювання нейропластичності, включаючи нейромодуляцію, фармакотерапію та новітні технології, такі як віртуальна реальність (VR). Однак наразі ці методики ще не досліджені достатньо, щоб їх можна було рутинно використовувати у клінічній практиці [2].

Порівняно з реабілітацією після інсульту, де доказова база є більш розвиненою, певні методики можуть бути застосовані також і до пацієнтів з тяжкою ЧМТ. Фармакологічні втручання, які стимулюють нейропластичність, зокрема використання флуоксетину, показують обіцянки і можуть бути адаптовані для лікування пацієнтів як після інсульту, так і після ЧМТ. Проте, використання нейролептиків, таких як галоперидол, може негативно впливати на нейропластичність, що вимагає подальшого дослідження [3].

Крім того, виклики в організації клінічної реабілітації для пацієнтів з ЧМТ потребують подолання додаткових бар'єрів. Існує також зростаючий інтерес до використання технологій, таких як екзоскелети, які мають потенціал значно покращити рухові функції. Однак, дослідницька база таких технологій ще недостатня і їх розвиток вимагає міжнародної співпраці та подальших досліджень [4].

Когнітивна реабілітація (КР) застосовується для корекції та компенсації когнітивних порушень, які виникають внаслідок черепно-мозкових травм (ЧМТ), з метою зниження рівня інвалідності та покращення якості життя пацієнтів. КР включає в себе широкий спектр терапевтичних методів, включно з цифровими втручаннями, і відрізняється від когнітивно-поведінкової терапії

(КПТ), яка переважно спрямована на лікування депресії та інших афективних розладів [5].

Когнітивна реабілітація рекомендується для пацієнтів із середньою та важкою ЧМТ, а також може бути корисною для осіб з легшими травмами, які страждають на стійкі когнітивні порушення. Вона зазвичай включає відновлювальні методи, такі як тренування уваги і навчання досягненню цілей (НДЦ), які спрямовані на вирішення проблем і підвищення когнітивної ефективності. Компенсаторні методи можуть охоплювати застосування технологій, наприклад, використання смартфонів для нагадування про завдання і організації особистої інформації [5].

Нещодавно зросла зацікавленість у включенні методів нейромодуляції, таких як транскраніальна магнітна стимуляція (ТМС) і транскраніальна стимуляція постійним струмом (ТМСПС), до програм КР для посилення нейропластичності. Таке інтегроване втручання має потенціал для покращення результатів, однак потребує подальших досліджень для підтвердження його ефективності [6].

Висновки. Реабілітація після черепно-мозкової травми (ЧМТ) є вирішальним фактором у покращенні якості життя пацієнтів, сприяючи відновленню втрачених функцій та підтримці їхньої самостійності. Спеціалізований медичний моніторинг відіграє ключову роль у ранньому виявленні та лікуванні ускладнень, що виникають після травми, запобігаючи додатковим пошкодженням та стимулюючи природний процес відновлення мозкових функцій. Традиційні реабілітаційні методи, такі як фізіотерапія, логопедія та нейропсихологія, є фундаментальними для стимулювання нейропластичності та відновлення функцій, що дозволяє пацієнтам відновити свої повсякденні здібності. Компенсаторні втручання, включаючи застосування допоміжних засобів та технологій, таких як інвалідні візки та смартфони з нагадуваннями, допомагають пацієнтам підтримувати незалежність і безпеку, особливо коли повне відновлення їхніх функцій є неможливим.

З огляду на постійне зростання доказової бази, існують прогалини в знаннях, які ускладнюють розробку індивідуалізованих реабілітаційних планів. Інтеграція інноваційних технологій, таких як віртуальна реальність і нейромодуляція, вимагає подальших досліджень для підтвердження їхньої ефективності. Впровадження ефективних реабілітаційних програм потребує міждисциплінарної співпраці та міжнародного обміну знаннями та досвідом,

щоб оптимально використовувати наявні та нові методи лікування у контексті черепно-мозкових травм.

Література:

1. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 2013, “Brain Injury Rehabilitation in Adults”, guideline 130. <https://www.sign.ac.uk/assets/sign130.pdf> (accessed 2019-04-01).
2. Jolliffe L, Lannin NA, Cadilhac DA, Hoffmann T. Systematic review of clinical practice guidelines to identify recommendations for rehabilitation after stroke and other acquired brain injuries. *BMJ Open* 2018; 8: e018791.
3. ICF Core Sets for Traumatic brain injury, ICF Research Branch, <https://www.icf-research-branch.org/icf-core-sets-projects2/neurological-conditions/development-of-icf-core-sets-for-traumatic-brain-injury-tbi>
4. Stamenova V, Levine B. Effectiveness of goal management training(R) in improving executive functions: a meta-analysis. *Neuropsychol Rehabil* 2018; 14: 1–31.
5. Bikson M, Brunoni AR, Charvet LE, et al. Rigor and reproducibility in research with transcranial electrical stimulation: an NIMH-sponsored workshop. *Brain Stimul* 2018; 11: 465–80.
6. Chamard E, Lichtenstein JD. A systematic review of neuroimaging findings in children and adolescents with sports-related concussion. *Brain Inj* 2018; 32: 816–31.

ФОРМУВАННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ У МАЙБУТНІХ ФАХІВЦІВ З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ПРОЦЕСІ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ ЯК НАУКОВА ПРОБЛЕМА

Василь ДІУС,
*здобувач третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти
спеціальність 015 Професійна освіта (за спеціалізаціями),
Мукачівський державний університет*

Актуальність дослідження визначається гострими викликами сьогодення, для якого характерні численні та багатогранні прояви інтолерантності у суспільстві. Незважаючи на те, що толерантність як особистісна якість людини давно відома у різних наукових галузях, у практиці професійної діяльності

фахівців з фізичної терапії наразі не сформовано науково-обґрунтованого ставлення до неї. Разом з тим можна назвати низку умов професійної діяльності цих фахівців, де їхня компетентність тісно пов'язана з проявом толерантності і залежить від рівня її сформованості у процесі фахової підготовки. Насамперед, слід враховувати те, що професійна діяльність фахівців з фізичної терапії передбачає постійну взаємодію з різним контингентом населення (пацієнтами, їхніми родичами, колегами, іншими спеціалістами та ін.).

Аналіз наукових досліджень показав посилення уваги вітчизняних науковців до професійної підготовки майбутніх фізичних терапевтів (О. Базильчук, О. Беспалова, Н. Белікова, Т. Бойчук, Л. Волошко, О. Гузій, Ю. Копочинська, Л. Кравчук, В. Куks, Ю. Лянний, Л. Сущенко, Н. Чепурна та ін.). Вагомою у наукових колах є проблема формування толерантності у майбутніх фахівців різних спеціальностей, про що свідчать напрацювання В. Аніщенко, Т. Атрощенко, В. Білаш, О. Крук, О. Куценко, А. Скок, Н. Тробюк та ін. Проте в доробку цих та інших учених проблема формування толерантності у майбутніх фахівців з фізичної терапії у процесі фахової ще не стала предметом спеціального наукового аналізу та вивчення.

Мета – проаналізувати наукові аспекти проблеми формування толерантності у майбутніх фахівців з фізичної терапії у процесі фахової підготовки. Завдання дослідження: уточнити сутність наукової категорії «толерантність»; на основі аналізу наукових праць встановити вагомість формування толерантності у майбутніх фахівців з фізичної терапії у процесі фахової підготовки.

Досліджуючи толерантність у житті людини і суспільства Г. Чуйко та Я. Чаплак зазначають, що «всі люди різні. Іноді ця різниця малопомітна і непринципова – з такими людьми нам легше знайти спільну мову і відносно вільно спілкуватися. Проте в деяких випадках ця відмінність настільки суттєва, що для забезпечення мирного і доброзичливого спілкування комунікатору та реципієнту необхідно проявляти толерантність як до поглядів, так і до прояву індивідуальних рис партнера» [4, с.30]. Автори трактують толерантність як «полінауковий феномен, що, з одного боку, сприяє розширенню його змістового обсягу, з іншого, – ускладнює його точну дефініцію, яка може достатньо відрізнитися від одної науки до іншої, тоді як означення цього поняття конкретизує його розуміння» [4, с.30].

Толерантність визначається О. Матієнко та О. Дакалюк як «складне й багатогранне утворення і важлива якість особистості, завдяки якій спілкування

між людьми стає виваженим, що, в свою чергу, сприяє знаходженню істини навіть у конфліктній ситуації, це якість, яка виявляється у повазі до інтересів, почуттів, думок, звичаїв, вірувань, політичних уподобань та позицій інших людей» [3, с.163]. Автори переконані, що толерантність є взаємоповагою через взаєморозуміння та основою цивілізованих стосунків, «сприймається як позитивна якість особистості, яка виявляється не у пасивній, неприродній покірності думкам, поглядам та діяльності інших, не у покірному терпінні, а в активній моральній позиції та психологічній готовності до терпіння заради взаєморозуміння між людьми. Проте проблемного значення вона набуває у випадках, коли в людини є підстави для негативної реакції, але вона себе стримує, коли у людини виникає негативна оцінка когось або чогось, але вона налаштована на співробітництво, коли відбувається ні знехтування об'єкта, ні його прийняття» [3, с.165].

Актуальними для нашого дослідження є виокремлені Г. Чуйко та Я. Чаплаком види толерантності, поділені на дві великі групи: перша група орієнтує на свідоме (зовнішнє і внутрішнє) прийняття «Іншого»; друга – на внутрішнє неприйняття того, що відрізняється, однак, це «неприйняття» може мінімально проявлятися, або не проявлятися зовні. У першій групі науковці виділяють два дещо відмітні між собою ступені прояву толерантності: повне прийняття іншої людини такою, як вона є (якою представляється), щире намагання зрозуміти її, що викликає довіру до неї, доброзичливе, емпатійне ставлення; залишаючись в основному «прийняттям», така толерантність висуває умову для цього прийняття: не робити того, що означало б переступити межу, за якою толерантність закінчується (не вчиняти аморально, не шкодити іншій людині, природі). Щодо другої групи, то прояви толерантності (які, хоча й уникаючи алюзій, можна було б назвати «слабкими»), в основі яких – внутрішнє неприйняття Іншого (і які об'єднує також неприйняття тиску на іншу людину, стосунків з позиції сили), також розрізняються ступенем справжньої толерантності (неприйняття Іншого, але повага до нього, його права на відмінності та свободу обирати свій спосіб життя та життєві цінності; бажання змиритися з «інакшістю» Іншого, не акцентуючи увагу на різниці, у тому числі відділити об'єкт толерантності від його не завжди схвалюваних морально чи суспільством вчинків, проте, враховуючи різницю у спілкуванні та організації спільної діяльності; не приймаючи, подавити незгоду з людиною через її несхожість на суб'єкта толерантності заради досягнення порозуміння та співпраці з метою оптимального вирішення спільної проблеми) [4, с.30].

У процесі фахової підготовки майбутніх фахівців з фізичної терапії слід враховувати, що їхня професійна взаємодія, як зазначає Л. Волошко, – це «контакт двох або більше суб'єктів активності з метою продуктивної співпраці, що може носити різну форму за спрямовуючої ролі суб'єкта (безпосередню й опосередковану, пролонговану й швидку) та дозволяє ефективно здійснити заплановані реабілітаційні заходи» [1, с.80]. Оскільки авторка розуміє реабілітаційний процес як «своєрідний симбіоз соматичного та соціально-психологічного впливів фізичного терапевта на пацієнта», то цілком слушно, що фахівець має «обов'язково брати до уваги внутрішній світ хворої людини, її психічний стан, індивідуальні особистісні риси» [1, с.80]. Основними характеристиками професійної взаємодії у процесі діяльності фахівців з фізичної реабілітації авторка виокремлює: наявність зовнішньої мети гуманітарної спрямованості; експліційність; ситуативність; технологічність; рефлексивну багатозначність та міждисциплінарність; індивідуалізований стиль взаємодії із пацієнтом на основі моделі інформованої згоди; комплексність застосованих методів і засобів фізичної реабілітації; важливість зворотного зв'язку; медична, соціальна та економічна ефективність [1, с.80-81]..

У підсумку зазначимо, що толерантність майбутніх фахівців з фізичної терапії є важливою складовою їхньої професійної компетентності, оскільки вона впливає на якість спілкування та взаєморозуміння з пацієнтами. Для успішної практики необхідно мати здатність розуміти та приймати різноманітність пацієнтів, їхні потреби, характери та фізичні можливості. Важливо сприймати індивідуальність кожного пацієнта і працювати з ними на основі поваги та взаєморозуміння. Майбутні фізіотерапевти повинні бути відкриті до різних культурних, етнічних та соціальних особливостей, щоб забезпечити ефективну й доступну реабілітаційну допомогу усім пацієнтам [2, с.135]. Відповідно, фахова підготовка майбутніх фахівців з фізичної терапії повинна передбачати формування толерантності як першочергової передумови їхнього професіоналізму, конкурентоспроможності та затребуваності на ринку праці. З цією метою слід употужнити зміст навчальних дисциплін, що входять у зміст освітньо-професійної програми підготовки майбутніх фахівців з фізичної терапії відповідною тематикою, уповні використовувати потенціал практики, виховної та позааудиторної роботи у процесі формування толерантності.

Література:

1. Волошко Л.Б. Основні компоненти та характеристики професійної взаємодії фахівців з фізичної реабілітації. Молодь і ринок, 2017. № 9 (152). С. 77–81.
2. Діус В.В. Толерантність як основа професійної компетентності майбутніх фізичних терапевтів. Молодь і ринок, 2024. № 3 (223). С.133–136.
3. Матієнко О. С., Дакалюк О. О. Смысловое навантаження понять «толерантність» та «інтолерантність». Наукові записки Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова. Серія: Педагогічні та історичні науки, 2012. Вип. 103. С. 162–168.
4. Чуйко Г.В., Чаплак Я.В. Толерантність у житті людини і суспільства. Psychological Journal, 2020. Volume 6. Issue. P.29–42. URL: <https://archer.chnu.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/1237/1/845-Article%20Text-1089-1-10-20200303%20%282%29.pdf>

ТЕХНОЛОГІЯ РЕКРЕАЦІЙНО-ОЗДОРОВЧОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ЖІНОК ПОХИЛОГО ВІКУ В УМОВАХ САНАТОРНО-КУРОРТНИХ КОМПЛЕКСІВ

Світлана ДУДІЦЬКА,
*кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент,
Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича*

Актуальність: За даними ВООЗ, більшість країн світу з розвиненою економікою зазнають соціальної проблеми через те, що кількість пенсіонерів щороку зростає. Згідно з даними науковців, у похилому віці самотність та обмежені соціальні контакти невимуснено впливають на погіршення стану здоров'я і її самопочуття [2, с. 37]. У похилому віці правильно організована рухова активність стає все більш значущою, оскільки завдяки їй стає можливим зберегти рухливість зміцнити стан здоров'я, покращити якість життя, а значить, сприяти активному довголіттю.

Провідні фахівці звертають особливу увагу на чинники, які впливають на підвищення рівня залучення людини до рухової активності: генетична схильність; рухові здібності; спеціальні знання; почуття власної гідності; соціально-економічний статус; навколишнє середовище; задоволеність та якість

життя. Останніми роками в Україні відзначають певні ознаки позитивних тенденцій щодо зростання кількості осіб похилого віку, які використовують різні види та форми рекреаційно-оздоровчої рухової активності [3, с. 4].

Аналіз наукових досліджень: Аналіз науково-методичної літератури та педагогічної практики свідчить про значне зростання досліджень, присвячених проблемі оздоровчорекреаційної діяльності Андрєєва О. (2004), Альошина А., Чеховська ЛЯ., (2019), здоров'я та активного довголіття Дутчак М., (2014), Дудіцька С. П., (2020), Футорний СМ., (2011), підвищення рухової активності осіб похилого віку (Агранович НВ., Анопченко АС., Агранович ВО., (2014), Круцевич Т., Андрєєва О., (2013), Berger R., (2017), покращення показників тривалості, задоволеності та якості життя (Бойко ЗВ., Беловол Е.В., Радиш І.В., (2014) Гакман А., Дудіцька С., Вілігорський О., (2020), Курило ІО.,(2013), соціалізації осіб похилого віку за допомогою творчих занять під час дозвілля Кухта М., (2018) Калугін І., Хаустова О., Осуховська О., (2017), Пангелова НЄ., Пангелов БП., (2019), Bogutska A., (2017).

Грунтовний аналіз наукової літератури показав, що проблема рекреаційно-оздоровчої діяльності жінок похилого віку в умовах санаторно-курортних комплексів не була предметом широкого кола досліджень вітчизняних та зарубіжних науковців і є недостатньо дослідженою.

Мета: Теоретично обґрунтувати рекреаційно-оздоровчу діяльність жінок похилого віку в умовах санаторно-курортного комплексу, визначити її змістове наповнення та виявити умови оптимального функціонування і реалізації.

Завдання: Розробити технологію організації рекреаційно-оздоровчої діяльності та визначити ефективність її впровадження в умовах санаторно-курортного комплексу для жінок похилого віку.

У санаторно-курортному комплексі реалізація рекреаційних заходів є обов'язковою складовою режиму дня відпочиваючого [4, с. 34]. Під час дотримування правильного режиму дня, відбувається формування фізіологічних звичок, що позитивно впливають на здоров'я старшої людини. Підтверджено науковими даними, що люди похилого віку почувають себе значно краще, якщо дії протягом дня регламентуються визначеним режимом дня (Імас Є., Циганенко О., Футорний С., (2018). Режим дня відпочинку осіб похилого віку у санаторно-курортному комплексі, зазвичай дотримується, в основному, пасивних видів діяльності. Проте, ефективність лікувально-профілактичного процесу в умовах санаторію багато в чому залежить від раціональної побудови і використання рухового режиму, що передбачає оптимальний розподіл різних

видів рухової діяльності відпочиваючого протягом дня, в певній послідовності по відношенню до інших форм комплексної терапії (Булатова М., (2004); Гакман А., (2018); Дмитриева Н.В., (2000). Фактори рекреаційно-оздоровчої рухової активності мають здатність впливати як безпосередньо на патологічний процес, так і на загальні регуляторні функції в цілісному організмі людей похилого віку Власова І.А., (2011); Жеребченко В.І, (2008); Коробейников Г.В., (2010); Литвак Р.А., (2011); Федияк Н.В., (2016).

Ряд досягнень вітчизняних та закордонних вчених розкривають загальні уявлення про значущість санаторно-курортного етапу відновлювального лікування, доводять ефективність природних курортних і переформованих фізичних чинників на організм людини. Однак для досягнення більш вираженого і стійкого позитивного ефекту від перебування у санаторно-курортних комплексах, необхідно обґрунтовувати, розробляти, впроваджувати технології організації рекреаційно-оздоровчої діяльності в умовах санаторно-курортних комплексів для осіб похилого віку.

У зв'язку з цим виникає необхідність теоретичного і практичного вирішення проблеми якісного забезпечення дозвілєвого часу рекреаційною діяльністю у санаторно-курортному закладі, що передбачає теоретичне обґрунтування, розробку та впровадження технології організації рекреаційно-оздоровчої діяльності осіб похилого віку, визначення шляхів її реалізації в педагогічній практиці.

На основі аналізу науково-методичної літератури нами запропоновано технологію організації рекреаційно-оздоровчої діяльності для жінок похилого віку в умовах санаторно-курортного комплексу. Основною метою запропонованої технології є підвищити ефективність впливу рекреаційно-оздоровчої діяльності під час відпочинку жінок похилого віку у санаторно-курортному комплексі.

Технологія містить декілька етапів:

концептуальний, де здійснювали планування роботи, вивчення організаційно-педагогічних умов функціонування основних складових технології організації активного дозвілля, оцінювання можливості впровадження рекреаційно-оздоровчої діяльності;

організаційний, що передбачав забезпечення адекватних умов реалізації рекреаційно-оздоровчих програм та оптимального рухового режиму людей похилого віку, що будувався на основі вікових, фізичних, функціональних та психологічних особливостей;

діагностичний, котрий включав діагностику вихідного рівня показників фізичного стану, оцінку мотивації до рекреаційно-оздоровчих занять;

програмно-методичний, який передбачав розробку, впровадження та оцінювання ефективності запропонованої рекреаційно-оздоровчої програми.

Структурно-функціональний аналіз оздоровчо-рекреаційної діяльності закладів санаторно-курортного типу виявив, що зазначена діяльність характеризується застарілими підходами до відбору і компонування змісту фізкультурно-оздоровчої роботи у даних закладах, недосконалою структурою дозвілєвої діяльності. Впровадження технології організації рекреаційно-оздоровчої діяльності для жінок похилого віку в умовах санаторно-курортного комплексу значно підвищило обсяг спеціально організованої рухової активності, у жінок визначені покращення психоемоційного стану, підвищення рівня життя, підвищення рівня задоволеності життям, покращення когнітивних функцій, покращення соціально-психологічної адаптації [].

Висновки: Розроблена технологія організації рекреаційно-оздоровчої діяльності в умовах санаторно-курортних комплексів та застосування інноваційних форм організації та інтерактивних методик з метою підвищення якості та результативності процесу оздоровлення та відпочинку характеризується підвищенням обсягу спеціально організованої рухової активності, покращення психоемоційного стану, підвищення рівня життя, підвищення рівня задоволеності життям, покращення когнітивних функцій, покращення соціально-психологічної адаптації.

Література:

1. Андрєєва О. Аналіз мотиваційних теорій у сфері оздоровчої фізичної культури та рекреації. Теорія і методика фізичного виховання і спорту. 2004;2:81-4.
2. Андрєєва ОВ. Фізична рекреація різних груп населення: [монографія]. Київ: Поліграфсервіс; 2014. 280 с.
3. Гакман А., Дудіцька С., Вілігорський О. Задоволеність життям та роль психофізичних компонентів у якості життя людей похилого віку. Вісник Прикарпатського університету. Серія: Фізична культура. 2020;35: 3-9.

4. Пангелова НЕ, Пангелов БД. Организация досуговой деятельности с людьми пожилого возраста (изучение зарубежного опыта). Курорты. Сервис. Туризм. 2017;1-2(34-35):63-6.

5. Bogutska A. Organization principles of the university of the third age in the UK. Social Work and Education. 2017;4(1):103-111

ОЦІНКА ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ ВЕГЕТАТИВНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ

Юлія ДУТКЕВИЧ-ІВАНСЬКА,
старший викладач кафедри основ медицини

Ксенія МЕЛЕГА,
*кандидат медичних наук, доцент,
завідувачка кафедри основ медицини*

Людмила РУСИН,
*кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри основ медицини,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

Постановка актуальності проблеми. Вегетативна нервова система (ВНС), яка включає симпатичну та парасимпатичну частини, відіграє важливу роль у регуляції діяльності різних вісцеральних систем організму, бере участь у гомеостатичних реакціях, виконує адаптаційно-трофічну функцію тощо. Тому оцінка функціонального стану ВНС має важливе значення для визначення ступеня пристосованості організму до тієї або іншої діяльності та ступеня адаптованості організму [2, с. 116]. Встановлено, що у підлітковому віці частими є порушення вегетативної регуляції функцій організму, відомі як вегетативні дисфункції (ВД), і відзначається третій «пік» проявів цієї патології, який супроводжується бурхливими емоційними проявами, особистісними розладами тощо [1, с. 8]. Враховуючи, що за останні роки збільшилася кількість дітей та підлітків з ВД, цю проблему слід розглядати як соціально значущу, та розробляти заходи своєчасної діагностики та корекції цих розладів з метою зменшення вірогідності їх прогресування та збереження здоров'я учнів.

Аналіз наукових досліджень. Як відомо, у нормі симпатична та парасимпатична частини ВНС перебувають у рівновазі й динамічній взаємодії, та дуже чутливо реагують на зміну умов зовнішнього середовища. Будь-яке порушення цієї рівноваги буде приводити до порушення реакції організму на

вимоги зовнішнього середовища, і підвищує імовірність розвитку ВД. У підлітків у стані спокою можуть виявлятися зміни вегетативного тону, зокрема, переважання тону парасимпатичної частини ВНС (ваготонія), що у нормі забезпечує виражену економізацію діяльності серцево-судинної, дихальної та інших адаптаційно важливих фізіологічних систем організму. У процесі безпосереднього виконання фізичних вправ і відразу після них, більш вираженим стає тонус симпатичної частини ВНС (симпатикотонія), що сприяє кращій адаптації організму до фізичних навантажень і прискоренню процесів відновлення [2, с. 116; 3, с. 47]. Зміни вегетативного статусу організму розглядаються як один із основних донозологічних критеріїв соматичного неблагополуччя. Напруження адаптаційно-компенсаторних механізмів, що виникають при ВД, можуть прогресувати, спричиняючи розвиток різних захворювань. Встановлено, що у 33,3 % дітей вегетативні порушення, незважаючи на запроваджене лікування, зберігаються впродовж багатьох років, а у 17–20 % дітей – можуть прогресувати, спричиняючи розвиток таких тяжких соматичних захворювань, таких як ішемічна хвороба серця, гіпертонічна хвороба, бронхіальна астма, виразкова хвороба шлунка тощо [1, с. 9].

Мета - оцінити можливості скринінгової оцінки функціонального стану вегетативної нервової системи у підлітків за допомогою методу дермографізму. Завдання: на основі аналізу літературних джерел визначити особливості використання методу дермографізму для скринінгової оцінки функціонального стану ВНС, проаналізувати результати використання даного методу у підлітків.

Виклад основного матеріалу. Дослідження проводили на базі Ужгородського ліцею №5 Ужгородської міської ради Закарпатської області. В експерименті взяли участь 20 ліцеїстів підліткового віку (12-13 років), серед них 10 хлопців та 10 дівчат. Дослідження дермографізму проводили до початку (у стані спокою) та по закінченні уроків фізичної культури (після виконання учнями фізичних навантажень).

Застосування методу дермографізму дозволяє оцінити стан як симпатичної, так і парасимпатичної ланок вегетативної регуляції фізіологічних функцій організму. Проведення по шкірі тупим предметом виявляє шкірно-судинні реакції (дермографізм) [2, с. 117]. Дослідження дермографізму (дерма – шкіра, графіка – малювання): проводять тупим предметом з невеликим зусиллям по шкірі (грудей чи передпліччя) пряму лінію. Відзначають появу слідової реакції у вигляді рожевої смуги через 2-3 с – це рожевий дермографізм (нормальний тонус обох частин ВНС). В інших випадках можливе тривале

збереження білої смуги – це білий дермографізм (превалювання симпатичного відділу, звуження судин шкіри) або поява яскраво-червоної смуги (перевага парасимпатичного відділу, розширення судин шкіри), а також поява набрякlostі у місці подразнення шкіри – це червоний дермографізм [2, с. 117; 4, с. 54].

При оцінці результатів дослідження встановили, що у стані спокою, тобто до початку уроків фізичної культури у обстежених учнів такі показники: рожевий дермографізм виявлено у 7 (35,0%) ліцеїстів, червоний дермографізм – у 8 (40,0%) ліцеїстів, білий дермографізм – у 5 (25,0%) ліцеїстів. Отже, більшість складала учні з ваготонією, більше 1/3 – учні з ейтонією та 1/4 - учні з симпатикотонією. Не було виявлено суттєвих відмінностей між представниками обох статей. По закінченні уроків фізичної культури (після виконання фізичних навантажень) показники суттєво змінилися: рожевий дермографізм виявлено у 14 (70%) ліцеїстів, червоний дермографізм – у 3 (15%) та білий дермографізм – у 3 (15%) ліцеїстів. Таким чином, фізичні навантаження, які учні виконували на уроці фізичної культури сприяли нормалізації тонуcу відділів ВНС у більшості обстежених підлітків, оскільки поява червоного дермографізму свідчить про ейтонію у 70% ліцеїстів, тоді як частка осіб з ваготонією та симпатикотонією суттєво зменшилась до 15%.

Висновки. Результати нашого дослідження показали, що застосування простого методу дермографізму у підлітків дозволяє провести скринінгову оцінку стану симпатичної та парасимпатичної ланок вегетативної регуляції фізіологічних функцій організму. Методика дає змогу визначити реактивність нейросудинних утворень шкіри, зокрема, рефлекторної реакції стінки судин у відповідь на її механічне подразнення та встановити наявність порушень вегетативного тонуcу. Порівнюючи отримані показники ліцеїстів у стані спокою та після виконання фізичних навантажень, робимо висновок, що фізична активність сприяє нормалізації вегетативного статусу організму, та покращує адаптаційні реакції організму підлітків.

Література:

1. Вегетативні дисфункції у дітей : навчальний посібник / В. Г. Майданник, О. І. Сміян, Т. П. Бинда, Н. О. Савельєва-Кулик. Суми: Сумський державний університет, 2014. 186 с.
2. Мелега К.П. Основи спортивної медицини: навчальний посібник. Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2023. 300 с.
3. Основи спортивної медицини: підручник для студентів і лікарів / за заг. ред. В.М. Сокрута. Донецьк: «Каштан», 2013. 472 с.

4. Яремко Є.О., Вовканич Л.С. Фізіологія фізичного виховання і спорту: навч. посібник для практичних занять. Л.: ЛДУФК, 2014. 192 с.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ З НАСЛІДКАМИ ОСТЕОХОНДРОЗУ ШИЙНО-ГРУДНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Олександр ЗВІРЯКА,
*кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент
Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка*
Вадим ВОДА
*фізичний терапевт реабілітаційного відділення
КНП СОР «Сумський обласний клінічний госпіталь ветеранів війни»*
Катерина БОНДАРЕНКО,
студентка 3 курсу спеціальності Фізична терапія, ерготерапія

Актуальність проблеми. Назріла гостра необхідність пошуку ефективних способів застосування фізичної терапії / ерготерапії для військовослужбовців після їх перебування в зонах військового конфлікту. Значні фізичні та психоемоційні навантаження провокують розвиток різних захворювань бійця, особливо опорно-рухового апарату. Генетичний етіопатогенетичним чинник розвитку остеохондрозу обумовлений особливостями розвитку сполучної тканини та патологічними руховими стереотипами. При цьому значні фізичні перевантаження, амуніція додатково підкріплюються краніовертебральними «хлистоподібними» травмами, розладами живлення мікроелементами та стресогенністю [4, 5].

Мета дослідження – проаналізувати та узагальнити сучасні науково-методичні відомості, досвід провідних науковців щодо проблеми фізичної терапії осіб з наслідками остеохондрозу шийно-грудного відділу хребта.

Аналіз наукових досліджень та публікацій. Реабілітація військовослужбовців із неврологічними синдромами остеохондрозу включає хірургічне та консервативне лікування. Оперативне лікування використовується при симптомах компресії спинного мозку, зумовлених дискогенною мієлопатією. Консервативне лікування при цьому, як правило, малоефективне. У всіх інших випадках у зв'язку з небезпекою травмування спинного мозку і корінців показання до хірургічного лікування досить обмежені. Основні з них - відсутність результатів чи короткочасний ефект від консервативного лікування, тривалий інтенсивний біль, часті загострення, які призводять до втрати

працездатності. При цьому переважна більшість лікарів рекомендують призначати протизапальні, десенсибілізуючі, спазмолітичні, дегідратаційні, знеболюючі, гангліоблокуючі, засоби для зняття болю при м'язових спазмах. У хворих з неврологічними проявами остеохондрозу хребта в якості глибокої паравертебральної блокади. Однак, знеболюючий ефект нестійкий, тому кращі результати можна отримати за допомогою епідуральної інвазії [4].

Найбільш розповсюдженими методами лікування шийно-грудного остеохондрозу на теперішній час є ортопедичні засоби, що включають вертикальне витягування, розвантаження хребта з подальшою його мобілізацією, а також фізіотерапевтичні процедури та терапевтичні вправи [1,4].

Більшість засобів по-різному впливають на патогенез захворювання і на саногенетичні механізми, їх застосування залежить від поставленого завдання і визначається клінічними проявами захворювання, його тяжкістю, періодом, наявністю супутніх захворювань і особливостями окремого пацієнта. Основним завданням реабілітації під час госпіталізації: розвантаження ураженої ділянки; усунення застійних явищ, набряку та ішемії в уражених тканинах; вплив на рефлекторні патологічні синдроми, зумовлені захворюваннями хребта [6].

Ефективне застосування постуральної терапії допомагає запобігти надмірним рухам ураженої ділянки. При шийному остеохондрозі голову необхідно покласти на невелику м'яку подушку, а під шию підкласти спеціальний валик. Не рекомендується тривалий час перебувати у вихідному положенні згинання / розгинання у шийному відділі хребта [4].

Імобілізація ураженої ділянки при шийному остеохондрозі полягає у застосуванні м'якого комірця для розвантаження шийного відділу хребта (комірець Шанца) або напівжорсткий комір, які можна носити до 6 місяців і навіть року. Необхідно пам'ятати, що тривала імобілізація призводить до зменшення сили та витривалості «м'язового корсета» [4].

У міру поліпшення стану пацієнта лікар може призначити витягування (тракцію), щоб зняти навантаження на уражений сегмент. Витягування шийного відділу хребта частіше виконують за допомогою петлі Гліссона [4].

Переважає більшість фахівців при появі ознак поліпшення стану хворого проводять мануальну терапію. Комплексна мануальна терапія включає наступні методи: спеціальні види масажу, мобілізацію за допомогою пасивних рухів, тракцію, ізометричну релаксацію, поштовхові або тягові маніпуляції [1-4].

Масаж проводиться після зменшення вираженості процесу запалення. При остеохондрозі шийного відділу хребта призначають масаж комірцевої зони і верхніх кінцівок [4, 6].

Після стихання гострих проявів захворювання застосовують кінезіотерапію у повільному темпі, амплітуда неповна, тривалість 10-15 хвилин. У гострому періоді вправи виконуються переважно з положення, що розвантажує хребет. При виконанні фізичних вправ недоцільно виконувати їх у вихідних положеннях, які створюють осьове навантаження на хребет, збільшують інтенсивність фізичного навантаження та сприяють рухам ротації хребта. Також автори рекомендують при шийно-грудному остеохондрозі у період застосування засобів кінезіотерапії обмежити працю зі значними фізичними навантаженнями, перенесення / підняття вантажів, тривала ходьба, незручні положення тулуба (особливо напівзігнуті), часте чергування згинань і розгинань та перебування при несприятливих погодних умовах (холод, дощ, пронизливий вітер) [1-4, 6].

Висновки. За сучасними дослідженнями в системі відновлення здоров'я хворих із остеохондрозом шийно-грудного відділу хребта важливу роль відіграє фізична терапія та додаткові її комплементарні засоби. Процес реабілітації військовослужбовців із наслідками вертеброгенної патології хребта полягає у комплексному підході, що включає медикаментозну терапію, кінезіотерапію, постізометричну релаксацію та мануальні маніпуляції. Переважна більшість реабілітаційних засобів мають різноманітний вплив на патогенетичні механізми вертебрологічної патології їх використання залежить від завдань і зумовлене клінічними проявами, тяжкістю, періодом та індивідуальними особливостями військового.

Література:

1. Богдановська Н, Кальонова І. Комплексна реабілітація хворих із грижами міжхребцевих дисків із застосуванням ізометричних навантажень. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : збірник наукових праць. 2012;3(19):276-9.
2. Жарова І. Обґрунтування використання засобів фізичної реабілітації в осіб із гіпертонічною хворобою та шийно-грудним остеохондрозом. Молода спортивна наука України. – Львів, 2011. – Вип. 15. – Т. 3. – С. 126–130.
3. Кормильцев В, Лазарева Е. Применение функционального тренинга в физической реабилитации лиц с вертеброгенной патологией. Фізичне

виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: зб. Наук. пр. 2012;3(19): 291-4.

4. Котелевський ВІ. Превентивна фізична реабілітація вертебральної патології: [монографія]. Суми : Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка; 2017. 682 с.

5. Психологічне забезпечення у збройних силах зарубіжних країн : навч. посіб. / кол. авт. К. : НУОУ ім. Івана Черняховського, 2017. 132 с.

6. Саїнчук А. Вплив комплексної диференційованої програми фізичної реабілітації на якість життя та больовий синдром пацієнтів із шийно-грудним остеохондрозом та гіпертонічною хворобою. Молодіж. наук. вісник Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Л. Українки. Сер. : Фіз. Виховання і спорт : зб. наук. пр. – Луцьк, 2016. – Вип. 21. – С. 115–120.

ОСОБЛИВОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ І ПРОВЕДЕННЯ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ З РІЗНИХ ВИДІВ МАСАЖУ В ОН-ЛАЙН РЕЖИМІ

Павло ЄФІМЕНКО,
*кандидат педагогічних наук, професор,
професор кафедри фізичної терапії*

Оксана КАНІЩЕВА,
*кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент,
доцент кафедри фізичної терапії,
Харківська державна академія фізичної культури, Харків, Україна*

Постановка актуальності проблеми. Буде зайвим ствердження про велике значення масажу у житті людини: для збереження і покращення загального стану організму, відновлення її здоров'я після травм і певних захворювань, сприяння спортивним досягненням, тощо. До певного часу викладання масажу як обов'язкової академічної дисципліни у вищих навчальних закладах відбувалось тільки в профільних навчальних установах з фізичної культури і спорту. Його програма була розрахована на розширення рівня підготовки майбутніх тренерів і спрямована на застосування цієї процедури виключно в спортивних установах, хоча і вміщувала розділ «Масаж при травмах і деяких захворювання спортсменів».

У цьому напрямі в Україні було захищено дві дисертаційні роботи: Єфіменка П.Б., «Педагогічні умови багаторівневої підготовки майбутніх

фахівців з фізичної культури», Харків, 2003 рік, де захищалась методика викладання дисциплін з масажу у вищих навчальних закладах; Руденко Р.Є. «Вплив відновного масажу на спеціальну працездатність кваліфікованих борців та важкоатлетів у передзмагальному мезоциклі», Львів, 2006 рік.

З моменту відкриття в цих закладах фаху «Фізична реабілітація», об'єм навчального матеріалу було значно збільшено, що вимагало розділити і тематику на окремі навчальні дисципліни: «Основи масажу», «Спортивний масаж», «Лікувальний масаж».

На сьогоднішній час лікувальний і спортивний масаж, як навчальну фахову дисципліну, викладають в усіх вищих навчальних закладах освіти, які відкрили фах «Терапія і реабілітація» та «Фізкультурно-спортивна реабілітація». Серед них є медичні і навіть технічні заклади освіти, які не мають достатнього досвіду викладання масажу, як навчального предмету. Відповідно це пред'являє великі вимоги до тих хто його викладає не тільки в удосконаленні теоретичного і практичного володіння цими дисциплінами, але й у покращенні уміння їх донести до студентів.

Зростаючий інтерес до цієї процедури сприяв постійному удосконаленню його методів, приватних методик різних видів масажу, умінню їх викладати майбутнім реабілітологам і тренерам. Але все це було розраховано на безпосередній контакт викладача зі студентами на лекціях і практичних заняттях у спеціально обладнаних навчальних аудиторіях.

З раптовою появою пандемії коронавірусу Covid 19, коли в країні було об'явлено тривалий карантин, усі навчальні заклади перейшли на дистанційну форму навчання. І тут виникло питання про перебудову навчального процесу з масажу відповідно до нових умов. Значного досвіду поза аудиторного викладання подібних практичних дисциплін ні хто не мав. Були окремі роз'яснення стосовно організації дистанційного навчання, але воно передбачало «отримання освітніх послуг без відвідування вищого навчального закладу, за допомогою сучасних інформаційно-освітніх технологій і систем телекомунікації» [4]. Навіть планувалось замінити ним заочне навчання [5].

Зрозуміло, що навчання практичним навичкам проведення масажної процедури в таких умовах виглядає не природно. Тому у 2020 році нами було розроблено рекомендації з організації дистанційного навчання зі спортивного і лікувального видів масажу. Для цього було запропоновано здійснювати навчальний процес за допомогою комунікативної програми «Viber». Проводилось: відео консультації, листування, перегляд навчальних відео треків.

Але на той момент, коли розроблялись ці рекомендації, базові практичні навички з опанування технікою масажних прийомів студенти вже встигли отримати до об'яви карантину. І тоді достатньо було пояснень стосовно вибору і дозування необхідних прийомів, локалізації їх проведення відносно стану масажованої людини, тобто виявлення приватної методики процедури [1].

З моменту початку масштабної російської агресії, в Україні виникла ситуація коли необхідно було вдосконалювати навчальний процес з практичного опанування різними видами масажу с першого по заключне заняття знаходячись поза меж навчальних аудиторій.

Метою нашої роботи була розробка найбільш ефективних рекомендації з організації навчання різних дисциплін з масажу в режимі «он-лайн».

Завданням роботи було:

1. Узагальнити існуючий досвід роботи в цьому напрямку.
2. Визначити і впровадити у навчальний процес сучасний засіб проведення практичних занять з масажу у максимально наближених умовах до навчальних аудиторій.

Виклад основного матеріалу. Для проведення академічний занять з різних видів масажу нами було обрано додаток Google Meet, який повністю відповідав умовам проведення практичних занять. Стосовно читання лекцій, то можливості даного додатку дозволяли їх проводити на найвищому рівні з поточною демонстрацією презентації, відео треків, окремих малюнків, тощо.

Для забезпечення принципу наочності на практичних заняттях з масажу нами було доукомплектовано комп'ютер виносною відеокамерою зі штативом і можливістю встановлення на нього смартфона. Практичні заняття з опанування технікою масажних прийомів починались з демонстрації навчального треку відповідно теми поточного заняття: погладжування, вижимання, розтирання, розминання, допоміжні прийоми. Ці треки було записано згідно робочої програми, тривалістю від 20 до 30 хвилин залежно від прийому, що вивчається.

Практичні відпрацьовування масажних прийомів на усьому тілі, крім спини і комірцевої зони, проводилось у формі самомасажу у різних вихідних положеннях. Опрацьовування спини та комірцевої зони проводилось на фонтомі, в якості якого використовували подушку або згорнуту ковдру. Для наочності викладач розташовувався перед камерою або смартфоном і демонструючи кожний різновид прийому на собі, коментував свої дії. В цей час студенти повторювали усе на собі. Контроль за правильним виконанням

завдання, здійснювався через відео камери їх смартфонів, що давало можливість контролювати правильність дій і робити поточні зауваження.

Практичні заняття з проведення масажу окремих ділянок тіла проводились у формі рольової гри. Тобто ділянки тіла з одного боку масажувались у супроводі демонстрації і поточного коментаря викладача, а з протилежного – самостійно [2;3]. Заключне заняття з загального масажу, студенти проводили самостійно в ролі масажиста, але всі за однаковою послідовністю. Контроль за виконанням завдання і підсумкове оцінювання здійснювалось за допомогою двостороннього відео зв'язку.

Практичні заняття зі спортивного або лікувального масажу проводились в формі ділової гри. Тобто відповідно до теми поточного заняття оголошувалась умовна ситуація в межах якої було встановлено алгоритм дій проведення самої масажної процедури. З урахуванням умовного стану масажованої людини, визначались: завдання процедури, локалізація і дозування прийомів. Визначивши таким чином приватну методику масажу, студенти самостійно її опрацьовували її на собі.

З метою забезпечення навчального процесу з масажу, а також для самостійної роботи студентів у Google Classroom, було розміщено відповідні електронні навчальні посібники за усіма темами робочих програм з масажу. На відеохостингу You Tube розміщено записані треки з техніки масажних прийомів. Додатково там було розміщено записи з екрану деяких лекційних і практичних занять зроблених за допомогою програми Screen Recorder.

Усім наочним і методичним матеріалом студенти користувались через посилання, які виставлялись у відповідних групах комунікативних програм «Viber» і «Telegram».

Висновки:

1. Самомасаж з успіхом застосовувався у навчальному процесі з опанування різними видами масажу як повноцінна заміна традиційного навчання на іншій людині. При цьому той, хто навчається відразу відчуває на собі певні помилки.

2. Обов'язковою умовою проведення навчального процесу з масажу в режимі он-лайн є забезпечення якісної наочності:

- двосторонній відео зв'язок;
- відео та фото матеріали, які відповідають робочим програмам кожної дисципліни з масажу;

- вміння професійної демонстрації викладачем техніки масажних прийомів.

Література:

1. Єфіменко П.Б., Пустолойт Б.А., Каніщева О.П. Особливості організації тимчасового дистанційного навчання з дисциплін різних видів масажу. Актуальні питання сучасного масажу : зб. статей XI Міжнар. наук-практ. конф., Харків. ХДАФК, 2020. С. 29-38.

2. Єфіменко П.Б. Інноваційний підхід до навчального процесу при вивченні лікувального масажу майбутніми реабілітологами. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія № 15. 2015. - Випуск 3К2 (57)15. - С. 123-126. URI: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_015_2015_3%282%29_41

3. Єфіменко П.Б, Розвиток професійної компетентності студентів вищих навчальних закладів фізичного виховання і спорту на практичних заняттях зі спортивного масажу. Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Випуск 3К (45)2014. С. 72-28. URL: <http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/5418>

4. <https://vseosvita.ua/library/embed/0010h3-5438.doc.html>

5. https://osvita.ua/vnz/90312/#google_vignette

БАР'ЄРИ, ЯКІ ОБМЕЖУЮТЬ ФІЗИЧНУ АКТИВНІСТЬ ДІТЕЙ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Наталія ІВАСИК,
*к.н. фіз.вих., доцент, в.о.завідувача кафедри реабілітації та здоров'я людини,
Львівський національний університет ветеринарної медицини
та біотехнологій імені С.З. Гжицького*

Постановка проблеми та аналіз наукових досліджень. Астма є поширеним хронічним респіраторним захворюванням, яким страждає близько 300 мільйонів людей у всьому світі [3]. Clark V.L. et al. (2021) вказують на те, що поетапне медикаментозне лікування є базовою лінією терапії астми, що однак не зменшує тягар захворювання навіть при оптимальному фармакотерапевтичному лікуванні, що негативно впливає на участь у повсякденній діяльності та якості життя [5]. Alvar A. et al. (2016), McDonald VM. et al. (2019) запропонували персоналізовану модель догляду за людьми з обструктивними захворюваннями дихальних шляхів, де акцентували увагу на виявленні та лікуванні клінічно значущих ознак для кожної людини з метою покращення результатів лікування

[4,12]. Freitas P.D. et al. (2021) визначили, що відсутність фізичної активності та сидячий спосіб життя є тими ознаками, через які можна покращувати ефективність лікування осіб з астмою [7].

Відомо, що фізична активність необхідна для нормального росту та розвитку дітей і підлітків. Вона забезпечує умови нормального фізичного та психологічного розвитку дитини, профілактики патологічних процесів [1]. У Глобальній стратегії щодо харчування, фізичної активності та здоров'я ВООЗ наголошується на забезпеченні кожної людини фізичною активністю, яка буде адекватною її рівню впродовж усього життя. Доведено, що 60 хвилин фізичної активності на день покращують здоров'я серцево-судинної системи та опорно-рухового апарату дитини, підвищують її впевненість у собі та сприяють розвитку нових соціальних і рухових навичок [13]. Це може сприяти зменшенню гіподинамії та сприяти запобіганню надлишкової ваги та ожирінню. За даними Longmire PE et al. (2014), такий підхід сприяє теперішньому та майбутньому здоров'ю та благополуччю, закріплюючи звички здорової поведінки та знижуючи ризик хронічних захворювань у майбутньому [11]. Wu Xinggui et al. (2020), Jiang Jing et al. (2022) вказують на те, що фізична активність може покращити аеробну та анаеробну підготовленість дитини з астмою [8, 15]. Фізична активність також може сприяти зменшенню кількості пропусків щодо відвідувань школи через хворобу. Urroz Guerrero P.D. et al. (2023) наголошують на тому, що відсутність фізичної активності та сидяча поведінка — це дві окремі конструкції (можна бути неактивним, але не сидячим, або активним і сидячим), що вимагає різних підходів до втручання [14]. Відсутність фізичної активності означає недотримання рекомендованої кількості помірної та інтенсивної фізичної активності.

За даними ICF, астма може впливати на участь дитини у таких сферах, як спорт, шкільна діяльність, соціальний вплив та якість життя [15]. Тому метою дослідження було визначити бар'єри, які обмежують фізичну активність дітей з бронхіальною астмою, що у свою чергу обмежує їх діяльність та участь

Результати дослідження. У своїх дослідженнях Urroz Guerrero P.D. et al. (2023), зробили висновок, що зниження фізичної активності у людей з астмою пов'язані із основним захворюванням та загальним станом здоров'я, браком знань про фізичні вправи, самоконтроль і переваги фізичної активності, соціальні та поведінкові фактори фізичної активності. Бар'єрами, за даними їхніх досліджень, є легенева функція, контроль астми та задишка на додаток до факторів, пов'язаних зі здоров'ям та психосоціальними факторами. Автори

дослідження звертають увагу на те, що доказів для надання рекомендацій щодо оптимізації сидячого способу життя при астмі є недостатньо, однак через відомі шкідливі наслідки сидячого способу життя для здоров'я людям з астмою, вони вважають, що слід приділити увагу даному питанню [14].

Kornblit A. et al. (2018) дійшли висновку, що на зниження фізичної активності дітей з бронхіальною астмою впливає складний набір взаємопов'язаних бар'єрів на міжособистісному та громадському рівнях. Через багатовимірну природу проблеми, яку у їхньому дослідженні визначили батьки, автори дослідження вважають, що бар'єром є сприйняття фізичної активності самою дитиною (особистісні фактори), підтримка батьків, шкільне середовище та заклади, які надають первинну медичну допомогу [10].

Freeman A. et al. (2020) у своїх дослідженнях виявили, що перешкода до фізичної активності, яка сприймається пацієнтом з бронхіальною астмою, більше пов'язана з тягарем симптомів і психологічним чинником, ніж з конкретними показниками тяжкості захворювання [6].

Kahwash B. et al. (2021) виявили, що незважаючи на відомі переваги фізичних вправ для хворих на астму, залишаються прогалини в знаннях лікарів щодо рекомендацій до фізичної активності та консультаційної поведінки [9].

Ми у своїх дослідженнях також виявили, що часто причиною обмеження фізичної активності дітей з бронхіальною астмою є страх батьків через необізнаність щодо впливу фізичних вправ на організм дитини з бронхіальною астмою, методів контролю та корекції на заняттях з фізичної активності, недостатній рівень знань вчителями з фізичної культури щодо проведення уроків з дітьми, які мають бронхіальну астму, відсутність рекомендацій лікарів первинної ланки щодо консультації у фізичного терапевта, особистісні фактори дитини щодо сприйняття фізичної активності [2].

Висновок. Незважаючи на країну проживання, бар'єрами щодо фізичної активності у дітей з бронхіальною астмою виступають практично одні і ті ж чинники, пов'язані із особистісними факторами (внаслідок впливу клінічного перебігу захворювання та психологічного чинника) та зовнішні фактори (пов'язані з підтримкою батьків та громадськістю).

Література:

1. Васи́лега П. А. Особливості рухової активності дітей молодшого шкільного віку у період поширення гострих респіраторних вірусних інфекцій. Актуальні проблеми сучасної медицини. 2022. Том. 22, № 3–4. С. 216–219

2. Івасик, Н.О. Характеристика захворюваності та функціонального стану дітей, хворих на бронхіальну астму. *Physical Education Theory and Methodology*. 2014. № 1. С. 49–50.
3. Федосєєва О.С. Прогностична та клініко-діагностична значимість взаємодії генетичних та середовищних факторів в реалізації бронхіальної астми у дітей: дис... доктора філософії: 228. Запоріжжя, 2020. 167 с.
4. Alvar A., Elisabeth B., Mike T. et al. Treatable traits: Toward precision medicine of chronic airway diseases. *Eur. Respir. J.* 2016. № 47. P. 410.
5. Clark V.L., Gibson P.G., McDonald V.M. The Patients' Experience of Severe Asthma Add-On Pharmacotherapies: A Qualitative Descriptive Study. *J. Asthma Allergy*. 2021. №14. P. 245–258.
6. Freeman A. Hill D. Newell C. Patient perceived barriers to exercise and their clinical associations in difficult asthma. *Asthma Research and Practice*. 2020. № 6. 10.1186/s40733-020-00058-6.
7. Freitas P.D., Xavier R.F., McDonald V.M. et al. Identification of asthma phenotypes based on extrapulmonary treatable traits. *Eur. Respir. J.* 2021. № 57. P. 2000240.
8. Jing J., Dong Z., Yapan H. et al. Effects of exercise-based pulmonary rehabilitation on children with asthma : a systematic review and network meta-analysis. 2022. 10.22541/au.165540618.89725570/v1
9. Kahwash B., Gregory K., Sharp L., Nyenhuis S. A national survey of asthma specialist perspectives on physical activity in asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2021. № 147. AB41
10. Kornblit A., Cain A., Bauman L.J. et al. Parental Perspectives of Barriers to Physical Activity in Urban Schoolchildren With Asthma. *Acad Pediatr*. 2018. № 18(3). P. 310-316.
11. Longmuir P.E., Colley R.C., Wherley V.A., Tremblay M.S. Canadian society for exercise physiology position stand: benefit and risk for promoting childhood physical activity. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*. 2014. № 39(15). P. 1271-9.
12. McDonald V.M., Fingleton J., Agusti A. et al. Treatable traits: A new paradigm for 21st century management of chronic airway diseases: Treatable Traits Down Under International Workshop report. *Eur. Respir. J.* 2019. № 53. P. 1802058
13. Physical activity // WHO: веб-сайт URL: <https://cutt.ly/AWBmkNI>

14. Urroz Guerrero P.D., Oliveira J.M., Lewthwaite H. et al. Key Considerations When Addressing Physical Inactivity and Sedentary Behaviour in People with Asthma. J Clin Med. 2023. № 12(18). P.5998.
15. Van Gent R, Van Essen-Zandvliet EEM, Klijn P. et al. Participation in daily life of children with asthma. Journal of Asthma 2008. № 45(9). P. 807-13
16. Wu Xinggui, Gao Shiyuan, Lian Yixin. Effects of continuous aerobic exercise on lung function and quality of life with asthma: A systematic review and meta-analysis. Journal of Thoracic Disease. 2020. № 12. P. 4781-4795.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ МОТИВАЦІЇ СТУДЕНТІВ ВИЩИХ ЗАКЛАДІВ ОСВІТИ ДО ЗАНЯТЬ З ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

Світлана КАРА,
*кандидатка педагогічних наук, доцентка кафедри біології,
здоров'я людини та фізичної реабілітації,
Бердянський державний педагогічний університет, м. Запоріжжя, Україна*

Актуальність проблеми. На сучасному етапі, в умовах змін, що відбуваються в країні (політичних, економічних, соціальних) відбувається зниження мотиваційних інтересів до занять фізичними вправами. Зменшується кількість молоді, яка займається різними видами фізкультурно-оздоровчих занять і занять спортом.

Одним із шляхів підвищення фізкультурно-оздоровчої діяльності студентів є формування позитивної мотивації до занять фізичними вправами.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Окремі аспекти вирішення зазначеної проблеми знайшли відображення в багатьох дослідженнях: питання мотивації людської діяльності розглядали вітчизняні й зарубіжні психологи С. Занюк, Є. Ільїн, О. Леонт'єв, А. Маслоу та ін.; теоретико-методичні засади фізичного виховання вивчали Е. Вільчковський, Л. Волков, О. Дубогай, Т. Круцевич, О. Куц, Л. Пилипей та ін.; мотивацію студентів до занять різними видами спорту досліджували О. Марченко, Н. Підбуцька, В. Цибульська та ін.

Мета роботи: проаналізувати особливості формування мотивації студентів вищих закладів освіти до занять з фізичного виховання.

Виклад основного матеріалу. На думку науковців [1, 4], втрата інтересу студентів до занять із фізичного виховання може бути зумовлена недосконалістю процесу організації фізичного виховання, який

характеризується уніфікованим підходом до групи студентів, а не до конкретного студента з його індивідуальними особливостями.

Низький рівень мотиваційних установок на здоровий спосіб життя у молоді і несформованість потреби до занять фізичною культурою, безумовно викликані слабкою організацією фізкультурно-оздоровчої та спортивної роботи. Велике значення, у зв'язку з цим, набуває пошук нових організаційних форм і методів, які дозволяють більш результативно здійснювати вплив на мотивацію до рухової активності. Чим активніші форми і методи навчання, тим легше зацікавити студентську молодь.

Розуміння студентами соціальної значущості процесу фізичного виховання викликає в них інтерес і потребу, що, в свою чергу, переходить в мотив до фізкультурно-оздоровчої діяльності.

Ефективність фізичного виховання значно підвищиться, якщо буде розроблений алгоритм залучення студентської молоді до регулярних занять фізичною культурою і спортом. Важливо визначити: що необхідно зробити, щоб сформувати на різних етапах становлення людини потребу постійно займатися фізичними вправами і спортом.

Поряд із вдосконаленням організаційних форм і методів занять фізичною культурою, вирішальне значення мають самостійні заняття фізичними вправами. Самостійні заняття можуть проводитися в будь-яких умовах, в різний час і включати завдання викладача, тренера або проводитися за самостійно складеною програмою, індивідуальним планом.

Головною метою занять фізичної культури, що проводяться у вищих закладах освіти є формування фізичної культури особистості, підготовка до професійної діяльності, збереження і зміцнення здоров'я. Для цього необхідне прагнення до оволодіння системою певних умінь і навичок, що забезпечать збереження і зміцнення здоров'я, психологічне благополуччя, розвиток здібностей, фізичних якостей і властивостей особистості. Саме регулярні заняття фізичною культурою і спортом дозволять забезпечити досягнення необхідного рівня розвитку фізичних якостей, формування певного рівня тренуваності. Цього можна домогтися тільки тоді, коли викладач спрямує свою діяльність на формування у студентів здоров'язберігаючих компонентів, головний серед яких – мотивація до занять фізичною культурою і спортом. Для цього необхідно враховувати інтереси студентів, виявляти найбільш бажані ними види рухової активності, за допомогою ефективних засобів і методів фізичного виховання виробити у студентів інтерес до занять.

Студентам складно самим себе мотивувати на рухову активність та спорт. Для цього потрібна якісна освіта, сучасний педагог. Переважна більшість дослідників вбачає формування мотивації студентів до занять фізичним вихованням в умінні зацікавити їх, продемонструвати позитивний вплив фізичних вправ на організм, переконати у можливості досягти успіху в процесі фізичного самовдосконалення. Безумовно, у цьому процесі важливу роль відіграє особистий приклад і педагогічна майстерність викладача, зокрема, його вміння зацікавити, визначитись із вибором ефективних методів навчання відповідно до потреб студентів і їхньої мети, що сприятимуть задоволеності студентів цими заняттями й спонукатимуть їх до фізичного виховання на регулярній основі [5].

Ставлення студентів до фізичного виховання можна покращити за умов розвитку матеріально-технічної бази, вдосконалення спрямованості освітнього процесу і змісту занять, підвищення емоційного рівня занять тощо.

Важливою умовою виникнення інтересу до навчально-тренувальної діяльності, на думку Є. Котова [3], є подолання труднощів. Однак складність навчального матеріалу призводить до підвищення інтересу лише тоді, коли вона помірна і її можна подолати. В протилежному випадку інтерес швидко зникає.

Поряд із цим, слід зазначити, що ефективність формування мотивації в процесі фізичного виховання буде вищою при застосуванні диференційованого та індивідуального підходів. Така необхідність зростає у зв'язку з різним рівнем здоров'я, мотивами та рівнем фізичної підготовленості студентів.

Інтерес до занять з фізичного виховання можна підвищити шляхом застосовування таких видів рухової активності, які користуються великою популярністю серед студентської молоді; організації спортивних секцій за інтересами студентів (волейбол, баскетбол, настільний теніс, легка атлетика, фітнес, атлетична гімнастика); проведення фізкультурно-оздоровчих заходів тощо.

Висновки. Ефективність організації освітнього процесу з фізичного виховання можлива за умови врахування головних спонукальних мотивів, які визначають діяльність студента і, як результат, процес формування його мотивації до рухової активності [2]. Передбачаємо, що розробка та реалізація відповідних педагогічних умов, організаційних форм, матеріально-технічних можливостей провадження освітнього процесу у вищому закладі освіти, дозволить забезпечити ефективне формування мотивації студентів до фізичного виховання.

Література:

1. Волков В. Л. Розвиток фізичних здібностей студентів у системі фізичної підготовки: монографія. Київ, 2011. 420 с.
2. Кара С. І., Расторгуєва І. С. Мотивація студентів до занять з фізичного виховання як психолого-педагогічна проблема / Серія: Педагогічні науки. Вип.1. Бердянськ : БДПУ, 2023. С. 256-263.
3. Котов Є. О. Рівень інтересу студентів до фізичного виховання і спорту // *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*. Т. 1. Луцьк, 2005. С. 250-253.
4. Корягін В. М., Блавт О. З. Фізичне виховання студентів у спеціальних медичних групах : навч. посіб. Львів, 2013. 488 с.
5. Мирошніченко В. О. Формування мотивації студентів до фізичного виховання у освітньому процесі аграрних закладів вищої освіти. Дис. на здобуття ст. д-ра філософії. Національний університет біоресурсів і природокористування України. Київ, 2021.

ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ЗАСОБІВ КІНЕЗІОТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСІ ЗАХОДІВ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Вікторія КІШ,
викладач кафедри основ медицини

Ксенія МЕЛЕГА,
*кандидат медичних наук, доцент,
завідувачка кафедри основ медицини,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

Постановка актуальності проблеми. У всьому світі проблема БА залишається серйозною і привертає увагу провідних фахівців. За останні 20 років відзначене повсюдне збільшення поширеності як серед дорослих, так і серед дітей [1, 3]. На сучасному етапі спостерігається невинне зростання захворюваності, що мотивовано забрудненням довкілля, збільшенням алергізації населення, генетичними факторами. Усе це дозволяє вважати БА важливою соціально-медичною проблемою й вимагає удосконалення діагностики, розробки й впровадження комплексних програм профілактики, лікування та реабілітації [4 - 6]. Важливе місце у лікуванні і реабілітації хворих

на БА займає фізична терапія, яка включає кінезіотерапію (КТ) або лікувальну фізкультуру (ЛФК), масаж, фізіотерапію, спелеотерапію, галоаерозольтерапію [10].

Аналіз наукових досліджень, на які опирається автор. Як відомо, БА – захворювання, що характеризується періодичними нападами ядухи, експіраторною задишкою, кашлем з виділенням мокротиння тощо [1, 3]. У хворих на БА спостерігаються найбільш виражені зміни у вигляді локального або регіонального гіпертонусу м'язів, що мають загальну сегментарну іннервацію з легенями (сегментарні м'язи): м'язи плечового поясу, спини, хребта. При напруженні цих м'язів порушуються рухи ребер і всієї грудної клітини, а також змінюється положення голови і плечового пояса. При цьому надпліччя зміщуються вгору, часто збільшується грудний кіфоз, з'являється шийний гіперлордоз. У хворих на БА спостерігаються зміни не тільки в сегментарних м'язах, але і у інших скелетних м'язах: попереку, м'язах-згиначах гомілки, великому сідничному м'язі, м'язах стегна [7, 8]. Наявність численних клініко-функціональних порушень різних органів та систем організму у хворих на БА обґрунтовує необхідність раннього і комплексного застосування засобів фізичної терапії у даної категорії пацієнтів. Сучасні підходи до вирішення проблем лікування та реабілітації хворих на БА висвітлювали у своїх працях І. М. Григус, В. В. Клапчук, Н. В. Марюхніч, Т. Ю. Фоменко, І.С. Лемко, С.Г. Мироненко, М. В. Пархоменко та інші.

Мета дослідження - обґрунтувати особливості застосування засобів кінезіотерапії в комплексі заходів фізичної терапії у хворих на бронхіальну астму.

Виклад основного матеріалу. Фізичну терапію при БА доцільно призначати на лікарняному та на післялікарняному етапі реабілітації, при цьому кінезіотерапія з застосуванням терапевтичних фізичних вправ відіграє провідну роль. З урахуванням даних анамнезу, важкості перебігу та порушення ФЗД у хворих на БА за допомогою КТ вирішують такі завдання як [8, 10]: нормалізація тонуусу ЦНС (ліквідація застійного патологічного осередку збудження) і зниження загальної напруженості; ліквідація патологічних кортико-вісцеральних рефлексів і відновлення стереотипу регуляції дихання; ліквідація або зменшення спазму бронхів і бронхіол, зниження тонуусу інспіраторних м'язів; відновлення функції дихальної системи шляхом навчання хворих регулювати своє дихання і розвитку навички ритмічного дихання з переважним тренуванням видиху; зміцнення дихальної мускулатури, збільшення рухливості

діафрагми та грудної клітки; навчання довільному м'язовому розслабленню; активізація трофічних процесів і запобігання розвитку емфіземи легень; запобігання змінам та усунення порушень функцій різних органів і систем, утягнутих у патологічний процес; підвищення загальної опірності організму до впливу зовнішнього середовища. КТ необхідно призначати у період між нападами при задовільному стані хворого.

Важливу роль у стабілізації стану пацієнта відіграє раннє призначення засобів фізичної терапії, зокрема КТ, в умовах стаціонарного лікування, курс якого поділяють на 2 періоди: I – щадний (ввідний), II – функціональний (основний). КТ протипоказана: при астматичному статусі, при декомпенсованій дихальній та серцевій недостатності [7 - 9]. Основні завдання КТ у I період: навчання поведінки під час нападу і вольової регуляції дихання (ВРД), поліпшення прохідності дихальних шляхів і вентиляції нижніх відділів легенів; розслаблення напружених м'язів; поліпшення діяльності ССС і зменшення емоційної напруги [8, 10].

Ефективність виконання поставлених завдань багато в чому залежить від активної позиції хворого в лікувальному процесі. Заняття КТ є потужним психотерапевтичним фактором. З їх допомогою пацієнта залучають до активної участі в лікуванні, вселяють у нього впевненість у можливість допомогти самому собі, вони вчать хворого, як поводитися під час нападу ядухи, як попередити його, і полегшити стан, приймаючи ліки в менших, ніж звичайно, дозах або навіть обходячись без них [5, 8].

Застосовують лікувальну гімнастику (ЛГ) і ранкову гігієнічну гімнастику (РГГ). В комплекс ЛГ включають вправи: дихальні, в т.ч. вольову регуляцію дихання (ВРД), діафрагмальне дихання, загальнорозвиваючі вправи, вправи на розслаблення м'язів, «звукову» гімнастику. Вправи виконують у вихідному положенні (в.п.) сидячи і стоячи. Метод проведення занять – індивідуальний або малогруповий. На заняттях дотримують співвідношення дихальних і загальнозміцнювальних вправ у співвідношенні 1:1, вправи повторюють 4-5 разів. Тривалість процедури - від 10 до 30 хв, індивідуальні заняття - 2-3 рази в день [4, 10].

У комплекс КТ доцільно включати прості, легко виконувати гімнастичні вправи у вигляді згинань, розгинань, відведень, приведень, обертань кінцівок, а також нахилів тулуба назад, вперед, в сторону. Вправи із значним навантаженням, які викликають прискорення дихання, а також вправи з глибокими вдихами та форсованими видихами, які викликають бронхоспазм і

можуть спровокувати напад БА, не можна допускати. ЧСС може зростати не більш, ніж на 8-10 уд/хв. Велику увагу слід приділяти розслабленню м'язів: насамперед м'язів рук, надпліччя, шиї, обличчя у в.п. сидючи на стільці. Після напруження м'язів застосовують постізометричну релаксацію м'язів [3]. Методика ВРД полягає в тому, що пацієнт після короткого і невеликого вдиху робить спокійний повільний видих. Виконувати ВРД протягом дня 3—4 рази через кожні 4 год; тривалість заняття - 10 хв (виконати вправу 3—4 рази, пауза 1-2 хв) [3, 8, 9].

Важливе місце відводиться застосуванню звукової гімнастики при БА, при якій проголошення різних звуків викликає вібрацію голосових зв'язок, що передається на трахею, бронхи, легені, грудну клітину, і це сприяє розслабленню спазмованих бронхів, бронхіол. Дренажні вправи застосовуються для поліпшення виділення мокротиння з нижньої і середньої долі [2, 7, 8].

Доведено позитивний лікувальний вплив при БА дихальної гімнастики за Бутейко, велику допомогу в навчанні ВРД і підвищенні її ефективності надають дихальні тренажери, зокрема, спеціальні пристрої, які створюють опір повітряному струменю під час видиху: штучний регулятор дихання Алюкевича, апарат Фролова. Діафрагмальне дихання підвищує вентиляцію в нижніх відділах легенів. Критерієм оцінки правильності виконання вправи є полегшення дихання [8, 10].

Критерієм переводу пацієнтів на 2-й етап є поліпшення загального стану, зменшення кількості нападів ядухи, покращення показників ФЗД [3]. У II періоді до попередніх форм КТ необхідно додати лікувальну ходьбу, велотренування; хворого слід навчити керувати своїм диханням під час руху. Завданнями КТ є: закріплення нормального стереотипу регуляції дихання, оптимізація діяльності ЦНС; підвищення сили дихальних м'язів, рухливості грудної клітини та стабілізація навичок раціональної регуляції дихання, протидія прогресуванню емфіземи легень і пневмосклерозу; покращання діяльності дихальної і ССС; відновлення фізичної працездатності і підготовки до роботи у побуті та на виробництві; зниження чутливості і підвищення опірності до дії чинників зовнішнього середовища; подовження періоду ремісії захворювання [7, 8].

У комплексі заходів КТ, окрім спеціальних вправ з подовженим видихом, на розслаблення, звукової гімнастики, динамічних дихальних вправ, включають вправи для зміцнення м'язів живота, вправи з палицею та легкими гантелями, використовують більше рухів кінцівками, нахили тулуба, елементи спортивних

ігор. Тривалість занять в середньому 20 хв, темп повільний і середній, амплітуда рухів неповна та повна [9, 10]. Дозування ходьби треба збільшувати поступово, тому маршрути добирають різної довжини і складності. Ритм дихання при ходьбі рівною місцевістю рекомендують такий: вдих носом на 2-4 кроки, видих через ніс або через рот, складений трубочкою, — на 4-8 кроків. При підйомі вгору всю увагу слід зосередити на видиху через рот. Видих виконують активно. Темп ходьби зростає поступово — від повільного на початку курсу до швидкого (100-120 кроків/хв) при доброму самопочутті наприкінці курсу лікування. Велотренування проводять в аеробному режимі з навантаженням 0,5 Вт/кг (60 об/хв.). Після тренування постізометрична релаксація м'язів.

Форми КТ під час ремісії призначають відповідно до стану хворого та рухового режиму у вигляді ЛГ і ранкової гігієнічної гімнастики, самостійних занять, лікувальної ходьби, велотренувань. Комплекси КТ складаються зі спеціальних дихальних вправ статичного і динамічного характеру, ВРД, звукової гімнастики, загальнорозвиваючих вправ з обтяженнями, з приладами і на приладах. При виконанні рухів зберігається принцип запобігання форсованому диханню, застосування пауз для відпочинку та вправ на розслаблення. Темп виконання повільний і середній, кількість повторень вправ 8-12, тривалість ЛГ 30-35 хв. Особам з рідкими нападами БА та при незначних структурних змінах у легенях призначають відразу тренуючий чи щадно-тренуючий руховий режим. Вони можуть застосовувати плавання, ігри, веслування, ходьбу на лижах, катання на ковзанах, біг підтюпцем та інші спортивно-прикладні вправи [8, 9]. Подовженню тривалості ремісії у хворих на БА сприяє включення у комплекс заходів фізичної терапії галоаерозольтерапії з використанням вискодисперсного аерозолю кам'яної солі [6].

Висновок. Бронхіальна астма належить до поширених патологій бронхолегеневої системи. У комплексі заходів фізичної терапії при бронхіальній астмі широко використовують кінезіотерапію, невід'ємною складовою якої є диференційоване застосування спеціальних дихальних вправ відповідно до клініко-функціонального стану організму, що може сприяти суттєвому покращенню бронхіальної прохідності, підвищенню функціональних можливостей серцево-судинної, дихальної систем та фізичної працездатності пацієнтів.

Література:

1. Бронхіальна астма. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Київ. Національна академія медичних наук України. 2020. 128 с.
2. Григус І. М. Фізична реабілітація в пульмонології : навч. посіб. Рівне, 2015. 258 с.
3. Григус І. М. Відновлення функції зовнішнього дихання у хворих на бронхіальну астму на етапі медичної реабілітації. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. 2013. № 1. С. 276-281.
4. Григус І. М. Фізична реабілітація хворих на бронхіальну астму: монографія. Saarbrücken : LAMBERT Academic Publishing, 2017. 278 с.
5. Клапчук В. В., Марюхніч Н. В., Фоменко Т. Ю. Ефективність комплексної програми фізичної реабілітації хворих на бронхіальну астму в поєднанні з патологією гепатобіліарної системи. Спортивна медицина і фізична реабілітація. 2020. № 1. С. 105-110.
6. Лемко І.С. Сучасні підходи до реабілітації хворих на бронхіальну астму. Астма та алергія. 2002. № 2. С. 42-45.
7. Мироненко С.Г. Фізична реабілітація при захворюваннях органів дихання: Навчальний посібник. Полтава, 2019. 50 с.
8. Мухін В. М. Фізична реабілітація: підручник для вищих навчальних закладів фізичного виховання та спорту. Вид. 2-ге, перер. та допов. К.: Олімпійська література, 2009. 473 с.
9. Пархоменко М. В. Фізична реабілітація при бронхіальній астмі. Сучасні досягнення спортивної медицини, фізичної реабілітації, фізичного виховання та валеології – 2020 / XX ювілейна міжнародна науково-практична конференція, присвячена 120-річчю ОНМедУ (Одеса, 24-25 вересня 2020 року): Матеріали конференції. Одеса: ПОЛІГРАФ, 2020. С. 92-93.
10. Реабілітація пацієнтів із захворюваннями органів дихання в практиці сімейного лікаря: навчальний посібник для студентів VI курсу медичного факультету за програмою навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина», спеціальності «Медицина» і «Педіатрія» / Н. С. Михайловська, О. В. Шершньова, Т.О. Кулинич, О. О. Лісова. Запоріжжя : ЗДМУ, 2021. 163 с.

МЕТОДИ АКТИВІЗАЦІЇ ПІЗНАВАЛЬНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ШКОЛЯРІВ З ПОРУШЕННЯМИ ІНТЕЛЕКТУ НА УРОКАХ ІСТОРІЇ ТА ГЕОГРАФІЇ

Маріанна КЛЯП,
*кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»,
Сніжана ТУРЯНИЦЯ,
вчитель історії, вчитель-методист,
Ужгородська спеціальна школа I-III ступенів Закарпатської обласної ради*

Актуальність проблеми. Реформа системи освіти в Україні охоплює багато аспектів, з яких одним з визначальних є реалізація інклюзивних підходів до навчання дітей з особливими освітніми потребами (далі – ООП). Сучасне українське суспільство вже усвідомило право цієї категорії дітей на здобуття якісної освіти в закладах освіти поблизу місця проживання родини. Але частина з таких дітей в силу різних обставин (характеру порушення, ступеня його вираженості, сімейних обставин тощо) можуть отримувати освітні послуги також і в спеціальних закладах освіти. Не зважаючи на місце здобуття освіти (спеціальний чи інклюзивний заклад), навчання дітей з ООП має враховувати вікові та індивідуальні особливості розвитку таких дітей, використовувати форми, методи і прийоми, які сприяють корекції наявного порушення психофізичного розвитку дитини та досягненню максимально можливого рівня засвоєння нею програмового матеріалу [5, с. 93]. Особливо зростає значення таких аспектів при навчанні дітей з інтелектуальною недостатністю.

Стан вивчення проблеми. Проблема використання різноманітних методів та прийомів для навчання та виховання школярів з порушеннями інтелекту досліджується у працях В. Синьова, С. Миронової, О. Гаврилова, О. Гаяш, Н. Гіренко, В. Липи, Ю. Косенка тощо. Ці науковці ґрунтовно аналізували різноманітні корекційні прийоми та методи, спрямовані на реалізацію індивідуального підходу при навчанні зазначеної категорії дітей з усіх предметів шкільної програми. В. Синьов торкався окремих питань навчання географії та природознавства у спеціальній школі, а Н. Гіренко та В. Липа аналізували деякі аспекти навчання історії у такому ж закладі. Але шляхи підвищення пізнавальної діяльності школярів з інтелектуальною недостатністю на уроках історії та географії, в тому числі в рамках інклюзивного навчання, детально не розглядалися.

Мета дослідження – проаналізувати можливості окремих методів і прийомів навчання для активізації пізнавальної діяльності учнів з порушеннями інтелекту на уроках історії та географії.

Виклад основного матеріалу. Для підвищення пізнавальної активності учнів з інтелектуальними порушеннями на уроках географії та історії весь навчальний матеріал має відповідати програмі, а також віковим та індивідуальним особливостям школярів.

Навчальна діяльність під час формування знань – це головний засіб розвитку пізнавальної активності учнів з інтелектуальними порушеннями. В залежності від змісту навчального матеріалу, методів та форм навчання безпосередньо зазнають змін структура і склад пізнавальної діяльності учнів, збільшується якість відображення ними явищ та предметів навколишньої дійсності. Необхідним є вироблення в учнів з інтелектуальними порушеннями здібностей, які дадуть їм змогу більш активніше сприймати оточуючий світ та свідомо здійснювати опрацювання навчального матеріалу.

Практична та активно-пізнавальна діяльність учнів - це одна із основних турбот педагога. Саме тому вчителі знаходяться в постійних пошуках різноманітних методів навчання, а асистенти вчителів інклюзивних закладів розробляють відповідні засоби адаптації або модифікації для залучення школярів з інтелектуальною недостатністю до активної роботи на уроці. Традиційні методи та форми навчання забезпечують не завжди глибоке дослідження предмета. Враховуючи зазначене, основне завдання сучасного вчителя здійснювати пошук таких форм і методів для навчання, щоб зробили б урок більш цікавішим, підвищили загальний інтерес учнів з інтелектуальними порушеннями до вивчення програмового матеріалу з географії та історії, активізували б їх роботу та зняли б напруження від роботи, що виникає особливо в момент перевірки знань [1, с. 81-85].

Найбільш поширеним методом підвищення пізнавальної активності учнів на уроках, в тому числі й учнів з порушеннями інтелекту, є дидактична гра. Вона дає можливість в ігровій формі актуалізувати опорний матеріал, засвоїти нові знання шляхом виконання тематичного групового проєкту, закріпити щойно вивчену інформацію та навіть за потреби провести перевірку знань.

Власне, від учителів залежить те, на скільки уроки є цікавими і запам'ядалися. Найбільш поширеними з них є уроки, що можна проводити у вигляді ігор-змагань. Для прикладу, конкурс «географічна естафета» – кожна із команд одержує указку – естафетну паличку. Відповідні представники команд

один за одним прямують до карти та вказують географічні об'єкти, що вони вивчали на уроках. Кожен із учнів має показати певний об'єкт з вивченої вже теми на карті [3, с. 102].

Ще одним із таких різновидів уроку-гри є урок-марафон, який являє собою своєрідну естафету на уроках узагальнення після вивчення, наприклад, материка. Відповідні завдання на картках-етапах мають бути диференційованими, враховуючи відповідну підготовленість школярів, обираються важчі і легші. На таких уроках доцільне проводити прес-конференції, для прикладу, при вивченні материка – Антарктиди. Найбільш підготовлені та найсильніші учні можуть бути в ролі учасників експедиції до Антарктиди, а решта школярів ставлять їм певні запитання про даний материк, це потребує знання фактичного матеріалу, відповідного уміння узагальнювати, орієнтуватися у відповідних ситуаціях, проявляти винахідницькі якості [6, с. 98].

Розглянемо ігри, які можна використати на уроках історії. Наприклад, гра «Хронологічна подорож», в ході якої учні відтворюють в хронологічному порядку події, пов'язані з певним історичним фактом. На етапі повторення вже вивченого матеріалу можна запропонувати учням із інтелектуальними порушеннями пограти у гру «Історична особа, дата, подія». Грають учні усього класу. Педагог пропонує школярам обрати серед карточок, які перевернуті, одну із іменем певної історичної особи. Школяр називає дану історичну особу. Другому учневі педагог пропонує назвати дату, яка безпосередньо пов'язана із цим героєм. А третьому школяреві – назвати подію, що відноситься до даної особи. Для прикладу: Ярослав Мудрий –1037 рік – заснування собору св. Софії у Києві. Таким чином, дидактична гра має свої власні ознаки, а саме, регламентацію дитячої діяльності самим педагогом за рахунок спеціально розроблених умов та правил гри, чітко визначену навчальну мету і, до неї відповідно, – очікуваний педагогічний результат, який характеризується виховною та освітньо-пізнавальною спрямованістю [4, с. 27].

На розвиток пізнавальної активності учнів з інтелектуальними порушеннями на уроках історії також можуть мати вплив спеціальні прийоми. Прийом «Незнайка», ґрунтується на поданні вчителем деякої історичної інформації із певними помилками (неточні події, неправильна дата). Школярі мають виправити на вірні дати та уточнити події.

Ігри-конкурси «Змагання істориків» (хто краще знає факти з життя історичних осіб), «Впізнай героя», «Поле чудес» можна застосовувати для більш

кращого запам'ятовування понять, термінів, імен, біографічних даних історичних осіб.

Також на уроках історії можна використовувати ігри-драматизації: розігрування певних епізодів із життя історичних осіб або «Лото» – складання певних роз'єднаних назв понять та їх ілюстрацій (схем) [2, с. 104].

Цікаві форми роботи можна запропонувати учням з інтелектуальною недостатністю під час проведення предметних тижнів історії або географії у спеціальній школі. Під час тижня географії можна проводити брейн-ринг «Екологічний бумеранг» або виставку малюнків на природничу тематику, а під час тижня історії – конкурс уявних екскурсій історичними місцями різних регіонів України. Звичайно, з метою стимулювання розвитку мислення та мовлення можна спробувати проводити й «мозкові штурми», дискусії різної тематики, але тематика має бути чітко структурованою (не дуже об'ємною), посиленою для учнів з інтелектуальними порушеннями, а саме проведення не дуже тривалим, щоб не порушувати охоронно-педагогічний режим спеціальної школи.

Використання дидактичних ігор, групових видів роботи на уроках історії та географії у спеціальній школі дає можливість урізноманітнити монотонність викладу освітнього матеріалу вчителем, стимулювати позитивні емоції учнів, створити атмосферу здорового змагання і, разом з тим, змушує учнів згадувати відоме, розмірковувати, добираючи відповідне, зіставляти, виокремлювати факти, дати і поняття з певного предмету, що сприяє розвитку всіх пізнавальних психічних процесів учнів з інтелектуальною недостатністю, а отже й корекції наявних у них порушень інтелекту.

Особливі завдання постають перед педагогами та асистентами вчителів шкіл з інклюзивним навчанням, коли потрібно зацікавити програмовим навчальним матеріалом школяра з інтелектуальними порушеннями. Зазвичай цей програмовий матеріал, який розрахований на нормотипових учнів, є занадто складний для школяра з порушеннями інтелекту, тому виникає необхідність у розробці та застосуванні на уроці засобів адаптації або модифікації цього матеріалу. У залежності від складності наявного в учня порушення та специфіки інформації з предмету для підвищення пізнавальної активності можна пропонувати:

- з історії - схеми-підказки для вивчення періодизації (наприклад, Середньовіччя або Модерної доби), картки-підказки для усвідомлення нових термінів (наприклад, «найманий робітник», «колоніальна імперія» тощо), роботу з ілюстраціями у підручнику або контурними картами;

- з географії – роботу з географічним атласом (наприклад, порівняння океанів), контурними картами (позначити маршрути великих географічних відкриттів, навколосвітніх подорожей, найбільші міста на певному материка, корисні копалини в певній країні тощо), графічні вправи, рисунки, моделювання, виготовлення макетів природних об'єктів (яру, гори, болота тощо).

Завдання такого виду дадуть можливість «особливим» школярам відчувати себе повноправними учасниками освітнього процесу, які теж залучені до вивчення нової навчальної інформації разом з усіма учнями, але відповідно до своєї індивідуальної програми розвитку.

Висновки. Ефективність навчання географії та історії учнями з інтелектуальним порушенням здебільшого залежить від того, наскільки організація навчального процесу, методи ведення уроку сприяють активізації їх пізнавальної діяльності, розвитку їх мислення.

Умілий добір та достатня реалізація індивідуальних та групових форм навчання географії та історії як у спеціальній школі, так і в закладі з інклюзивним навчанням (екскурсії, урок, індивідуальні завдання), засобів (різноманітна наочність, роздатковий матеріал, живе слово вчителя), методів (наочних, вербальних, практичних) сприяють:

- корекції пізнавальних можливостей учнів з особливими освітніми потребами;
- успішному засвоєнню знань з предмета;
- максимально доступному і посиленому навчанню на основі врахування рівня інтелектуального розвитку.

Використання різноманітних засобів активізації пізнавальної діяльності дозволяє вирішити основну корекційну мету: навчити школярів з інтелектуальною недостатністю самостійно здобувати знання, набувати вмінь і навичок, які зможуть бути перенесені в практичну діяльність.

Література:

1. Гаяш О.В. Поради вчителям щодо навчання дітей з особливими освітніми потребами у класі з інклюзивним навчанням: Методичні рекомендації. Ужгород: Інформаційно видавничий центр ЗІППО, 2014. 108 с.

2. Косенко Ю.М. Дидактична гра як метод формування історичних понять у розумово відсталих учнів: монографія. Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С.Макаренка, 2015. - 272 с.

3. Матвійчук І. І. Корекційні можливості уроків географії у навчанні школярів з інтелектуальними порушеннями. Науковий часопис. Випуск 41. *Корекційна*

педагогіка. зб. наук. пр. Київ: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2020. С. 100 – 107.

4. Методика викладання історії в допоміжній школі: методичні рекомендації/упорядники – Гіренко Н.А., доцент кафедри методик корекційної освіти, Гришин Ю.І., вчитель допоміжної школи № 4, м. Донецьк, Липа В.О., доцент кафедри корекційної педагогіки та спеціальної психології.–Слов'янськ: СДПУ, 2010. – 157с.

5. Миронова С.П. Методика корекційної роботи при порушеннях пізнавальної діяльності: підручник/ С.П. Миронова. – Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка, 2014. – 260 с.

6. Назаренко Т.Г. Методика навчання географії України в загальноосвітніх закладах (особливості навчання) [Текст]/Т.Г. Назаренко. – Х.: ВГ «Основа», 2016. – 112 с.: іл., табл.

ВПЛИВ СУЧАСНИХ ТЕХНОЛОГІЙ НА РЕАБІЛІТАЦІЮ ВІЙСЬКОВИХ

Юрій КОЗАР

*доктор юридичних наук, професор,
професор кафедри поліклінічної терапії, сімейної,
військової медицини та фармакології, клінічної фармакології,
ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рівне*

Постановка актуальності проблеми. Дослідження впливу сучасних оздоровчих технологій на реабілітацію військових є важливим через постійні потреби у поліпшенні методів лікування та підтримки військовослужбовців з травмами або іншими військово-пов'язаними захворюваннями. Використання сучасних оздоровчих технологій сприяє швидшій та ефективнішій реабілітації, дозволяючи військовим повертатися до активного життя та служби.

Особлива актуальність цієї теми визначається наступними аспектами. Збільшення числа військових операцій призводить до зростання травм серед військовослужбовців. Розвиток ефективних оздоровчих технологій стає критичним для поліпшення реабілітації цієї категорії осіб. Постійний розвиток медичних технологій дозволяє впроваджувати новаторські методи лікування та реабілітації, такі як використання віртуальної реальності, робототехніки та передових методів фізичної терапії. Ефективна реабілітація допомагає

військовим повертатися до нормального життя, знижує ризик післятравматичних проблем та покращує їхню якість життя.

Оздоровчі технології також враховують психологічний аспект реабілітації, допомагаючи військовим впоратися з травмою або стресом. Ці фактори підкреслюють важливість подальших досліджень та розвитку оздоровчих технологій для підтримки військових у процесі реабілітації та повернення до активного життя.

Аналіз останніх досліджень. Сьогодні виникає великий інтерес до досліджень щодо впливу новітніх технологій на реабілітацію військових. Останні аналізи та публікації підкреслюють важливість цієї теми і розкривають нові можливості.

Одне з нещодавніх досліджень, опубліковане в журналі "Journal of Rehabilitation Research & Development", досліджувало ефективність екзоскелетів у відновленні рухів у військових з пошкодженням хребта. Дослідження підтвердило значний прогрес у мобільності учасників завдяки спеціально розробленим екзоскелетам.

Також, група вчених з Університету Стенфорда дослідила переваги використання віртуальної реальності для лікування ПТСР у військових. Це дослідження підтвердило, що іммерсивне середовище віртуальної реальності сприяє покращенню психічного стану та зниженню рівня стресу серед учасників.

Недавні дослідження з Університету Йель підтвердили, що телереабілітація для військових з травмами дозволяє забезпечувати доступ до спеціалізованих послуг реабілітації навіть у віддалених регіонах.

Ці дослідження вказують на потенційні можливості сучасних технологій у покращенні реабілітації військових та підкреслюють необхідність подальших досліджень і розвитку цих інноваційних підходів.

Мета та завдання. Метою даної тези є вивчення та аналіз впливу новітніх технологій на процес реабілітації військових з метою забезпечення швидшого, ефективнішого та більш індивідуалізованого відновлення фізичних та психологічних функцій. Дослідити застосування різноманітних технологій у реабілітації військових, зокрема віртуальної реальності, робототехніки, штучного інтелекту та інших інноваційних засобів. Проаналізувати вплив цих технологій на процес відновлення фізичних та психологічних функцій у військових, що постраждали внаслідок бойових дій або інших обставин.

Виклад основного матеріалу. Сучасні технології реабілітації військових охоплюють інноваційні методи і засоби для покращення фізичного, психологічного та соціального стану військовослужбовців після поранень або втрати здоров'я. Деякі з таких технологій включають:

1) покращений рівень протезування. Використання передових протезних технологій для повернення військовослужбовців, які втратили кінцівки, до активного життя. Сучасні протези з використанням штучного інтелекту та моторизації допомагають покращити рухливість та якість життя [1, с.440];

2) використання технології штучного інтелекту (ШІ). Використання технологій штучного інтелекту у протезах для адаптації до індивідуальних потреб користувача та поліпшення контролю над протезованою кінцівкою [2, с. 330];

3) застосування процесу моторизації. Використання моторизації у протезах для більшої точності та природності рухів;

4) використання досягнень у галузі електроміографії. Використання цієї технології для контролю протезованої кінцівки за допомогою м'язових сигналів [3 с.230];

5) імплементація біонічних технологій. Включає імплантацію мікросенсорів або нейроінтерфейсів для передачі сигналів між мозком і протезом.

Висновки. Сучасні технології грають критичну роль у покращенні реабілітації військових, які постраждали внаслідок бойових дій. Використання віртуальної реальності допомагає покращити фізичний стан і допомагає ветеранам подолати психологічні труднощі, включаючи посттравматичний стресовий розлад.

Використання технологій, таких як віртуальна реальність, електронні пристрої для фізичної терапії, біомеханічні пристрої (наприклад, екзоскелети), телереабілітація та інші інноваційні методи, дозволяє індивідуалізувати лікувальні підходи, підвищувати мотивацію лікування та забезпечує більш ефективне відновлення рухових та психологічних функцій. Застосування цих технологій може значно зменшити час відновлення та покращити якість життя військових, що постраждали внаслідок бойових дій або інших травматичних подій.

Література:

1. Bensahel N., Barno D. Adaptation under fire: how militaries change in wartime. Oxford university press, Incorporated, 2020. 440 p.

2. Block R.A., Hancock P.A., Zakay D. How cognitive load affects duration judgments: a meta-analytic review. *Acta Psychol*, 2020. P. 330-343.

3. Carter R.C. Artificial intelligence applications for soldiers in multi-domain operations. Program research project. United States army war college, Carlisle Barracks, Pennsylvania, 2020. P. 230-220.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ЗНИЖЕННІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО РІВНЯ В ЗВ'ЯЗКУ З ВІКОМ, ТРАВМАМИ АБО ХВОРОБЛИВИМ СТАНОМ

Тетяна ЛЕВИТСЬКА
доктор філософії, фізіотерапевт
(фізіотерапевтична клініка «Еліксир»,
Копенгаген, Данія)

Актуальність. Подальше становлення та формування спеціальності “Фізіотерапія” в Україні супроводжується активним обговоренням проблем теоретико-методологічного, науково-практичного та професійно-прикладного характеру. Населення України скорочується одним із найшвидших темпів у світі і одними з найпоширеніших причин цього є погіршення стану здоров’я населення, зростання чисельності осіб з інвалідністю та високий рівень передчасної смертності. Особливо це актуально зараз, коли Україна знаходиться у стані війни. Цілеспрямована високопрофесійна підготовка фізіотерапевтів в Україні може вирішити проблему відновлення та покращання здоров’я різних верств населення України за рахунок розробки та впровадження науково-обґрунтованих методик та програм фізіотерапії при зниженні функціонального рівня в зв’язку з віком, травмами або хворобливим станом.

Ступінь досліджуваності проблеми. Аналіз наукових джерел свідчить, що протягом останніх десятиліть накопичено суттєвий теоретичний та практичний досвід з вивчення питань і розв’язання проблем у контексті професійної підготовки майбутніх фізіотерапевтів у вищих навчальних закладах Данії. Данські програми завжди на високому рівні, розроблені з останніх досліджень і безпосередньо застосовні. Перевіряються нові форми навчання та розробляються дослідження, які можна використовувати в реальному світі.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати одержані теоретичні знання і практичні навички щодо фізіотерапевтичного лікування при зниженні функціонального рівня в зв’язку з віком, травмами або хворобливим станом в процесі навчання та виробничої фізіотерапевтичної практики Данії, які

дозволять, на якісно новому рівні, вирішувати питання професійної підготовки українських фізіотерапевтів.

Методи дослідження – аналіз загальних і спеціальних науково-теоретичних джерел, практичних досліджень та навчальних програм фізіотерапевтів Данії.

Сутність дослідження. Функціональні порушення можуть бути фізичними, психологічними або соціальними і можуть бути пов'язані між собою. Фізіотерапевт повинен провести збір першочергової інформації до зустрічі з пацієнтом щодо віку, основного діагнозу, супутніх хвороб, дат операцій та повторного контролю у лікаря, призначення лікаря щодо загальних та обезболюючих ліків, стан пацієнта до хвороби та за останній час, попередні обстеження тощо.

При зустрічі з пацієнтом необхідно звернути увагу на положення тіла, ходу, швидкість рухів, мови, вагу. При опитуванні пацієнта дуже важливо зібрати повну інформацію про фізичний, психологічний та соціальний стан пацієнта до хвороби та за останній час, рівень болю, що пацієнт не може робити як раніше, вага / зріст / BMI-індекс, здорове харчування, прийом води, алкоголю, куріння, рух, сон, мотивацію тощо.

При обстеженні активності та функцій і анатомії тіла проводяться стандартні тести. Функціональні порушення можна виміряти за допомогою тестів та рівня навантажень. Оцінювання відбувається по шкалі від 0 до 10, де 0 означає що все добре або при відповідях «так/часто/інколи/ні» чи інших і додається, якщо за допомогою партнера чи допоміжних засобів. Важливу роль у фізіотерапевтичному лікуванні при зниженні функціонального рівня має тестування функцій звичайного щоденного життя, статичного та динамічного балансу, серцево-судинної системи, органів дихання та активної і пасивної рухливості суглобів. Це стосується здатності людини самостійно мити тіло, діставатися до туалету, вибирати і надягати одяг та керувати своїм зовнішнім виглядом, можливість нагодуватися після приготування їжі, здатності самостійно сидіти, стояти, ходити, а також підйом і спуск по сходах.

Окрім обов'язкових стандартних проводяться додаткові спеціальні тести, в залежності від діагнозу, показників стандартних тестів або місця больового відчуття, наприклад, тестування сили м'язів при різних положеннях тіла, довжини м'язів або чутливості нервових рецепторів кінцівок, тощо.

На основі збору анамнезу та тестів проводиться оцінка та робиться висновок щодо ресурсів пацієнта, фізіотерапевтичний діагноз та прогноз

фізіотерапевтичного лікування. Разом з пацієнтом визначається реалістична спільна головна мета фізіотерапевтичного втручання і підцілі.

Складається план фізіотерапевтичного лікування у співпраці з пацієнтом на короткий та довготривалий термін, де вправи підбираються індивідуально, в залежності від стану пацієнта і коригуються за необхідністю в залежності від перебігу хвороби.

Дуже важливо залучати партнерів по співпраці, листуватися та вчасно направити пацієнта до сімейного лікаря, лікаря-спеціаліста, бандажиста тощо, вести необхідну документацію щодо контролю результатів тренування/лікування та стану пацієнта.

Контроль, тестування і оцінювання на початку і в кінці кожного тренування, а деякі раз на місяць, мотивує пацієнта тренуватись і дає змогу фізіотерапевту контролювати процес лікування, навантажень, підбору вправ і засобів тренувань, що, в свою чергу, призведе до швидшого одужання.

Повний збір анамнезу, різні види тестувань при обстеженні та під час тренувань, злагоджена робота з міждисциплінарними партнерами допоможуть виявити причини і оцінити ступінь зниження функціонального рівня в зв'язку з віком, травмами або хворобливим станом, зробити висновки, прогноз і цілі щодо якісного комплексного індивідуального підходу до фізіотерапевтичного лікування, що може вирішити проблему відновлення і покращання якості життя населення України.

УПРАВЛІННЯ СОЦІАЛЬНОЮ ТА ЕКОНОМІЧНОЮ ІНКЛЮЗІЄЮ: ВІД ПОЛІТИКИ ДО ПРАКТИКИ

Анна ЛИСЕНКО,

*студентка Уманського державного
педагогічного університету імені Павла Тичини*

Оксана КРАВЧЕНКО,

*доктор педагогічних наук, професор,
декан факультету соціальної та психологічної освіти,
професор кафедри соціальної педагогіки та соціальної
роботи факультету соціальної та психологічної освіти,
Уманський державний педагогічний університет імені Павла Тичини*

Актуальність теми. Вивчення та розвиток управління соціальною та економічною інклюзією залишається дуже актуальним в сучасному світі з

різноманітними викликами, пов'язаними зі зростанням нерівності, економічною нестабільністю, демографічними змінами, а також змінами в ролі держави та громадянського суспільства. Спостерігається зростання рівня нерівності у багатьох країнах, як у розвинених, так і у тих, що розвиваються, вимагає уваги до питань інклюзії. Нерівномірний доступ до можливостей та ресурсів породжує соціальні проблеми і поглиблює економічні нерівності. Збільшення різноманітності населення у багатьох країнах вимагає розробки стратегій управління, що враховують потреби різних груп, таких як мігранти, молодь, люди похилого віку тощо. Швидкі технологічні зміни можуть змінити ринки праці, зробити деякі професії зайнятості застарілими та вимагати нових навичок. Це ставить перед управлінцями завдання забезпечення включення всіх груп населення у цифрову економіку. Ефективне управління інклюзією сприяє стабільності суспільства та підвищенню економічного розвитку. Отже, вивчення управління соціальною та економічною інклюзією є ключовим для розуміння та вирішення сучасних викликів, які стикаються суспільства та економіки.

Мета вивчення управління соціальною та економічною інклюзією полягає в розумінні, аналізі та розв'язанні проблем, пов'язаних з нерівністю та соціально-економічною несправедливістю. На основі аналізу досліджень розробляються політики та стратегії, спрямовані на зменшення нерівності та забезпечення інклюзивного розвитку. Вивчення управління інклюзією також має на меті розробку та впровадження конкретних практичних ініціатив на різних рівнях: від муніципального до національного.

Завдання у полягає у вивченні інклюзивних політик та програм, які розробляються на рівнях муніципальному, регіональному та національному. Це включає аналіз законодавства, стратегій та ініціатив, спрямованих на забезпечення рівних можливостей для всіх груп населення, а також дослідження аналізу та вивчення соціальних та економічних тенденцій, які впливають на процеси інклюзії. Це може включати дослідження рівня доходів, освітніх можливостей, доступу до медичної допомоги тощо.

Сучасне суспільство існує в умовах, де соціальна та економічна інклюзія стає все більш актуальною. Вона відображає стан справедливості та рівноправ'я в суспільстві. Забезпечення економічної інклюзії означає створення умов для того, щоб усі люди могли брати участь у економічному процесі, мати стабільний дохід та доступ до фінансових послуг. Це сприяє сталому розвитку, оскільки зменшує економічну нерівність та сприяє соціальній стабільності. У свою чергу соціальна інклюзія опікується рівністю можливостей для участі у

соціальному житті. Це означає, що незалежно від соціального статусу, етнічної належності, статі або фізичних здібностей, всі люди мають право на освіту, доступ до медичних послуг та інші соціальні інститути. Ці поняття дуже дотичні та вимагають комплексного розгляду, так як стабільна економіка створює умови для соціальної інклюзії, оскільки забезпечує робочі місця, дохід та доступ до ресурсів для різних груп населення, а соціальна інклюзія, така як освіта та доступ до медичних послуг, сприяє підвищенню продуктивності робочої сили та зменшенню економічної нерівності.

Підходячи до питання з практичної точки зору з'ясовується, що соціальна та економічна інклюзія включають стратегії, програми та ініціативи, спрямовані на забезпечення рівних можливостей та доступу до ресурсів для всіх членів суспільства.

Висновок. Ефективне управління сферою соціальної та економічної інклюзії вимагає інтегрованого підходу, який об'єднує різні сектори, включаючи урядові, громадські та приватні структури. Політика повинна бути спрямована на створення стійких механізмів підтримки соціальної справедливості та економічної інклюзії. Ключовими складовими успішного управління є гнучкість, інновації та постійне вдосконалення стратегій. Також важливо враховувати специфіку кожного суспільства та його потреби при розробці і реалізації політичних програм. Тільки через спільні зусилля урядових структур, громадських організацій та приватного сектора ми можемо забезпечити створення більш справедливого та інклюзивного суспільства для всіх його членів.

Література:

1. Соціальна та освітня інклюзія: історія, сучасність, перспективи розвитку: колективна монографія у 2 частинах. Частина 1. Інституційні та особистісні аспекти впровадження в Україні./ за ред. С.П. Миронової, Л. Б. Платаш. Чернівці: «Технодрук», 2021. 352 с.

МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ ЗАСТОСУВАННЯ РОЛЬОВИХ ІГОР У ПРАКТИЦІ ПСИХОЛОГІЧНОГО ТРЕНІНГУ

Ніна ЛИТОВЧЕНКО,

*к. психол.н., доцент, доцент кафедри загальної та практичної психології,
Ніжинський державний університет імені Миколи Гоголя, Ніжин, Україна*

Постановка актуальності проблеми. Однією з ключових переваг застосування рольової гри в груповому форматі є створення безпечного та

підтримуючого середовища для вираження емоцій та почуттів членів групи. Учасники можуть бути впевнені, що будь-які виявлені ними почуття будуть значимі та зрозумілі для інших. Це сприяє розвитку емоційної відкритості та довіри у групах, що може бути особливо корисним для роботи з психологічними травмами та проблемами. У реалізації психологічної допомоги через рольову гру в груповому форматі важливо забезпечити індивідуальні потреби та можливості кожного учасника, адже деякі люди можуть по-різному реагувати на рольову ситуацію через свої психологічні особливості, тому потрібна підтримка та адекватне керівництво під час гри.

Аналіз наукових досліджень. Діяльність психолога-тренера задана метою конкретної групи, актуальними переживаннями та потребами учасників і вимагає спонтанності та творчості, імпровізацій та ризику. І, звичайно, знань та професійної рефлексії щодо доцільності та обґрунтованості застосування конкретного методу групової роботи у конкретний момент групової роботи. Основними методами групової роботи є: психогімнастика, техніки психодрами, групова дискусія, рольові ігри.

Цікавий сюжет, жвавість інтеракцій між учасниками створюють ілюзію легкості застосування рольових ігор в практиці тренінгової роботи. Проте це не так. У спеціальній літературі [1, 2, 3, 4] відзначаються деякі типові помилки при використанні рольових ігор. Найголовніша помилка - невідповідність сюжету гри реальним проблемам учасників, які вони переживають у своєму житті. До типових помилок застосування рольових ігор відносяться також недостатній зв'язок сюжету рольової гри з цілями тренінгу або невідповідність актуальній ситуації, яка склалася в тренінговій групі; недостатній час, який виділяється тренером для обговорення та осмислення отриманого в ході рольової гри досвіду; застосування рольової гри для розважання; ігнорування емоційного стану учасників; недостатня робота тренера по «розігріву» учасників перед початком рольової гри.

Терлецька Л.Г. [4] вказує на завдання, переслідуючі тренером при застосуванні рольових ігор 1) стимулювання в учасників можливостей вільного вибору способів вирішення проблем взаємодії з іншими, обґрунтовувати та розуміти доцільність цього вибору; 2) підвищення спонтанності поведінки; 3) розширення рольового репертуару; 4) підвищення впевненості у собі; 5) зниження гостроти переживання проблем, пов'язаних з ситуаціями, що програються.

Надзвичайно важливою особливістю рольової гри є умовність ігрової ситуації (іноді навіть казковий сюжет гри), при тому, що учасники діють реально. Тому Л.Г.Терлецька наголошує на тому, що тренер повинен слідкувати за тим, щоб учасники не грали свою роль, вони повинні її переживати.

Рольові ігри можна класифікувати за змістом (рольові ігри з явним та прихованим змістом); за цілями (профорієнтаційні ігри та ігри, спрямовані на вирішення проблем міжособистісної взаємодії), а також за сюжетом (рольові ігри з казковим або реалістичним сюжетом) [1, 2, 3, 4].

У проведенні рольової гри умовно можна виокремити кілька окремих етапів.

I етап: мотивація учасників групи та підготовка до гри. Перш ніж пропонувати учасникам рольову гру з певним сюжетом, психолог-тренер повинен допомогти учасникам групи усвідомити свої власні неконструктивні способи поведінки в різних комунікативних ситуаціях та типові власні помилки у взаємодії - це забезпечить достатній рівень мотивації для участі у рольовій грі. Джерелом такої інформації може бути спостереження самого тренера за учасниками та групою в цілому, а також накопичений учасниками групи власний рефлексивний матеріал під час виконання вправ чи участі в колах групових обговорень.

II етап: інструкція до рольової гри. Важливим методичним моментом у проведенні рольової гри є інструктаж учасників: інструкція повинна бути достатньою простою, небагатослівною, точною, а у випадку складної ігрової ситуації Л.Г.Терлецька пропонує застосовувати інструкційні картки. Перед початком рольової гри тренер повинен переконатися в тому, що інструкція зрозуміла гравцям, а при необхідності може запропонувати комусь із учасників повторити інструкцію своїми словами.

III етап: розподілення ролей. Багато хто з авторів вважає, що при плануванні рольової гри тренеру необхідно завчасно розподілити ролі, проте частина практиків переконані, що ролі учасники мають обирати спонтанно. Отже, вибір учасників на ролі може бути здійсненим: або психологом, або попередніми гравцями (якщо рольова гра передбачає кілька серій інтеракцій) або добровільно самими учасниками. На початкових етапах роботи груп для вибору на ролі можна також застосовувати якусь коротку лічилочку (наприклад: «Бігли коні під мостами, золотими копитами - дзинь-бряз! - вийшов князь!»). Таким чином більш пасивні учасники, які не наважуються проявити себе більш

активно в груповій роботі, залучаються до активної групової ігрової взаємодії. Окрему інструкцію можуть отримати також ті учасники групи, які безпосередньо не залучені у рольову гру.

IV етап: ігрова взаємодія. В. Прауде [по: 4] зауважував, що основний принцип керівництва грою - дати розвиватися їй при найменшому втручанні, проте тренер може в деяких випадках інтенсифікувати гру (наприклад, коли гра «зависає», ігрова динаміка падає тощо). Така модифікація рольової гри можлива, наприклад, завдяки стисненню ігрового часу або введення додаткової інформації, чи через обмеження ігрових можливостей учасників. Під час активної взаємодії гравців у ході проведення рольової гри психолог-тренер уважно стежить за змістовною стороною взаємодії, (тобто як встановлюється контакт між гравцями, які прийоми застосовуються ними для досягнення поставленої мети тощо), а також за самим процесом реалізації гравцями своїх ролей. У деяких випадках тренер приймає рішення зупинити гру або призупинити її. Підставами для цього є: порушення інструкції гравцями, утруднення при виконанні ролей (наприклад, роль виконується поверхово або учасник блазнює під час її виконання), тупик у розгортанні сюжету чи досягнення поставленої грою мети. Відповідно, під час зупинки гри тренер може: 1) нагадати інструкцію, 2) замінити гравців, 3) в цей час учасники, які не задіяні у грі, можуть висловити свої пропозиції чи рекомендації, 4) ввести додаткові правила для інтенсифікації гри (наприклад, додати в інструкцію певну обставину – скажімо, насування урагану чи зменшити час на досягнення гравцями поставленої мети).

V етап: обговорення. Обговорення та рефлексія після виконання рольової гри є найважливішою складовою мети їх застосування у груповій роботі. Характер обговорення, питання психолога залежатимуть від мети застосування рольової гри та її виду. Спочатку важливе отримання зворотного зв'язку від учасників про можливі зміни стану (питання типу «Як почуваетесь зараз?», «Який настрій/стан у вас?»). Часу на обговорення гри повинно бути достатньо, оскільки переживання, роздуми та рефлексія учасниками отриманого досвіду вимагають ґрунтовності, неспішності. Варто почати з відкритих питань («Що відбулося?», «Що ви помітили?», «Що думаєте з приводу даної гри?», «Що вдалося зрозуміти?»). Не варто прагнути, щоб учасники групи зробили певний висновок чи пережили певний досвід. Кожна особистість реагує, сприймає та осмислює отриманий досвід по-своєму. Важливо допомогти учасникам пов'язати отриманий досвід з реальним життям (за межами групи), перенести

новий досвід в реальні життєві ситуації («Як можна було б використати ці результати в ...?», «Це схоже на те, про що ви розповідали...?», «В чому для вас були найважливіші моменти виконання ролі?»). Іноді учасник відмовляється обговорювати отриманий досвід. Це є важливою психологічною інформацією, яку при наступній нагоді психолог може допомогти відрефлексувати. Але «форсувати» події точно не варто, оскільки учасник може бути ще не готовим до пропрацювання власних переживань. Насильницьке провокування обговорення може лише зміцнити опір та негативно вплинути на групову динаміку в цілому.

Висновки. Рольова гра дозволяє учасникам практикувати нові поведінкові стратегії та альтернативні способи взаємодії, що сприяє розвитку нових умінь, необхідних для подолання проблем у соціальній взаємодії. Участь у рольовій грі розвиває вміння краще розуміти точку зору інших, шукати різні підходи до вирішення проблеми та навчатися працювати у команді. Рольова гра стимулює більший інтерес і залученість учасників до процесу групової взаємодії, сприяє формуванню живого, успішного та захоплюючого досвіду міжособистісної взаємодії, що може підвищити мотивацію учасників до активної участі у психологічному процесі.

Професійна діяльність психолога-ведучого групи принципово не може бути рецептурною, алгоритмізованою. Користування примітивними схемами використання психологічних знань (за схемою “якщо А – то Б”), при виборі конкретних методів групової роботи є неприпустимим. Тому рольова гра, яка покликана розвивати спонтанність учасників групи, - вимагає високого рівня спонтанності від самого тренера, ведучого групи.

Література:

1. Kipper David A. Psychotherapy Through Clinical Role Playing. Brunner/Mazel, University of Michigan 1986. 159 p.
2. Зливков В.Л., Лукомська С.О. Сучасні тренінгові технології розвитку особистості в освіті. Київ. 2022. 184 с.
3. Концептуальні засади і методика глибинної психокорекції: Підготовка психолога-практика: Навч. посіб. За ред. Т. С. Яценко. Київ: Вища школа, 2008. 342 с.
4. Терлецька Л. Г. Рольова гра як засіб формування професійно-значущих якостей майбутнього практичного психолога: Дис... канд. психол. наук: 19.00.07 / Київський міжрегіональний ін-т удосконалення вчителів ім. Бориса Грінченка. Київ, 1997. 175 с.

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖЕННЯ В УМОВАХ СЬОГОДЕННЯ

Ольга МАЛЬЦЕВА,
*кандидат медичних наук, доцент кафедри основ медицини,
ДВНЗ Ужгородський національний університет*

Постановка актуальності проблеми. В останніх документах Всесвітньої організації здоров'я (ВООЗ) записано, що здоров'я – це не мета життя, а: цінність, що дозволяє особі реалізувати свої плани і потребу самореалізації; ресурс, який гарантує досягти відповідного рівня якості життя, правильно розвиватися; концепція, суть якої – експонувати користь (фізична досконалість, хороше самопочуття), а не негативні наслідки (розлади і хвороби). Відповідно до рекомендацій ВООЗ щодо значення ФА для здоров'я, дорослі люди у віці 18-64 років повинні приділяти не менше 150 хв. у тиждень заняттям аеробними вправами середньої інтенсивності. За даними Юшковської О. Г. та співавторів, за умови недостатньої рухової активності навіть практично здорові люди скаржаться на: порушення дихання під час невеликих фізичних навантажень; зниження працездатності, перевтому; порушення сну; послаблення концентрації уваги, пасивність; підвищення нервово-емоційної збудженості. Можливі також: біль в серці; біль в спині, що є наслідком слабкості м'язів, що підтримують хребет [1, С. 12 – 15, С. 45].

Результати досліджень науковців підтверджують незадовільний рівень опірності до захворювань серед частини молоді. В окремих роботах підкреслюється детренованість окремих внутрішніх систем організму серед студентів, особливо перших років навчання. З даними Мелега К. П. та співавторів, зменшення адаптаційних резервів організму пов'язане з низькою фізичною активністю.

Shutenko E. N. та співавтори зазначають на необхідності мотивації молодих осіб до фізичної активності як ціннісно мотивованої сфери особистості – багаторівневого, багатокомпонентного та динамічного утворення, що включає потреби, цінності, установки молоді особи, характеризується постійним рухом та розвитком окремих складових [2, С.209–210; 3, С. 44 – 49].

Дослідники акцентують увагу на важливості цілеспрямованої пропаганди до заохочення серед студентів здорового способу життя, формування усвідомлення того, що саме стан здоров'я забезпечить молодій особі успіх у навчанні, особистому житті, професійний та соціальний успіх у майбутній життєдіяльності [1, С. 12 – 15, С. 4; ,2, С.209 – 210; 3, С. 174 – 177; 4, С. 174 – 177].

Мета дослідження. Визначити рівень потенціалу фізичного здоров'я, адаптаційних резервів студентів першого курсу; представити рекомендації щодо використання методик загартування, посилення фізичної активності.

Організація та методи дослідження. Були обстежені 65 студентів першого курсу віком 18-19 років. Для оцінки адаптивного потенціалу (АП) системи кровообігу було використано методику обрахунків за формулою Р. М. Баєвського. За величиною АП (в балах) оцінювали рівень напруги регуляторних систем. Чим вища адаптаційна здатність системи кровообігу, тим менше значення АП: 1) задовільна адаптація - менше 2,1 балів; 2) функціональне напруження механізмів адаптації - 2,11 - 3,20 балів; 3) незадовільна адаптація - 3,21 - 4,30 балів; 4) зрив механізмів адаптації - більше 4,30 балів.

Початкові зміни у стані здоров'я оцінювали за показниками появи ознак метеозалежності, що проявляється різними симптомами, адже прояв розладів багато в чому залежить не тільки від віку, але і загального стану здоров'я. У молодих людей з хорошим здоров'ям зміни в погоді можуть супроводжуватись загальним нездужанням, скаргами на підвищену стомлюваність, втрату фізичної сили, занепад розумової активності, неможливість зібратися з думками. При визначенні метеотропного індексу – використовували набір певних клінічних критеріїв (найчастіше – 10 найпопулярніших запитань): скарги при зміні погоди або клімату; зниження активності; погіршення самопочуття; схильність до депресії; передчуття зміни метеорологічної ситуації; повторюваність одних і тих же ознак конкретної метеорологічної ситуації; синхронність метеореакції з іншими метеочутливими людьми; нормалізація самопочуття в сприятливу погоду; нетривалість погіршення стану; відсутність інших причин для погіршення стану. Якщо опитуваний визначав 5 або більше ознак з 10, особа вважалась метеочутливою [2, С.209 – 210; 4, С. 174 – 177].

Для оцінки ФА розроблено різні опитувальники, серед яких необхідно виділити міжнародний опитувальник ФА загальної практики (The general practice Physical Activity Questionnaire - GPPAC), рекомендований Лондонською школою гігієни. Використовувався також опитувальник для оцінки рівня ФА (International Physical Activity Questionnaire - IPAQ) Оцінка індексу ФА проводилась за 4 рівнями: 1 рівень – фізичної активності практично немає; 2 рівень - помірно неактивні особи; 3 рівень - помірно активні особи; 4 рівень – активні особи [5, С. 15 – 21; 6, С. 556].

Результати дослідження. У всіх студентів при виконанні антропометрії стандартні показники індекс маси тіла (ІМТ), АТ систолічний, АТ діастолічний,

АТ пульсовий, ЧСС – загалом не виходили за межі вікової норми. Було встановлено функціональне напруження механізмів адаптації (2,11 – 3,20 балів), приблизно в однаковому співвідношенні між юнаками та дівчатами – у 36 осіб (55 %); стан задовільної адаптації (1,8 бала) – у 28 осіб (43 %); функціональне напруження механізмів адаптації (2,43 бала) – одна студентка (2%).

При дослідженнях показників метеочутливості було встановлено, що у 5-6 випадках (з 10) молоді люди (не залежно від статі), 38 осіб (57%), відмічали погіршення загального самопочуття при змінах погоди та нормалізацію самопочуття в сприятливу погоду; зниження активності; схильність до депресії; передчуття зміни метеоситуації; повторюваність одних і тих же ознак конкретної метеоситуації (підвищена стомлюваність, втрата сил, занепад розумової активності, неможливість зібратися з думками, порушення якості сну).

При оцінці індексу ФА згідно опитувальника IPAQ було встановлено, що приблизно третина студентів, 35% (23 особи) підтвердили низький рівень ФА. Помірно активними (третій рівень ФА) були 42 (67%) студентів.

Студентам були дані роз'яснення, що заняття фізичними вправами підвищують фізичну та навчальну працездатність, знижують втому, підвищують швидкість реакції, спритність, гнучкість, витривалість, сприяючи високопродуктивній праці. Раціональні фізичні навантаження впливають на функціональний стан регуляторних систем – нервової, ендокринної. Збільшується рухливість та врівноваженість нервових процесів, знижується чутливість до стресів, удосконалюється кровопостачання та нервова регуляція у м'язах, та суглобах. Був запропонований також комплекс методик збільшення ФА для щоденного виконання, таблиця 1

Таблиця 1

Кратність підвищення рівня обміну речовин в залежності від виду фізичної активності (Юшковська О. Г. та співавтори, 2011)

Вид діяльності	Кратність підвищення рівня
Дуже легке фізичне навантаження (повільне ходіння 3 км/год, уроки праці, повільна їзда велосипедом і т.п.)	2 – 4
Легке фізичне навантаження (швидке та середнє ходіння, рухливі ігри, зарядка, танці)	4 – 6

Середнє фізичне навантаження (швидке ходіння, повільний біг, біг підтюпцем, спортивні ігри)	7 – 9
Великі фізичні навантаження – короткочасний біг близько граничної швидкості – короткочасний біг граничної швидкості	10 і більш

Повторне обстеження підтвердило важливість ФА у підтриманні стану здоров'я, попередженні несприятливих змін в організмі. Помірно активними (третій рівень ФА) стали 57 (87%) студентів. Зменшилась кількість студентів з функціональне напруження механізмів адаптації (2,17 балів) – до 27 осіб (41 %); збільшилась кількість студентів за показником стану задовільної адаптації (1,4 бала) – до 38 осіб (59 %). Дослідження метеочутливості потребують подальших досліджень та уточнень.

Висновки. Стан здоров'я молоді в умовах сучасності визначає оптимізацію використання комплексу методик у збереженні та зміцненні здорового покоління, психолого-педагогічні засади навчання, виховання та побутової життєдіяльності, активного і здорового стилю життя. Проведені дослідження проведено згідно плану науково-дослідної роботи у галузі фізичної культури, спорту та здоров'я людини, потребують деталізації та продовження.

Література:

1. Самостійні заняття з фізичного виховання: Навчальний посібник / О.Г. Юшковська, Т. Ю. Круцевич, В. Ю. Середовська, Г. В. Безверхня. – Одеса: Одес. Нац. Мед. ун-т, 2011. С. 12 – 15.
2. Мелега К. П., Дуб М. М. Висока фізична активність як важлива складова підвищення адаптаційних резервів організму студентів вузу. Науковий часопис НПУ імені М. П. ДрагомановаЮ вип. 3К 2 (71). 2016. С. 207 – 210.
3. Shutenko E. N., Shutenko A. I. Sociocultural constructs of the higher schools innovative potential. Journal of Psychology and Bihavioral Science. 2015. vol. 3. No 1. Pp. 44 – 49.
4. Використання здоров'язбережувальних технологій в освітньому середовищі закладів вищої освіти / Л.П. Русин та ін. Інноваційна педагогіка. 2022. Вип. 48. Т.2. С. 174 – 177.
5. Department of Health The general practicephysical activity questionnaire (GPPAC) a screening tool to assess adult physical activity levels within primary care – London Department of Health, 2009. 21p.

6. Hallal P. C., Victora C. G. Reliability and validity of the International Physical Activity Questionnaire – (IPAQ). Med. Sports Exerc. 2004. vol. 36. №3. P. 556.

ЗАПРОВАДЖЕННЯ СУЧАСНИХ МЕДИКО-ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПІДХОДІВ ДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ОФТАЛЬМОПАТОЛОГІЄЮ

Наталія МЕДВЕДОВСЬКА,
*доктор медичних наук, професор, Заслужений діяч науки і техніки України,
начальник науково-координаційного управління НАМН України,
професор кафедри клінічних дисциплін та медсестринства медичного інституту,
Приватний заклад вищої освіти «Київський міжнародний університет»,*
Любов ДЕНИСЮК,
*кандидат медичних наук, директор Київської міської клінічної офтальмологічної
лікарні «Центр мікрохірургії ока», доцент кафедри офтальмології,
Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика*

Постановка актуальності проблеми. Розлади функцій зору, які діагностуються за класом хвороб ока та його придаткового апарату, мають суттєвий вплив на діяльність людини в повсякденному житті та її якість життя. Переважна більшість неінфекційних хронічних захворювань, таких як серцево-судинні, ендокринні, системні можуть мати офтальмологічні прояви або ускладнення. Тому, вивчення сучасних організаційних підходів надання офтальмологічної допомоги населенню, особливо дитячого віку, не втрачають своєї актуальності.

Аналіз наукових досліджень, на які опирається автор. За прогностичними розрахунками із зростанням захворюваності на цукровий діабет та інші неінфекційні хронічні хвороби, зростатиме і кількість хворих із захворюваннями зорового аналізатора. Враховуючи, що до 40 % випадків втрати зору є попереджуваними або виліковними за умови своєчасного ефективного медичного втручання, актуальності набуває вивчення сучасних вітчизняних особливостей організації профілактики, діагностики та лікування хвороб ока та його придаткового апарату. Особливо важливим стає своєчасне медичне втручання у дітей раннього дошкільного та шкільного віку, оскільки такий підхід дозволяє попередити негативний вплив наявності порушень

функцій зору на якість життя дитини, її фізичний, психо-емоційний розвиток, а також засвоєння інформації під час навчання та соціалізації [1, с. 21-29].

Формулювання мети та завдань. Дослідження мало на меті вивчення можливостей запровадження сучасних медико-профілактичних підходів з удосконалення організації надання медичної допомоги дітям із розладами функцій зору в сучасних умовах функціонування закладів охорони здоров'я в Україні. Завдання дослідження передбачали вивчення досвіду організації надання медичної допомоги дітям із порушенням функцій зору, а також наукове обґрунтування шляхів удосконалення організації надання медичної допомоги таким дітям з урахуванням потреби впровадження сучасних офтальмологічних медико-профілактичних технологій.

Виклад основного матеріалу. Реалізація в Україні європейських стратегій збереження здоров'я населення передбачає об'єднання зусиль медичної, освітньої та соціальної сфери із мережею закладів громадського здоров'я, громадських організацій та об'єднань, волонтерського руху, розвиток яких відбувається останнім часом в Україні [2, с. 141; 3, с. 698-699].

Пріоритетний розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини, передбачає запровадження сучасних моделей формування та реалізації в практичній роботі сучасних превентивних, лікувально-діагностичних, реабілітаційних програм та стратегій. Їх реалізація, за потреби, може відбуватися із залученням фахівців служб соціального захисту, освітніх, культурних закладів різної форми власності, фахівців мережі служби громадського здоров'я, громадських організацій та об'єднань, політичних, культурних лідерів країни [3, с. 698-699; 4, с. 2-5; 5, с. 9-11].

Рання діагностика офтальмологічної патології включає, в першу чергу, своєчасне виявлення факторів ризику, наявність спадкового анамнезу, особливостей зростання дитини в її родині. Саме досвідчений сімейний лікар, який тривало знайомий з особливостями родини, знає про можливості нівелювання у ній керованих факторів ризику, повинен обґрунтовано застосовувати сучасні превентивні втручання у визначних обсягах та з регулярністю, яка визначається в залежності від індивідуальних особливостей кожної дитини, як пацієнта. Плановість такого підходу дозволяє усувати наявний дисбаланс суттєвого переважання лікувальної практики над профілактичними заходами, скринінговими програмами по виявленню порушень функцій зору у дитячому віці. Значення набувають колективні заходи із залученням освітян дошкільної і шкільної освіти, які мають на меті

формування у дітей та молоді здорових поведінкових зорових стереотипів, звичок з раннього дитинства, які в майбутньому допоможуть зберегти зір здоровим [6, с. 2-11].

Повнота інформації про сімейний та спадковий анамнез наявності офтальмологічної патології в родині, про особливості перебігу перинатального періоду, про наявність чи відсутність ускладнень під час пологів, таких як, наприклад асфіксія новонародженого, обвиття пуповиною, тощо, формують сукупність некерованих факторів ризику, сила комбінованого впливу яких визначає ймовірність розвитку хвороб ока та його придаткового апарату у новонародженої дитини в майбутньому. За даними наукових досліджень, саме у таких дітей ймовірність розвитку офтальмологічної патології, зокрема міопії, зростає у більше ніж в шість разів. А тому, цілком обґрунтованим стає підхід формування мультидисциплінарних команд лікарів спеціалістів, за участі сімейних лікарів, сімейних педіатрів, неонатологів, дитячих офтальмологів, для ведення спільного нагляду за формуванням новонародженої дитини [7, с. 12-24; 8, с. 533; 9, с. 2459-2460].

Результати аналізу позитивного світового досвіду вирішення означеної проблеми переконують у доцільності формування сучасної удосконаленої моделі системного впливу на охорону зору дітей із забезпеченням умов для упередження дії керованих факторів ризику порушення зору в дитячому віці, із запровадженням профілактичних заходів, скринінгових програм та превентивних технологій впливу, включаючи раціональне формування розкладу освітнього процесу, раціонального планування робочого дня та відпочинку. Лише системний плановий міжсекторальний підхід, можливість застосування якого дозволить виявити ранню приховану офтальмологічну патологію, попередити прогресування та ускладнення виявлених офтальмологічних захворювань у спеціально сформованих (за участю медиків та освітян) групах ризику дозволить забезпечити персоніфікований превентивний підхід та надання їм лікувально-профілактичної офтальмологічної допомоги із диференційовано визначеною періодичністю [10, с. 117-125].

Висновок. Збереження офтальмологічного здоров'я, починаючи з раннього дитячого віку, залишається актуальним напрямом наукових досліджень в найближчій перспективі. Результати проведеного нами дослідження переконують у доцільності посилення аспектів профілактичної спрямованості, персоналізованості та предиктивності надання медичної

офтальмологічної допомоги населенню. Ефективність доводить комплексний підхід із поєднанням запровадження навчання дітей раціональним поведінковим зоровим звичкам для формування здорових стереотипів зорового навантаження дітей дошкільного та шкільного віку.

Для реалізації сучасних удосконалених організаційних форм надання офтальмологічної допомоги дітям необхідно поєднувати удосконалені форми організаційної роботи превентивного та лікувально-профілактичного втручання в закладах охорони здоров'я, які надають первинну медичну та спеціалізовану офтальмологічну допомогу із зусиллями закладів громадського здоров'я, а також освітніх закладів різної форми власності.

Література:

1. Європейська програма роботи, 2020–2025: Спільні дії для міцнішого здоров'я. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ; 2021. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Chaput JP, Willumsen J, Bull F, et al. 2020 WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour for children and adolescents aged 5–17 years: Summary of the evidence. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2020. N.17(1). P.141. 10.1186/s12966-020-01037-z.
3. Guthold R, Moller A, Azzopardi P, et al. The Global Action for Measurement of Adolescent health (GAM) Initiative Rethinking Adolescent Metrics. *J Adolesc Heal.* 2019. Vol.64(6). P.697–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.03.008>.
4. Intercountry Workshop on School Health in the Prevention of Noncommunicable Diseases (NCDs) URL: <https://whodc.mednet.ru/en/main-publications/zdorove-podrostkov/zdorovye-shkoly/2886.html>.
5. Masten A.S. Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. *Child development.* 2014. N.85. P. 6–20.
6. International Agency for Prevention of Blindness. Standard school eye health guidelines for low and middle-income countries 2018. <https://www.iapb.org/wp-content/uploads/Guidelines-School-Eye-HealthProgrammes-Final.pdf>. Accessed July 17, 2018.

7. Jiang Y, Tian B. Understanding Modifiable Risk Factors for the Development of Myopia. *Ophthalmology*. 2018. Vol.126. P.221–222. doi: 10.1016/j.ophtha.2018.09.00.
8. Keel S, Evans JR, Block S, Bourne R, Calonge M, Cheng CY, Friedman DS, Furtado JM, Khanna RC, Mathenge W, Mariotti S, Matoto E, Müller A, Rabiou MM, Rasengane T, Zhao J, Wormald R, Cieza A. Strengthening the integration of eye care into the health system: methodology for the development of the WHO package of eye care interventions. *BMJ Open Ophthalmol*. 2020.Vol.11.N.5(1). P.e000533. doi:10.1136/bmjophth-2020-000533.
9. Zloto O, Wygnanski-Jaffe T, Farzavandi SK, et al. Current trends among pediatric ophthalmologists to decrease myopia progression-an international perspective. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2018. N.256. P.2457–2466. doi: 10.1007/s00417-018-4078-6.
10. Knopf JA, Finnie RKC, Peng Y, et al. School-based health centers to advance health equity: a community guide systematic review. *Am J Prev Med*. 2016. Vol.51. P. 114–126. doi: 10.1016/j.amepre.2016.01.009.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ЛЕГЕНЕВОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З РЕСПІРАТОРНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ

Ксенія МЕЛЕГА,
кандидат медичних наук, доцент,
завідувачка кафедри основ медицини,
Людмила РУСИН,
кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри основ медицини
Вікторія КІШ,
викладачка кафедри основ медицини,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Постановка актуальності проблеми. Незважаючи на те, що з початку пандемії коронавірусної хвороби 2019 (COVID-19) пройшло більше 4 років, це захворювання продовжує залишатись глобальною проблемою сфери охорони здоров'я у більшості країн світу. На квітень 2024 року, згідно з даними

Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), кількість підтверджених випадків COVID-19 у всьому світі складала 775364261, кількість підтверджених випадків смерті – 7046320 [8]. Хоча на теперішній час захворюваність та смертність від коронавірусної хвороби починає зменшуватись завдяки вакцинації та впровадженню різноманітних комплексних профілактичних і лікувальних заходів, порушення стану здоров'я, викликане COVID-19, може вплинути на якість життя тих, хто видужав, і включає значні легеневі та респіраторні наслідки. З'являється дедалі більше свідчень про те, що порушення дихальної функції залишається приблизно у 40% пацієнтів із COVID-19 після виписки, що негативно впливає на їхню повсякденну активність і якість життя у довгостроковій перспективі [5]. Легеневу реабілітацію розглядають як важливу терапевтичну стратегією, яка може покращити легеневу функцію, фізичну здатність і якість життя людей після перенесеного COVID-19 [1, 4, 7].

Аналіз наукових досліджень, на які опирається автор. Сучасні підходи до вирішення проблем реабілітації хворих на COVID-19 висвітлено у численних вітчизняних та іноземних наукових працях та практичних керівництвах. Так, з 2021 року в Україні діє «Протокол надання реабілітаційної допомоги пацієнтам з коронавірусною хворобою (COVID-19) та реконвалесцентам» [1]; у серпні 2023 р. ВООЗ опублікувала найновіші рекомендації щодо клінічного ведення пацієнтів з COVID-19 [4], у яких важливе місце відводиться питанням реабілітації даного контингенту осіб. Особливості реалізації реабілітаційних заходів при респіраторних порушеннях у хворих після перенесеної коронавірусної хвороби висвітлювали у свої працях науковці К. Д. Бабов, О.Л. Плакіда, А.В. Капрош, Е.І. Бахолдіна, J. You, H. Chen, H. Shi, X. Liu, R. Torres-Castro, T. Sakai та інші. Більшість дослідників зазначають, що легені є органом, який найбільше вражається при COVID-19 за різними патофізіологічними механізмами, що призводить до рестриктивних порушень вентиляції, розладів дифузійної здатності та залишкового порушення функції легень, може знижувати повсякденну активність і якість життя осіб з перенесеним COVID-19 [3, 6] та потребує проведення тривалих реабілітаційних програм [1, 2, 5, 7].

Мета роботи - визначити сучасні підходи та методи легеневої реабілітації пацієнтів з респіраторними порушеннями після перенесеної коронавірусної хвороби. У процесі виконання роботи виконували завдання: проаналізувати особливості респіраторних порушень у пацієнтів після перенесеного COVID-19; визначити сучасні підходи, ефективні засоби та методи легеневої реабілітації

пацієнтів у віддаленому періоді. Методи дослідження - аналіз і систематизація сучасних літературних та інтернет джерел з досліджуваної проблеми.

Виклад основного матеріалу. При COVID-19 особливо страждає легенева система. Після перенесеної пневмонії, обумовленої SARS-CoV-2, у пацієнтів може сформуватися легеневий фіброз, наслідком якого є дихальна недостатність. Вчені припускають, що фіброз буде основним довгостроковим ускладненням COVID-19, навіть у безсимптомних осіб [3-5]. В даний час, незважаючи на всі зусилля в світового медичного співтовариства, ліки від спричиненого COVID фіброзу легень ще не знайдено. Систематичний огляд респіраторної функції у 380 пацієнтів з пост-COVID-19 продемонстрував, що у пацієнтів була змінена дихальна функція, а порушення дифузійної здатності спостерігалось приблизно у 40% пацієнтів через 1-3 місяці після виписки [6]. Фахівці зазначають, що чим важче пацієнти хворіють під час перебування в лікарні, тим більше у них порушується легенева дифузійна здатність, а також частіше виявляється втома або м'язова слабкість, проблеми зі сном, тривога чи депресія навіть через 6 місяців після гострої інфекції. Припускають, що у таких пацієнтів може спостерігатися стійке порушення дихання упродовж місяців або навіть років після виписки [5].

У осіб з ймовірною або підтвердженою інфекцією SARS-CoV-2 в анамнезі може виникати стан, який отримав назву «пост-COVID-19». Він виникає зазвичай упродовж 3 місяців від початку захворювання із симптомами, які тривають щонайменше 2 місяці, та не можуть бути пояснені альтернативним діагнозом. Симптоми можуть виникати після одужання у разі гострого епізоду COVID-19 знову або зберігатися з початкового періоду хвороби. Симптоми та порушення можуть проявлятися у вигляді кластерів або окремих симптомів, які обмежують щоденну діяльність та обмежують соціальну активність, і можуть бути присутні протягом тривалого періоду часу та/або рецидивувати з часом [4]. Слід зазначити, що функціональні порушення після COVID-19 можуть знижувати можливості пацієнта виконувати повсякденну діяльність та продуктивність праці, заважати соціальній взаємодії. Крім того, у людей, які хворіли на коронавірусну пневмонію, зростає ризик гіподинамії, що підвищує ризик розвитку або загострення супутніх захворювань [2]. Це обумовлює необхідність розробки ефективних індивідуалізованих програм реабілітації у даної категорії пацієнтів.

Легенева реабілітація (ЛР), яку широко призначають у комплексі лікувальних заходів хворим із захворюваннями органів дихання з метою

покращення функціонального стану бронхолегеневої системи, може зменшити задишку, покращити вентиляційну здатність легень, збільшити фізичну працездатність пацієнтів, які перенесли COVID-19. Реабілітаційна допомога пацієнтам з коронавірусною хворобою повинна надаватись у гострому, післягострому та довготривалому періодах реабілітації [1], причому необхідно забезпечити доступ до мультидисциплінарних послуг для оцінки симптомів фізичного та психічного здоров'я та проведення подальших тестів та досліджень. В основній мультидисциплінарній команді фахівців для надання послуг хворим на COVID-19 обов'язково мають бути щонайменше представники напрямків: реабілітаційної медицини, фізичної терапії, ерготерапії, терапії мови і мовлення, клінічної психології та психіатрії, що дозволяє забезпечити широкий спектр потреб, які можуть мати пацієнти з COVID-19, і проводити кардіореспіраторні, нервово-м'язові та психологічні втручання [4, 5, 7].

Вивчаючи ефективність ЛР у хворих з пост-COVID-19 синдромом на основі результатів пошуку в базах даних PubMed і Web of Science, T. Sakai з співавторами (2023) [7] дійшли висновку, що основною метою реабілітації таких пацієнтів є відновлення рівня їх активності до COVID-19 та покращення якості життя. Слід зазначити, що симптоми після COVID виникають не тільки у тяжкохворих пацієнтів, але й у пацієнтів з легким або помірним перебігом захворювання, зокрема, такі як задишка та втома, що важливо врахувати при плануванні реабілітаційних заходів. Рішення про необхідність застосування ЛР та/або інших реабілітаційних заходів для кожного конкретного пацієнта приймають індивідуально, за погодженням з лікарем та командою спеціалістів.

Для безпечного проведення реабілітаційних заходів важливою є початкова оцінка легеневої та фізичної функції пацієнта, у зв'язку з чим призначають рентгенографію, комп'ютерну томографію органів грудної клітки, дослідження функції легень, контроль сатурації O₂ та показників пульсу під час та у процесі фізичної терапії. Важливо досліджувати серцеві симптоми і потенційні порушення серцево-судинної системи, які часто виникають внаслідок інфікування SARS-CoV-2 незалежно від тяжкості захворювання, а також проводити функціональну оцінку залишкового ураження опорно-рухового апарату, повсякденну активність та психологічний статус пацієнтів [1, 4, 7]. Базуючись на сучасних рекомендаціях, можна узагальнити, що у програмах ЛР важливо застосовувати засоби фізичної терапії: дихальні вправи, що покращують вентиляцію уражених ділянок легень, збільшують силу дихальної

мускулатури і рухливість діафрагми, сприяють виведенню мокротиння, відновлюють нормальний механізм дихального акту, а також вправи для плечового поясу верхніх кінцівок і тулуба; аеробні вправи, такі як ходьба, швидка ходьба, біг підтюпцем і плавання, починаючи з низького рівня інтенсивності, поступово збільшуючи інтенсивність і тривалість (3–5 разів на тиждень протягом 20–30 хв щодня); силові тренування, такі як прогресивне тренування з опором (2-3 рази на тиждень); тренування рівноваги, включаючи тренування hands-free і тренування балансу з використанням пристрою під керівництвом фізіотерапевта. Проведення ЛР пацієнтів після перенесеного COVID-19 здійснюють в реабілітаційних закладах, у домашніх умовах, з застосуванням телереабілітації. Необхідним елементом ЛР є навчання осіб, які перенесли коронавірусну хворобу, важливості систематичного проведення реабілітаційних заходів та дотримання здорового способу життя; заохочення їх участі у сімейних та громадських заходах [1, 2, 4].

Висновки. Враховуючи, що після перенесеного COVID-19 у значної частки пацієнтів спостерігається висока імовірність значного прогресування фіброзу легень у довгостроковій перспективі, необхідною умовою ефективною допомоги пацієнтам є розробка і проведення індивідуальних довгострокових програм легеневої реабілітації, а також тривалий контроль респіраторних симптомів і функціонального стану організму пацієнтів.

Література:

1. Наказ МОЗ України № 771 «Про затвердження Протоколу надання реабілітаційної допомоги пацієнтам з коронавірусною хворобою (COVID-19) та реконвалесцентам» від 20.04.2021 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0771282-21#Text> (дата звернення: 06.05.2024 р.)

2. Реабілітація пацієнтів після перенесеної пневмонії коронавірусної етіології в амбулаторних умовах: методичні рекомендації / К.Д. Бабов, О.Л. Плакіда, А.В. Капрош, Е.І. Бахолдіна. Одеса: ДУ «УкрНДІ МР та К МОЗ України», 2022. 28 с.

3. Anormal pulmonary function and residual CT abnormalities in rehabilitating COVID-19 patients after discharge / J. You et al. J Infect. 2020. № 81:e150–152. doi: 10.1016/j.jinf.2020.06.003

4. Clinical management of COVID-19: living guideline, 15 September 2022. Geneva: World Health Organization, 2022 (WHO/2019-nCoV/Clinical/2022.2). URL:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/362783/WHO-2019-nCoV-Clinical-2022.2-eng.pdf> (дата звернення: 06.05.2024 р.)

5. Effect of pulmonary rehabilitation for patients with post-COVID-19: a systematic review and meta-analysis / H. Chen, H. Shi, X. Liu et al. *Front. Med.* 2022. 9:837420. doi: 10.3389/fmed.2022.837420

6. Respiratory function in patients post-infection by COVID-19: a systematic review and meta-analysis / R. Torres-Castro et al. *Pulmonology*. 2021. № 27. P. 328–337. doi: 10.1016/j.pulmoe.2020.10.013

7. Rehabilitation of patients with post-COVID-19 Syndrome: a narrative review / T. Sakai et al. *Prog Rehabil Med*. 2023. Vol. 8. doi: 10.2490/prm.20230017

8. WHO. Coronavirus (COVID-19) data. URL: <https://www.who.int/data> (дата звернення: 06.05.2024 р.)

ПРОФІЛАКТИКА АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД МОЛОДІ

С. МЕЛЬНИК,

здобувач освіти I курсу спеціальності 229 «Громадське здоров'я»

С. ПОПЛАВСЬКА,

*кандидат педагогічних наук, доцент, проректор з навчальної роботи,
Житомирський медичний інститут Житомирської обласної ради*

Abstract. The issue of alcohol addiction among young people is becoming more and more relevant in modern society. This article examines the importance of preventive measures in combating this problem. She analyzes the factors that contribute to the development of alcohol addiction in young people, such as the socio-cultural environment, cultural habits and stressful situations. The article then discusses effective prevention strategies, focusing on educational programs, psychological support, and government programs. Finally, she emphasizes the importance of family education and early intervention to prevent alcohol addiction in young people.

Анотація. Запитання алкогольної залежності серед молоді стає все більш актуальним у сучасному суспільстві. Ця стаття розглядає важливість профілактичних заходів у боротьбі з цією проблемою. Вона аналізує фактори, що сприяють розвитку алкогольної залежності у молодих людей, такі як соціокультурне середовище, культурні звички та стресові ситуації. Далі стаття обговорює ефективні стратегії профілактики, зосереджуючись на освітніх програмах, психологічній підтримці та державних програмах. Нарешті, вона

наголошує на важливості родинного виховання та ранньої інтервенції для попередження алкогольної залежності у молоді.

Актуальність проблеми. Алкогольна залежність серед молоді визначається її широким поширенням та серйозними наслідками для здоров'я та соціального життя молоді. Згідно з останніми дослідженнями, відзначається тривожний тенденція збільшення споживання алкоголю серед підлітків та молодих дорослих. Це ставить під загрозу не лише фізичне здоров'я, а й психічне благополуччя молодого покоління, а також призводить до збільшення числа нещасних випадків, насильства та кримінальних подій, пов'язаних з алкогольним споживанням. Таким чином, розгляд цієї проблеми є надзвичайно важливим для забезпечення здорового та безпечного майбутнього для молодого покоління.

Мета дослідження. Мета даної статті полягає у виявленні та розгляді профілактики алкогольної залежності серед молоді з метою зменшення її поширеності та негативних наслідків для здоров'я та соціального функціонування молодого покоління. Шляхом аналізу факторів, що впливають на ризик виникнення алкогольної залежності та розвиток програм та ініціатив, спрямованих на попередження цього явища, стаття має на меті підвищення обізнаності суспільства та залучення уваги до проблеми, а також сприяння формуванню позитивних практик та середовищ, які сприяють здоровому та безпечному стилю життя серед молоді.

Матеріали та методи. Для виконання поставлених завдань використані методи аналізу нормативної, науково-методичної літератури, документальних матеріалів та оцінки отриманих даних.

Результати досліджень. Профілактика алкогольної залежності серед молоді в Україні залишається актуальною та нагальною проблемою. Згідно з останніми дослідженнями, велика кількість підлітків в Україні мають досвід вживання алкоголю. Опитування показують, що 85,7% підлітків принаймні один раз у житті вживали алкоголь, а майже половина опитаних (46,3%) вживали алкогольні напої десять і більше разів [4].

Культура вживання алкоголю в Україні досить глибоко вкорінена, адже алкоголь часто присутній на святкових заходах та сімейних зібраннях. Це створює умови, при яких молодь з раннього віку нормалізує алкоголь як невід'ємну частину соціального життя.

Сприяння алкогольній залежності може мати і економічні передумови, коли під тиском економічних труднощів люди вдаються до алкоголю як засобу

для тимчасового полегшення стану. Окрім того, інтенсивна реклама алкогольних продуктів і легкий доступ до них лише підвищують ризик розвитку залежності серед молоді.

Підлітки та молоді люди, які регулярно вживають алкоголь, можуть проявляти зміни у поведінці, втрату інтересу до навчання, особистої гігієни та зміну кола спілкування, що часто супроводжується відмовами від участі в сімейному житті. Також частими є кардинальні зміни успішності у школі та раптова потреба у грошах.

Важливою складовою в боротьбі з алкоголізмом серед молоді є комплексний підхід, який включає психоедукацію, виховні програми, доступ до психотерапевтичної допомоги та роботу з сім'єю. Такі методи можуть допомогти зменшити рівень алкогольної залежності та підвищити рівень освіченості щодо шкідливих наслідків алкоголю.

Згідно з дослідженням ЮНІСЕФ, значна кількість українських підлітків регулярно вживають алкоголь. Кожен п'ятий підліток (22,5%) стверджує, що п'є алкогольні напої майже щотижня, а більшість опитаних (85,7%) мають досвід вживання алкоголю. Це підкреслює серйозність проблеми та необхідність активних профілактичних заходів [2].

У звіті Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності (EMCDDA) зауважено, що Україна активно співпрацює з міжнародними організаціями для моніторингу та контролю за вживанням алкоголю серед молоді, що свідчить про визнання цієї проблеми на державному рівні [3].

До причин високого рівня алкоголізму серед молоді можна віднести соціокультурні фактори, зокрема традиційне включення алкоголю у святкові заходи, а також низький рівень економічного добробуту, що спонукає молодь вдаватись до алкоголю як засобу втечі від проблем. Значну роль відіграє також активна реклама алкогольної продукції, яка стимулює споживання серед неповнолітніх.

У звіті Центру громадського здоров'я, опублікованому у 2021 році, підкреслено, що алкогольне споживання є надзвичайно поширеним серед українських підлітків, при цьому майже половина опитаних вживала алкоголь десять і більше разів. Також зазначається, що алкогольне споживання є шкідливим на будь-якому рівні та може спричинити серйозні здоров'яні проблеми [1].

Для ефективної профілактики алкогольної залежності серед молоді в Україні важливо втілювати комплексні програми, які включають освітні заходи, розробку та імплементацію виховних проєктів, а також залучення сімей і навчальних закладів. Ініціативи мають бути спрямовані на формування у підлітків стійкості до соціального тиску, здатності відмовлятися від шкідливих звичок. Важливим є також підтримка психологічного здоров'я молоді та надання доступу до ресурсів, які допомагають впоратися з психологічними проблемами, що можуть вести до вживання алкоголю як способу самолікування [5].

Важливу роль у профілактиці відіграють державні програми та ініціативи, спрямовані на обмеження доступу до алкоголю серед неповнолітніх. Це включає законодавчі заходи, такі як обмеження на продаж алкоголю молодим людям та жорсткіші покарання для торговців, які порушують ці норми. Також важливим є контроль за рекламою алкогольних продуктів, щоб мінімізувати її вплив на молодь.

Крім того, в Україні діють численні некомерційні та волонтерські організації, які займаються питаннями профілактики алкоголізму серед молоді. Ці організації проводять інформаційні кампанії, організовують освітні заходи та групи підтримки для молодих людей, які стикаються з проблемами залежності.

Наостанок, важливим аспектом у боротьбі з алкогольною залежністю є сімейне виховання. Батьки повинні займати активну роль у житті своїх дітей, проводячи час разом, обговорюючи з ними важливість здорового способу життя та наслідки вживання алкоголю. Також корисним є навчання батьків ефективним методам спілкування та підтримки своїх дітей у випадку виникнення проблем.

У сукупності, ці заходи можуть значно знизити рівень алкогольної залежності серед молоді в Україні, сприяючи формуванню здоровіших поколінь та покращенню загального благополуччя нації.

Література:

1. Центр громадського здоров'я. Вживання алкоголю серед підлітків: останнє дослідження ESPAD. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://phc.org.ua>.
2. Українські підлітки стали менше курити, проте вживання алкоголю, доступ до наркотичних речовин та залежність від соціальних мереж зростають. ЮНІСЕФ. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.unicef.org>.

3. Європейський моніторинговий центр з наркотиків та наркотичної залежності (EMCDDA). Звіт щодо наркотичної та алкогольної ситуації в Україні 2023. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.emcdda.europa.eu>.

4. Сумна статистика алкогольної залежності в Україні. Здоров'я. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://tsn.ua>.

5. Алкоголізм серед молоді: профілактика. Alexis. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://alexis.com.ua>.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ ОСВІТНЬОГО КОМПОНЕНТУ «ГЕНЕТИКА ЛЮДИНИ» МАЙБУТНІМ ФАХІВЦЯМ З БІОЛОГІЇ ТА ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я

Ольга МЕХЕД,
*доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри біології
Національний університет «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка*

Актуальність проблеми. Вивчення освітнього компонента "Генетика людини" для майбутніх фахівців з біології та громадського здоров'я має важливе значення в сучасному світі. Розвиток генетичних технологій та досліджень у цій галузі створює необхідність у глибокому розумінні генетичних питань для майбутніх фахівців. Також, зростаючий інтерес до генетичних аспектів здоров'я людини та спадкових хвороб вимагає вдосконалення методик викладання цієї теми, щоб студенти отримували актуальну та компетентну освіту у цій області. Вивчення основ здорового способу життя має надзвичайну актуальність для фахівців громадського здоров'я у сучасному світі [7]. У першу чергу це важливо з точки зору профілактики захворювань, адже знання про здоровий спосіб життя допомагає уникнути багатьох захворювань, таких як серцево-судинні, діабет, ожиріння та інші, що є серйозними проблемами громадського здоров'я; зменшення витрат на охорону здоров'я - люди, які приділяють увагу своєму здоров'ю і ведуть здоровий спосіб життя, менше потребують медичної допомоги та лікування, що сприяє зменшенню витрат на охорону здоров'я; підвищення якості життя, оскільки здоровий спосіб життя допомагає покращити якість життя, забезпечує енергію та життєвий тонус, зменшує стрес та покращує психічне самопочуття; попередження пандемій та епідемій - освіченість населення у питаннях здорового життя сприяє

попередженню пандемій та епідемій, так як люди краще розуміють важливість гігієни, вакцинації та інших аспектів здоров'я і має певні соціальні переваги - люди, які ведуть здоровий спосіб життя, частіше є енергійними, продуктивними та більш задоволеними в соціальному та професійному житті. Таким чином, основи здорового способу життя є важливою складовою професійної підготовки фахівців громадського здоров'я та біології, оскільки вони можуть вплинути на здоров'я та якість життя цілого населення та сприяти покращенню публічного здоров'я загалом.

Аналіз наукових досліджень дозволяє виявити наступні важливі аспекти та тенденції. Дослідження показують, що ефективними методами викладання генетики людини є активні методи, такі як проблемне навчання, практичні вправи, групові дискусії та використання сучасних технологій. Викладання генетики людини найефективніше, коли вона інтегрується з іншими предметами, такими як біологія, медицина, громадське здоров'я та інші, що дозволяє студентам бачити ширший зв'язок між дисциплінами [8]. Деякі дослідження вказують на те, що студенти проявляють більший інтерес та мотивацію до вивчення генетики людини, коли викладання спрямоване на практичні аспекти, зокрема на застосування генетичних знань у сфері медицини та громадського здоров'я. Згідно з дослідженнями, практичні заняття, такі як лабораторні роботи, клінічні вправи та робота з реальними клінічними випадками, допомагають студентам краще засвоювати матеріал та розуміти його застосування [4]. Нові дослідження підтверджують важливість використання інноваційних методів навчання, таких як віртуальна реальність, симуляційні моделі та інші технології, які забезпечують ефективніше засвоєння матеріалу [3, 6]. Отже, аналіз наукових досліджень свідчить про необхідність удосконалення методів та підходів до викладання генетики людини майбутнім фахівцям з біології та громадського здоров'я з метою підвищення якості освіти та підготовки компетентних спеціалістів у цій галузі.

Метою роботи було проаналізувати основні аспекти викладання ОК «Генетика людини» для майбутніх фахівців-біологів та фахівців громадського здоров'я.

Виклад основного матеріалу. Галузі генетики людини розділяються на різні напрями, кожен з яких спеціалізується на конкретних аспектах. Медична генетика зосереджена на вивченні спадкових хвороб і розробці методів їх діагностики, лікування та профілактики [1]. Цитогенетика аналізує хромосоми людини, їхню структуру та функції, проводить картацію і розробляє методи

хромосомного аналізу. Популяційна генетика вивчає генетичну структуру різних груп людей, визначає частоту зустрічальності різних генетичних варіантів та оцінює вплив забруднення навколишнього середовища на генетику. Біохімічна генетика концентрується на механізмах виявлення генетичної інформації та її перетворенні у фізичні прояви в живих організмах. Радіаційна генетика вирішує завдання з розробки систем захисту генетичного потенціалу людей від впливу іонізуючої радіації. Імунологічна генетика аналізує генетичні аспекти імунологічних характеристик організму та механізми імунних відповідей. фармакологічна генетика вивчає генетичні особливості реакції організму на лікарські препарати та їх вплив на генетичний апарат. Ці напрями генетики людини спрямовані на різні аспекти функціонування організму та мають важливе значення для розуміння спадкових механізмів та розвитку сучасної медицини [9].

Навчання освітнього компоненту "Генетика людини" майбутнім фахівцям з біології та громадського здоров'я є невід'ємною частиною професійної підготовки в цих областях. Це відображається в ряді особливостей та підходів, які є важливими для ефективного вивчення цієї теми. Інтеграція з іншими науками - генетика людини має важливе значення у біології, медицині, громадському здоров'ї та інших галузях. Інтеграція цієї дисципліни з іншими науками дозволяє студентам отримати більш глибоке та комплексне розуміння генетичних механізмів та їх впливу на здоров'я та суспільство. Використання активних методів навчання, таких як проблемне навчання, групові проекти, використання віртуальних середовищ та інтерактивні заняття, дозволяє стимулювати активну участь студентів у процесі навчання та розвиток їх критичного мислення [9]. Забезпечення можливості для студентів працювати з реальними генетичними даними, проводити лабораторні дослідження, аналізувати клінічні випадки та застосовувати отримані знання у практичних ситуаціях. Використання сучасних технологій: застосування сучасних технологій, таких як комп'ютерна моделювання, віртуальна реальність, візуалізація генетичних процесів та інші інноваційні методи, підвищує ефективність навчання та робить процес більш доступним та зрозумілим для студентів [2]. Розгляд етичних аспектів використання генетичних даних, конфіденційності пацієнтів, впливу генетичних технологій на суспільство та інші етичні питання важливий для формування професійних цінностей та стандартів майбутніх фахівців [5]. Узагальнюючи, навчання генетики людини майбутнім фахівцям з біології та громадського здоров'я потребує комплексного

підходу, який враховує інтеграцію з іншими науками, застосування активних та практичних методів навчання, використання сучасних технологій та увагу до етичних питань. Це дозволяє забезпечити якісне засвоєння матеріалу та підготовку компетентних та етичних спеціалістів у галузі генетики та громадського здоров'я.

Висновки. Підсумовуючи, слід зазначити низку ключових моментів, які визначають важливість цієї теми у професійній підготовці. По-перше, вивчення генетики людини є актуальним і важливим напрямом, оскільки воно дозволяє розуміти генетичні механізми та їх вплив на здоров'я людини та суспільство в цілому. Це важливо для розвитку сучасної медицини, громадського здоров'я та біологічних наук. По-друге, ефективне викладання генетики людини передбачає використання різноманітних методів та підходів, таких як інтеграція з іншими науками, активні методи навчання, практичні заняття та використання сучасних технологій. Це сприяє кращому засвоєнню матеріалу та розвитку практичних навичок. По-третє, вивчення генетики людини має важливі етичні аспекти, які також потрібно враховувати у процесі навчання. Розуміння етичних питань пов'язаних з генетикою допомагає майбутнім фахівцям приймати обґрунтовані рішення у своїй професійній діяльності. У цілому, викладання освітнього компоненту "Генетика людини" майбутнім фахівцям з біології та громадського здоров'я має велике значення і вимагає комплексного підходу, що сприяє якісній підготовці спеціалістів у цій області.

Література:

1. Лісовенко А.Ф., Бедан В.Б. Основи біології та генетики людини: практикум. Одеса: Фенікс, 2021. 73 с.
2. Мехед О. Б., Мехед Д. Б., Рябченко С. В. Використання сучасних інформаційно-комунікаційних технологій з метою популяризації здорового способу життя. Вісник Національного університету «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка. Чернігів : НУЧК, 2022. Вип. 16 (172). С. 174-178
3. Мехед О. Б., Третяк О. П., Дейкун М. П. Формування професійних компетенцій майбутніх фахівців галузі охорони здоров'я в умовах дистанційної освіти. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Теорія та методика навчання природничих наук. Вінниця: ВДПУ, 2024. № 6. С. 17-23

4. Снісар О. В. Особливості впровадження методів проблемно-модульної технології упрофесійній підготовці молодших медичних працівників. Наукові записки. Серія : педагогічні науки. 2012. Вип. 106_2. С. 160–167.
5. Griban, G., Myroshnychenko, M., Tkachenko, P., Krasnov, V., Karpiuk, R., Mekhed, O., Shyyan, V. (2021). Psychological and pedagogical determinants of the students' healthy lifestyle formation by means of health and fitness activities. *Wiadomości Lekarskie*, 74 (5), 1074-1078. doi: 10.36740/WLek202105105.
6. Mekhed O.B. Application of stem technologies in the professional training of specialists in the field of human health. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. 2024. Випуск 3К (176). С. 39-42
7. Mekhed O., Nosko M. The biological and social fundamentals of healthy living of participants of the educational process // *Bioresources and Human Health*. Edited by Andrzej Krynski, Georges Kamto Tebug, Svitlana Voloshanska. Częstochowa: Publishing House of Polonia University "Educator", 2021. 143-154
8. Nosko, M., Mekhed, O., Ryabchenko, S., Ivantsova, O., Denysovets, I., Griban, G., Prysyazhniuk, S., Oleniev, D., Kolesnyk, N., Tkachenko, P. The influence of the teacher's social and pedagogical activities on the health-promoting competence of youth. *International Journal of Applied Exercise Physiology*, 2020. 9(9), 18-28.
9. Read A., Donnai D. *New Clinical Genetics*, fourth edition. Scion Publishing Ltd., 2020. 468 p.

РЕАБІЛІТАЦІЙНА ДОПОМОГА У ПРОГРАМІ МЕДИЧНИХ ГАРАНТІЙ

Василь МИХАЛЬЧУК,
професор кафедри управління охороною здоров'я
Алла ПОЖЕВІЛОВА,
асистент кафедри управління охороною здоров'я,
Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика

Вступ. В умовах війни та щоденного збільшення кількості поранених та травмованих як серед військовослужбовців, так і серед цивільного населення, проблема організації ефективної реабілітаційної допомоги в Україні набуває все більшої актуальності.

На сьогодні в Україні створене законодавчо-нормативне підґрунтя для формування сучасної системи реабілітаційної допомоги, яка базується на засадах доказової медицини, мультидисциплінарності, пацієнтоорієнтованості, біопсихосоціальному підході, а також використанні Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я [1,2]. У той же час існує ряд проблем в організації реабілітаційної допомоги, зокрема, у її фінансовому, матеріально-технічному та кадровому забезпеченні [3,4]. Моніторинг стану надання реабілітаційної допомоги населенню, у т.ч. згідно із програмою медичних гарантій, є важливою складовою обґрунтування можливостей удосконалення організації реабілітаційної допомоги населенню України.

Мета. Проаналізувати кількість, структуру договорів на реабілітаційні послуги та обсяги їх фінансування у програмі медичних гарантій на 2024 в Україні та її регіонах.

Матеріали та методи. У дослідженні за допомогою методу системного підходу та аналізу і бібліографічного методу проаналізовані наукові джерела та нормативно-правові документи з організації реабілітаційної допомоги в Україні. Статистичний метод використано для аналізу даних Національної служби охорони здоров'я (НСЗУ), оприлюднених на офіційному сайті НСЗУ (<https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-contracts> (станом на 08.05.2024 р.)).

Результати. Програма медичних гарантій (ПМГ), згідно із Законом «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», включає реабілітацію у сфері охорони здоров'я (стаття 4) [5]. Починаючи із 2020 р. Національна служба охорони здоров'я України розпочала контракування закладів охорони здоров'я для надання реабілітаційної допомоги.

У 2024 році ПМГ передбачено 3 окремі реабілітаційні пакети: «Медична реабілітація немовлят, які народились передчасно та/або хворими, протягом перших трьох років життя» (пакет 25), «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у стаціонарних умовах» (пакет 53), «Реабілітаційна допомога дорослим і дітям у амбулаторних умовах» (пакет 54). Одержати реабілітаційні послуги згідно з даними пакетами населення України у 2024 р. може у 357 закладах охорони здоров'я, переважну більшість серед яких становлять заклади комунальної власності (327, 91.6%). Приватний сектор охорони здоров'я поки не дуже активно долучається до надання реабілітаційної допомоги за контрактами із НСЗУ, навіть незважаючи на зростання тарифів на оплату

реабілітаційних послуг у 2024 році. Серед 26 приватних ЗОЗ, які уклали договори із НСЗУ, 23 надають реабілітаційну допомогу у стаціонарних умовах.

У 2024 році 357 надавачів реабілітаційної допомоги підписали із НСЗУ 460 договорів на реабілітаційні пакети (у середньому на 1-го надавача в Україні припадає 1.29 реабілітаційні пакети). Серед 460 договорів, 295 (64.1%) передбачають надання реабілітаційної допомоги дорослим і дітям у стаціонарних умовах, 131 (28.5%) - медичну реабілітацію немовлят і лише 34 (7.1%) - реабілітаційну допомогу дорослим і дітям у амбулаторних умовах.

Найбільша кількість надавачів реабілітаційних послуг зосереджена у Дніпропетровській (35), Львівській (29) областях та у м. Києві (33).

У бюджеті ПМГ 2024 року на виплати за договорами на надання усіх трьох реабілітаційних пакетів передбачено 3,062,513,887.9 грн., що складає 2.4 % від загального бюджету ПМГ-2024. 89.1% від цих коштів (2730390303.3 грн) одержать, у разі виконання договорів, ЗОЗ комунальної та державної власності, а приватні ЗОЗ - 10,9% (332123584.6 грн), відповідно.

У ході подальшого аналізу нами визначені особливості контрагування за окремими реабілітаційними пакетами.

Немовлята, які народились передчасно або хворими, протягом перших трьох років життя зможуть одержати реабілітаційні послуги у 131 комунальному закладі охорони здоров'я (ЗОЗ), 5-ти – приватних та у 1-го ФОП. У ПМГ-2024 на цей пакет передбачено 208,847,640 грн.

Лідерами за кількістю надавачів послуг із реабілітації за даним пакетом є м. Київ (18), Львівська (15) та Дніпропетровська (13) області. Лише по одному надавачу реабілітаційної допомоги новонародженим у Херсонській та Чернігівській областях. Договір на найбільшу суму (5,842,800.00 грн.) за 25-м пакетом підписаний у Чернівцях – у КНП "Міська дитяча поліклініка".

Послуги за пакетом реабілітаційної допомоги у стаціонарних умовах доросле та дитяче населення України у 2024 році зможе одержати у 295 закладах охорони здоров'я, у т.ч. 269 комунальних, 23 приватних та 3 державних. Лідерами за кількістю укладених договорів із НСЗУ на надання реабілітаційної допомоги у стаціонарних умовах є Дніпропетровська (28), Львівська (19), Полтавська (19) області та м. Київ (20). Найменша кількість договорів підписана у найбільш постраждалих у ході війни Луганській (1), Херсонській (3), Донецькій (6) та Миколаївській (6) областях, а також у Київській (6), Хмельницькій (6) та Черкаській (7) областях. На послуги з

медичної реабілітації в умовах стаціонару у бюджеті ПМГ на 2024 рік передбачено 2,728,046,047.9 грн.

Контракт на найбільшу суму (123,476,820.0 грн) за 53-м пакетом підписаний у Харківській обл. клінічним санаторієм "Роща" приватного акціонерного товариства лікувально-оздоровчих закладів профспілок України "Укрпрофоздоровниця".

Серед ЗОЗ комунальної власності лідером є КНП "Дніпропетровський обласний спеціалізований реабілітаційний центр "Солоний лиман" із сумою договору 118,637,088.0 грн.

У 2024 році доросле та дитяче населення України зможе одержати реабілітаційну допомогу у амбулаторних умовах лише у 34 закладах охорони здоров'я, всі з яких є у комунальній власності. Найбільша кількість надавачів даної послуги у Дніпровській (4) та Донецькій (4) областях.

У бюджеті ПМГ на реалізацію даного реабілітаційного пакету передбачено 125,620,200.0 грн. Контракт на найбільшу суму (17,236,260.0 грн) підписаний із КНП "Павлоградська міська лікарня № 1" у Дніпропетровській області.

Слід відмітити, що у 9 з 24 областей України жоден заклад не підписав із НСЗУ контракт на надання реабілітаційної допомоги у амбулаторних умовах (у Вінницькій, Волинській, Київській, Рівненській, Сумській, Тернопільській, Хмельницькій, Чернівецькій, Чернігівській областях).

Однією із причин такої ситуації є нестача у амбулаторних закладах регіонів фахівців із надання реабілітаційної допомоги. Згідно із умовами НСЗУ щодо закупівлі медичних послуг із реабілітації у амбулаторних умовах, надавач даного пакета має бути укомплектований мінімум 2-ма лікарями з фізичної та реабілітаційної медицини, 2-ма лікарями-психологами та/або лікарями-психотерапевтами, 2-ма фізичними терапевтами, 2-ма ерготерапевтами, 1-м – асистентом фізичного терапевта та/або асистентом ерготерапевта, 1-м логопедом, які працюють за основним місцем роботи у цьому ЗОЗ і мають надавати реабілітаційну допомогу як мультидисциплінарна команда.

Висновки: Встановлено, що програма державних гарантій медичної допомоги на 2024 рік передбачає три пакети реабілітаційних послуг, які населення може одержати у 357 закладах охорони здоров'я, переважну більшість серед яких становлять заклади комунальної власності (327, 91.6%). Виявлені суттєві регіональні відмінності у кількості підписаних договорів на надання реабілітаційної допомоги за програмою медичних гарантій. Найбільша

кількість надавачів реабілітаційних послуг зосереджена у Дніпропетровській (35), Львівській (29) областях та у м. Києві (33).

У 2024 році реабілітаційну допомогу у амбулаторних умовах дорослому та дитячому населенню надаватимуть лише 34 комунальні заклади охорони здоров'я. У 8 з 24 областей України жоден заклад не підписав контракт із НСЗУ на надання реабілітаційної допомоги у амбулаторних умовах. Однією з причин такої ситуації є дефіцит фахівців із медичної реабілітації у регіонах України.

Актуальною проблемою організації сучасної реабілітаційної допомоги в Україні та її регіонах є налагодження ефективної системи її кадрового забезпечення фахівцями, які зможуть забезпечити надання реабілітаційної допомоги на засадах мультидисциплінарності, пацієнтоорієнтованості та доказової медицини. На вирішення даної проблеми будуть спрямовані наші подальші дослідження.

Література:

1. Постанова КМ України від 16 грудня 2022 р. № 1462 «Деякі питання організації реабілітації у сфері охорони здоров'я» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1462-2022-%D0%BF#Text> (дата звернення 08.05.2024)
2. Наказ МОЗ України від 16.11.2022 р. № 2083 «Про затвердження Порядку організації надання реабілітаційної допомоги на реабілітаційних маршрутах» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1516-22#Text> (дата звернення 08.05.2024)
3. Берлінець І.А. Модернізація організаційно-правового механізму державного управління підготовкою кадрів у медико-реабілітаційній сфері. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Державне управління*. 2020. Том 31 (70) № 3. С.61-65.
4. Mironyuk I., Slabkiy H., Kartavtsev R. Introduction of the package of medical services «comprehensive rehabilitation assistance to adults and children in stationary conditions» in health care institutions of Ukraine: material and technical requirements. *Acta Balneologica*. 2023. Vol. 65. P. 120-124.
5. Закон України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text> (дата звернення 08.05.2024).

КОМПЛЕКСНЕ ВІДНОВЛЕННЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ ВИНИКНЕННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ЕВЕНТРАЦІЇ В ОНКОХВОРИХ

Ігор МОРАР,
*доктор медичних наук, асистент кафедр
фізичної реабілітації, ерготерапії та домедичної допомоги
факультету фізичної культури та здоров'я людини,
Чернівецький національний університет ім. Юрія Федьковича*

Вступ. На сьогоднішній день післяопераційна евентрація (ПЕ) є відносно рідким, проте одним з найнебезпечніших ускладнень абдомінальної хірургії, яка має місце у 0,5-2,35% пацієнтів [1, 2].

Найбільш часто евентрація виникає після екстрених оперативних втручань на органах черевної порожнини, у ослаблених пацієнтів літнього та старечого віку, з низьким імунобіологічним станом організму [1, 3].

Найбільшу групу ризику складають хворі на злоякісні новоутворення органів черевної порожнини, де мають місце явища вторинного імунodefіциту, кахексії, анемії тощо, що безумовно впливає на швидкість регенерації та ризик розвитку гнійно-септичних ускладнень з боку післяопераційної рани [4, 5].

Вивчення клінічних особливостей розвитку ПЕ на тлі онкологічного процесу дасть змогу краще зрозуміти роль останнього у розвитку даного післяопераційного ускладнення.

Мета дослідження. Дослідити клінічні особливості розвитку післяопераційної евентрації у хворих на злоякісні новоутворення органів черевної порожнини.

Матеріал і методи. Обстежено 114 прооперованих хворих на різні захворювання органів черевної порожнини, у яких виникла ПЕ впродовж перших 10 діб раннього післяопераційного періоду.

Основну групу склали 61 хворий на злоякісні новоутворення органів черевної порожнини, у III-IV стадіях захворювання.

Групу порівняння утворили 53 хворих на гостру хірургічну неонкологічну патологію органів черевної порожнини.

З цієї кількості пацієнтів особи жіночої статі склали 53 (46,5%), а чоловічої – 61 (53,5%).

Всі пацієнти, під час перебування у стаціонарі, отримували стандартне післяопераційне лікування, згідно із протоколами надання медичної допомоги хворим на невідкладну хірургічну патологію органів живота [6].

Статистичну обробку отриманих результатів досліджень проведено на персональному комп'ютері з використанням електронних таблиць Microsoft Excel, а також програми IBM SPSS Statistics. Оцінювали середні значення отриманих даних (M), їхні стандартні відхилення (m), достовірність статистичних показників (p) за t-критерієм Ст'юдента. З метою оцінки вірогідності різниці між відсотковими долями двох вибірок використовували критерії Фішера.

Обговорення результатів дослідження. При порівнянні середнього віку пацієнтів між обома дослідними групами, слід відмітити, що у осіб основної групи він становив $68,4 \pm 1,16$ роки, що в 1,21 раза ($p < 0,001$) вищий ніж у групі порівняння ($56,3 \pm 1,24$ роки).

Важливе значення у перебігу ПЕ має її ступінь тяжкості та термін виникнення, які між собою безпосередньо пов'язані.

Проведені нами дослідження вказують на меншу кількість осіб основної групи з ПЕ I та II ступенів, проте різниця з останньою невірогідна. Відмічається вірогідне переважання осіб основної групи, проти групи порівняння з ПЕ III та IV ступенів.

Важливе значення у розвитку ПЕ є термін її виникнення. У наших дослідженнях середній термін виникнення ПЕ становив $10,77 \pm 0,203$ діб.

Отримані результати дослідження вказують на вірогідно менший термін виникнення ПЕ у пацієнтів основної групи, при всіх ступенях її тяжкості, проте ця різниця невірогідна.

Цікавим фактом у розвитку ПЕ є вивчення частоти розвитку ПЕ, залежно від виду серединної лапаротомії. В обох дослідних групах, вірогідно переважає частота виникнення ПЕ у середньосерединну лапаротомну рану. Слід відмітити вірогідне переважання частоти ПЕ, у пацієнтів основної групи, при виконанні середньосерединної та повної лапаротомій. Проте у групі порівняння відмічається вірогідне переважання частоти ПЕ при верхньосерединній лапаротомії.

Середня довжина лапаротомної рани склала $23,03 \pm 0,198$ см. При порівнянні середньої довжини лапаротомної рани між обома дослідними групами, слід відмітити вірогідне ($p < 0,001$) переважання довжини в основній групі ($23,79 \pm 0,233$ см), проти групи порівняння ($22,13 \pm 0,04$ см).

Також, слід відмітити переважання довжини лапаротомної рани у пацієнтів основної групи, проте ця різниця вірогідна за III та IV ступенях тяжкості ПЕ.

Як відомо надлишкова вага тіла впливає на обмінні процеси в організмі людини, зокрема доведена провідна роль ожиріння у генезі цукрового діабету II типу, дисліпідемії, атеросклерозу тощо, що також може мати вплив на репаративні процеси у ділянці лапаротомної рани.

Отримані результати дослідження вказують на дефіцит маси тіла в основній групі, який спостерігається у 16 (26,2%) осіб, що в 3,2 раза ($p < 0,01$) вище ніж у групі порівняння (5 (9,4%)). Надлишкова маса тіла у групі порівняння мала місце у 10 (18,9%), що в 3,3 раза ($p < 0,01$) вище ніж в основній групі (3 (4,9%)). Випадки ожиріння у пацієнтів основній групі відсутні, проте у групі порівняння спостерігаються у 9 (17,0%) осіб.

Результати дослідження свідчать про вірогідно менший індекс маси тіла у пацієнтів основної групи, за всі ступені тяжкості ПЕ, що пояснюється поширенням онкологічного процесу, як результат кахексією організму.

Важливу роль у розвитку ПЕ відіграє супутня хронічна патологія, оскільки остання безпосередньо впливає на репаративні процеси у ділянці лапаротомної рани. Отримані результати дослідження вказують на вірогідне ($p < 0,001$) переважання відсотку пацієнтів основної групи (45 (73,8%)) з хронічною супутньою патологією, проти осіб групи порівняння (28 (52,8%)), проте, якщо розглянути у структурно вірогідна різниця між обома дослідними групами відсутня. В обох дослідних групах найбільший відсоток відмічається серед серцево-судинної та легеневої патології.

Отже, підсумовуючи результати дослідження слід відмітити, що ПЕ на тлі онкологічного процесу виникає у пацієнтів більш старшого віку. Це пояснюється тим, що для хворих на онкологічну патологію характерний більш старший вік.

Для ПЕ на тлі онкологічного процесу характерний менший термін її розвитку, а також переважає III та IV ступені її тяжкості, що потребує виконання невідкладного оперативного втручання, тим самим погіршує результати лікування основного захворювання.

Дана ПЕ частіше виникає при виконанні середньосерединної та повної лапаротомій, а також безпосередньо залежить від розмірів останньої.

Слід відмітити, що ПЕ на тлі онкологічного процесу виникає у пацієнтів із супутньою хронічною патологією, з дефіцитом маси тіла або нормальною вагою.

Післяопераційна летальність у пацієнтів основної групи виникла у 32 (52,5%) осіб, що на 16,7% ($p > 0,05$) на більша ніж у групі порівняння – 19

(35,8%) особи.

Висновки:

1. Післяопераційна евентрація на тлі онкологічного процесу виникає переважно при середньосерединній або повній лапаротоміях, у пацієнтів більш старшого віку, з хронічною супутньою патологією та дефіцитом маси тіла або нормальною вагою.

2. Виникнення післяопераційної евентрації на тлі онкологічного процесу характеризується III-IV ступенями тяжкості, меншим терміном розвитку, та більшою частотою післяопераційної летальності.

Література:

1. Boiko VV, Kozachenko AV, Herbenko HI, et al.. Eventratsiia, likuvannia uskladnen. Kharkivska khirurhichna shkola. 2014;1 (64): 98-102. [in Ukrainian]

2. Polovyi VP, Sydorchuk RI, Vozniuk SM, et al. Otsinka ta prohnozuvannia stupenia tiazhkosti perebihu rannoho pisliaoperatsiinoho periodu u khvorykh na hostri khirurhichni zakhvoriuvannia cherevnoi porozhnyny, uskladneni perytonitom. Ukrainskyi zhurnal khirurhii. 2013; 2 (21): 80-84. [in Ukrainian]

3. Berezhnyskyi YaS, Fomina PD. Standarty orhanizatsii ta profesiino oriientovani protokoly nadannia medychnoi dopomohy khvorym z nevidkladnoiu khirurhichnoiu patolohiieiu orhaniv zhyvota. Naukovo-metodychne vydannia. K.: TOV «Doktor-Media». 2010: 470. [in Ukrainian]

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ТРАВМИ КИСТІ: ВАЖЛИВІ АСПЕКТИ ТА ПІДХОДИ

Іван ОВДІЮК,
аспірант,

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м.Рівне

Постановка актуальності проблеми. Травми кисті є поширеним видом травм, які можуть виникати в результаті домашніх нещасних випадків, спортивних травм, робочих травм або дорожньо-транспортних пригод. Численність таких травм залишається високою і потребує ефективних методів реабілітації.

Здатність до повноцінного функціонування кисті є важливою для виконання повсякденних завдань, роботи та самообслуговування. Це ставить під сумнів високі вимоги до реабілітаційних заходів після травми кисті.

В останні роки відбувається значний прогрес у сфері медичних технологій, що сприяє розвитку більш ефективних методів реабілітації. Використання електротерапії, віртуальної реальності та інших інноваційних підходів може покращити результати лікування пацієнтів з травмами кисті.

Травми кисті можуть призвести до значних економічних витрат через втрату працездатності, потребу в медичній допомозі та реабілітації. Розробка ефективних програм реабілітації може зменшити ці витрати та поліпшити результати лікування.

Функціональність кисті має велике значення для підтримання якості життя пацієнтів. Відновлення рухливості і силу кисті дозволить пацієнтам повернутися до звичного способу життя та діяльності.

Отже, розробка і впровадження ефективних програм реабілітації після травми кисті має великий потенціал для покращення якості життя та результатів лікування пацієнтів і залишається актуальною та перспективною проблемою в галузі медицини.

Аналіз останніх досліджень. Недавні дослідження підтверджують, що систематична фізична терапія після травми кисті сприяє значному покращенню рухливості, силу та функціональність кисті. Вправи, спрямовані на покращення діапазону рухів та м'язової сили, показуються особливо корисними у відновленні після травми.

Останні дослідження вказують на переваги застосування сучасних технологій, таких як віртуальна реальність або розумні пристрої для фізичної терапії, у процесі відновлення кисті після травми. Ці інноваційні методи дозволяють індивідуалізувати та підсилити програми реабілітації.

Введення нових біомеханічних пристроїв та розробок у сфері травматології дозволяє покращити результати реабілітації після травм кисті. Наприклад, використання електроміографії для контролю рухів та збільшення точності відновлення.

Найновіші дослідження підтверджують важливість комплексного підходу до реабілітації після травми кисті, який поєднує фізичні терапії з психологічною підтримкою та використанням інноваційних технологій [1].

Мета та завдання. Метою даного дослідження є детальне вивчення та аналіз ефективних методів реабілітації після травми кисті з метою покращення результатів лікування та якості життя пацієнтів.

Завдання: огляд літератури щодо сучасних підходів до реабілітації після травми кисті; вивчення ефективності фізичних терапій у відновленні рухливості

та сили кисті після травм; аналіз застосування новітніх технологій, таких як віртуальна реальність або біомеханічні пристрої, у процесі реабілітації; визначення оптимальних стратегій окупаційної терапії для покращення функціональності кисті.

Виклад основного матеріалу. Травма кисті є серйозним медичним випадком, який може суттєво обмежити функціональність пацієнтів і впливати на їхнє повсякденне життя. Ефективна реабілітація після таких травм відіграє важливу роль у відновленні рухливості, сили та функціональності кисті. Основні методи реабілітації включають фізичну терапію, використання спеціалізованих технологій та окупаційну терапію.

Фізична терапія. Це ключовий компонент у відновленні кисті після травми. Фізичні вправи, зосереджені на підвищенні діапазону рухів, м'язовій силі та координації, допомагають підтримувати і поліпшувати функціональність кисті. Також використовуються методи розтяжки і масажу для покращення гнучкості та кровообігу [2].

Сучасні технології, такі як віртуальна реальність (VR) або біомеханічні пристрої, дозволяють інтенсивніше та індивідуалізоване відновлення. VR може використовуватися для імітації різних сценаріїв руху та поліпшення координації. Біомеханічні пристрої, такі як екзоскелети або роботизовані системи, допомагають зміцнювати м'язи і відновлювати рухливість кисті.

Окупаційна терапія. Цей підхід спрямований на відновлення повсякденних навичок і навчання пацієнтів ефективно використовувати та адаптуватися до обмежень кисті. Окупаційні терапевти допомагають знаходити альтернативні способи виконання завдань і підтримують пацієнтів у їхній реабілітації. Найефективнішою стратегією реабілітації після травми кисті є інтегрований підхід, який поєднує фізичну терапію, використання технологій та окупаційну терапію. Це дозволяє підвищити швидкість відновлення, поліпшити якість життя та забезпечити тривалий позитивний ефект у реабілітації пацієнтів.

Цей комплексний підхід до реабілітації після травми кисті дозволяє забезпечити оптимальне відновлення функціональності та підвищити якість життя пацієнтів з подібними травмами [2].

Висновки. Застосування фізичної терапії, новітніх технологій, таких як віртуальна реальність і біомеханічні пристрої, разом з окупаційною терапією є важливими компонентами успішної реабілітації. Інтегрований підхід сприяє відновленню рухливості, зниженню болю та покращенню якості життя пацієнтів. Для досягнення оптимальних результатів у реабілітації після травми

кисті, важливо продовжувати дослідження та розвивати інноваційні підходи, що сприятимуть покращенню терапевтичного ефекту та забезпечать оптимальне відновлення функцій руки у пацієнтів з цією проблемою.

Література:

1.O'Connor, R. J., & Murphy, E. P. Rehabilitation of Hand and Wrist Injuries in Athletes: A Current Concepts Review. Sports Health, 2019, 268–274.

2.Curtis, R. M., Bays, B. I., & Brault, J. S. Rehabilitation following carpal, metacarpal and phalangeal fractures. Current Reviews in Musculoskeletal Medicine, 2020, 97-106.

АНАЛІЗ ІНВАЛІДНОСТІ ЯК ОСНОВА ПЛАНУВАННЯ ТА ОРГАНІЗАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ДИТЯЧОМУ НАСЕЛЕННЮ

Наталія ОРЛОВА,

*д.мед.н., професор, професор кафедри
соціальної медицини та організації охорони здоров'я,
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова*

Олег ТОНКОВИД,

*к.мед.н., доцент, доцент кафедри управління охороною здоров'я,
Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика*

Інна ПАЛАМАР,

*к.мед.н., доцент, доцент кафедри
соціальної медицини та організації охорони здоров'я,
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова*

Вступ. Інвалідність дитячого населення є одним із основних показників стану громадського здоров'я, організації та якості надання медичної і реабілітаційної допомоги, а також становить вагому медичну, соціальну та економічну проблему України.

Згідно з Конвенцією ООН про права дитини «дитина з інвалідністю має вести повноцінне і достойне життя в умовах, які забезпечують її гідність, сприяють почуттю впевненості в собі і полегшують її активну участь у житті суспільства »[1, Стаття 23]. Організація надання якісної та ефективної реабілітаційної допомоги становить вагому складову у реалізації даного права дітьми із інвалідністю.

Аналіз динамічних та регіональних особливостей інвалідності дітей, а також причин її формування складає основу для визначення потреби дитячого

населення у реабілітаційній допомозі та в обґрунтуванні шляхів удосконалення її організації.

Мета: здійснити аналіз інвалідності дітей в Україні та у розрізі її регіонів у динаміці за 2015-2022 рр.

Матеріали та методи: У дослідженні використано бібліографічний, епідеміологічний та статистичний методи, а також метод системного підходу та аналізу.

Матеріалами дослідження виступили статистичні дані ф. № 19 "Звіт про дітей з інвалідністю віком до 18 років за 20__ рік" узагальнені на рівні адміністративних територій (областей та м. Київ) і в Україні в цілому та представлені у статистичних довідниках МОЗ України [2].

У дослідженні проаналізовані абсолютні дані та рівні первинної та загальної інвалідності внаслідок усіх причин та у розрізі окремих класів захворювань у розрахунку на 10 000 дитячого населення у віці до 18 років, а також структура причин первинної та загальної інвалідності. Аналіз виконано у динаміці за 2015-2022 рр. в Україні в цілому та у регіональному аспекті.

Результати: Встановлено, що в Україні у 2022 р. контингент дітей-інвалідів складав 156010 осіб і порівняно із 2015 р. він збільшився на 2463 особи. Рівень загальної інвалідності впродовж періоду спостереження зріс на 5.3% з 201.6 до 212.3 на 10 тис. дитячого населення. Встановлені вагомі регіональні відмінності у рівнях загальної інвалідності дітей в Україні. У 2022 р. максимальні рівні зареєстровані у Чернігівській (287.1), Закарпатській (268.7), Тернопільській (267.8), Житомирській (263.9), Чернівецькій (262.8), Ів.-Франківській (257.5), а мінімальні у Донецькій (158.1), Запорізькій (147.1) та Херсонській (75.9). Війна суттєво вплинула на територіальний розподіл дітей з інвалідністю в Україні. У 2022 р. просторовий профіль загальної інвалідності суттєво трансформувався, порівняно із 2015 р., внаслідок міграції біженців з південно-східних до західних областей України, що призвело до підвищення рівнів інвалідності у останніх. Порівняно із 2015 р., у 2022 р. рівень загальної інвалідності найбільш вагомо зріс у Закарпатській (на 23.9%), Тернопільській (на 19.4%), Чернівецькій (на 18.9%), Ів.-Франківській (на 16.9%) областях, а скоротився у Херсонській (-59.1%), Запорізькій (-34.9%) та Донецькій (-25.9%) областях.

Аналіз структури причин загальної інвалідності дітей засвідчив, що у 2022 р., як і на початку періоду спостереження, перше місце посідали вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (28.2%). А от рейтинговий розподіл інших причин інвалідності зазнав змін: розлади психіки та поведінки

відсунули хвороби нервової системи (14.7%) на третю позицію, обійнявши друге місце у структурі із питомою вагою 20.1%. Четверте місце посіли ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин, які обумовили кожен 10-й випадок інвалідності у дітей (10,6%), а п'яте місце - хвороби вуха та соскоподібного відростка із питомою вагою 5,6%.

У ході динамічного аналізу рівнів загальної інвалідності дітей у розрізі 5-ти основних причин встановлено, що впродовж 2015-2022 р. найбільш вагомо (на 51.6%) збільшився контингент дітей з інвалідністю внаслідок розладів психіки та поведінки – з 28.1 до 42.6 на 10 тис. дитячого населення. Рівень загальної інвалідності обумовленої ендокринними хворобами, розладами харчування та порушеннями обміну речовин зріс на 38.7% (з 16.3 до 22.6 на 10 тис. дитячого населення). А от рівень загальної інвалідності внаслідок захворювань нервової системи знизився на 9.0% (з 34.3 до 31.2, відповідно), вроджених вад розвитку, деформацій та хромосомних аномалій на 5.1% (з 63.1 до 59.9), захворювань вуха та соскоподібного відростка на 11.9% (з 13.4 до 11.8).

Аналіз первинної інвалідності дитячого населення засвідчив, що в Україні у 2022 р. вперше у житті інвалідність встановлена 16115 дітям. Протягом 2015-2022 рр. рівень первинної інвалідності практично не зазнав змін (складав 21.6 на 10 000 дитячого населення у 2015 р. та 21.9, відповідно, у 2022 р.).

А от рейтинговий розподіл основних причин у структурі первинної інвалідності змінився впродовж періоду спостереження внаслідок зростання відносної частки розладів психіки та поведінки, які вийшли на перше місце і обумовили у 2022р. кожен третій (33,5%) випадок інвалідизації дитячого населення. Вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії посіли друге місце (18.2%), хвороби нервової системи – третє (11,5%), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин – четверте (10,9%), хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини – п'яте (6,4%). У 2015р. перше місце у структурі первинної інвалідності належало вродженим вадам розвитку, деформаціям та хромосомним аномаліям (28.2%), друге – розладам психіки та поведінки (16.2%), третє – хворобам нервової системи (13,1%).

Протягом періоду спостереження найбільш стрімко, більше ніж у 2 рази, зросла частота первинної інвалідності обумовленої розладами психіки та поведінки (з 3.5 до 7.3 на 10 000 дитячого населення). Рівень первинної інвалідності внаслідок вроджених вад розвитку, деформацій та хромосомних

аномалій скоротився за цей період на третину (на 34.4%, з 6.1 до 4.0 на 10 000 дитячого населення), а внаслідок хвороб вуха та соскоподібного відростку на половину (на 54.5%, з 1.1 до 0.5, відповідно). Впродовж 2015-2022 рр. намітилась тенденція до зниження частоти первинної інвалідності обумовленої хворобами нервової системи (-10.7%) і хворобами ока та придаткового апарату (-12.5%), і зворотна тенденція до зростання частоти інвалідизації дітей внаслідок ендокринних хвороб, розладів харчування та порушення обміну речовин (+9.1%) та захворювань кістково-м'язової системи та сполучної тканини (+7.7%).

Аналіз рівнів первинної інвалідності дитячого населення у регіональному розрізі виявив найвищі у 2022 р. показники у Закарпатській (41.3 на 10 000 дитячого населення), Івано-Франківській (37.9), Чернівецькій (34.1), Тернопільській (29.9) та Львівській (29.4) областях, а найнижчі у Донецькій (5.0), Херсонській (1.5), Луганській (1.2). Як і у випадку із загальною інвалідністю, такі територіальні особливості первинної інвалідності дитячого населення обумовлені міграцією біженців з південно-східних до західних областей України.

Висновки: Встановлено, що протягом 2015-2022 рр. в Україні чисельність дітей з інвалідністю та рівень загальної інвалідності дитячого населення мали тенденцію до зростання на тлі стабільного рівня первинної інвалідності, що засвідчує необхідність оптимізації реабілітаційної допомоги дітям. Першочергової уваги потребує проблема збереження та відновлення психічного здоров'я підростаючого покоління. Розлади психіки та поведінки у 2022 р. вийшли на перше місце у структурі первинної інвалідності дитячого населення і обумовлюють кожний 3-й (33.5%) її випадок, а також посідають друге місце у структурі загальної інвалідності із питомою вагою 20.1%. Впродовж періоду спостереження рівень первинної інвалідності внаслідок розладів психіки та поведінки зріс у два рази (на 108.6%), а загальної на 51.6%. Розумову відсталість має кожна третя (35.0%) дитина серед контингенту дітей з інвалідністю обумовленої розладами психіки та поведінки. Несприятлива динамічна тенденція встановлена також для інвалідності внаслідок ендокринних хвороб, розладів харчування та порушень обміну речовин (у першу чергу, за рахунок цукрового діабету): рівень первинної інвалідності зріс на 9.1%, а загальної на 38.7%.

Доведено, що війна змінила територіальний профіль дитячої інвалідності в Україні. За рахунок міграції біженців з південно-східних до західних областей у останніх спостерігаються найвищі рівні первинної та загальної інвалідності.

Виявлені особливості інвалідності дитячого населення мають бути враховані при плануванні та організації реабілітаційної допомоги дитячому населенню як на національному, так і на регіональному рівнях.

Література:

1. Конвенція ООН «Про права дитини» URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_021#Text (дата звернення 26.04.2024)
2. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2015 – 2022 роки: статистичні довідники URL: http://medstat.gov.ua/ukr/statdov_r.html (дата звернення 26.04.2024)

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ У ЛЮДЕЙ ЩО ЖИВУТЬ З ВІЛ НА СТАДІЇ СНІДУ ПІД ВПЛИВОМ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Андрій ОРФІН,
*аспірант кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
Львівський державний університет фізичної культури ім. І. Боберського,
заступник директора з медичної частини
КНП ЛОР «Львівська обласна інфекційна клінічна лікарня»*

Марія МАЗЕПА,
*д.м.н., професор, професор кафедри фізичної терапії та ерготерапії,
Львівський державний університет фізичної культури ім. І. Боберського*

Постановка актуальності проблеми. Завдяки використанню антиретровірусної терапії (АРТ) у пацієнтів з ВІЛ на стадії СНІДу збільшилась тривалість життя, однак АРТ викликає і негативні ефекти такі як метаболічні порушення, тощо [1 с. 1-2, 3 с. 63]. За даними наукової літератури вплинути на негативні ефекти ВІЛ-інфекції можна за допомогою фізичної терапії (ФТ) [4 с. 93]. Хоча за даними дослідників вплив фізичної активності може не мати вираженого позитивного впливу на вірусне навантаження ВІЛ чи імунну систему у ВІЛ-інфікованих, проте вона має позитивний вплив на функціональний стан дихальної та серцево-судинної систем, показники метаболізму, антропометричного профілю, покращує адаптаційні можливості організму в тому числі і до фізичних навантажень [5 с. 1042]. Комбінована

програма ФТ може покращувати клінічні та лабораторні показники ліпідного та вуглеводного обмінів, підтримувати суху м'язову масу [2].

Мета. Дослідити ефективність структурованої комбінованої програми ФТ з використанням анаеробних та аеробних вправ у змінах функціонального стану у пацієнтів з ВІЛ на стадії СНІДу.

Виклад основного матеріалу. Суб'єктами дослідження були 24 пацієнти з підтвердженою ВІЛ-інфекцією на стадії СНІДу. До контрольної групи увійшло 15 ВІЛ-інфікованих пацієнтів на стадії СНІДу, яким не проводилась ФТ. Пацієнти були розділені на дві дослідні групи за показниками індексу маси тіла (ІМТ) та рівнем CD4+ Т-лімфоцитів. До I групи увійшло 11 пацієнтів з ІМТ менше 18,5 та CD4+ Т-лімфоцитами ≤ 100 кл/мл, до II групи – 13 пацієнтів з ІМТ 18,5 - 24,9 та рівнем CD4+ Т-лімфоцитів вище 150 кл/мл. Тобто ступінь імунодефіциту був більш вираженим у пацієнтів I групи. Програма тривала 12 тижнів, складалася з домашніх тренувань з використанням телекомунікації та відеозв'язку і включала комбіновані тренування (анаеробні та аеробні вправи) протягом 60 хв, три рази на тиждень. У динаміці оцінювали Індекс Ріда, Індекс Гобса, Індекс Кердо, Індекс функціональних змін, Кистьова динамометрія, Силовий індекс, тест 6-хв ходьби.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дослідження є частиною теми науково-дослідної роботи кафедри фізичної терапії та ерготерапії Львівського державного університету фізичної культури імені І. Боберського «Теоретико-методичні основи фізичної реабілітації неповносправних з порушеннями діяльності опорно-рухового апарату та дихальної системи» та «Удосконалення підходів до фізичної терапії осіб, які мають або можуть зазнати обмеження функціонування».

Наводимо результати дослідження функціональних показників у пацієнтів двох груп та однієї контрольної групи у динаміці через 6 та 12 тижнів після виконання програми фізичної терапії.

Як видно з таблиці 1 із вивчених показників індексів метаболізму статистично достовірні зміни отримали при розрахунку індексу Гобса у пацієнтів I групи. Він підвищився після завершення 12 тижнів програми з $70,9 \pm 5,6$ % до $74,6 \pm 5,4$ %, що свідчить про позитивний вплив на стан енергетично-обмінних процесів.

Таблиця 1. Динаміка показників метаболізму у пацієнтів з ВІЛ на стадії СНІДу під впливом програми фізичної терапії

Показник	Група	Результат			Р	
		Перед початком	6 тиж.	12 тиж		
Індекс Ріда (%)	I дослідна	17,9 ± 11,9	13,4 ± 8,6	12,9 ± 7,9	≥0,5*	≥0,5**
	II дослідна	14,2 ± 13,0	10,2 ± 8,9	10,4 ± 6,2	≥0,5*	≥0,5**
	контрольна	16,8 ± 10,4	16,8 ± 10,4	16,8 ± 10,4	≥0,5*	≥0,5**
Індекс Гоббса (%)	I дослідна	70,9 ± 5,6	73,4 ± 5,6	74,6 ± 5,4	≥0,5*	≤0,5**
	II дослідна	93,6 ± 11,8	94,6 ± 10,8	95,7 ± 8,7	≥0,5*	≥0,5**
	контрольна	83,7 ± 9,3	83,7 ± 9,3	83,7 ± 9,3	≥0,5*	≥0,5**
Індекс Кердо (%)	I дослідна	9,1 ± 14,4	0,52 ± 12,4	2,9 ± 8,9	≥0,5*	≥0,5*
	II дослідна	4,5 ± 13,7	2,14 ± 8,3	6,2 ± 8,2	≥0,5*	≥0,5**
	контрольна	7,4 ± 12,5	7,4 ± 12,5	7,4 ± 12,5	≥0,5*	≥0,5**
Індекс функціональних змін (балів)	I дослідна	2,5 ± 0,4	2,4 ± 0,3	2,4 ± 0,2	≥0,5*	≥0,5*
	II дослідна	2,5 ± 0,3	2,5 ± 0,3	2,6 ± 0,3	≥0,5*	≥0,5*
	контрольна	2,5 ± 0,3	2,5 ± 0,3	2,5 ± 0,3	≥0,5*	≥0,5**

Індекс Ріда у здорових людей становить +/- 10 % від показника базового обміну речовин, як видно з таблиці 1 перед початком тренувань індекс Ріда відхилявся в обох дослідних та контрольній групах на вищий відсоток ніж у здорових людей, що вказує на переважання процесів катаболізму над анаболізмом, особливо у I дослідній групі. Під впливом програми ФТ ІР знизився через 6 і 12 тижнів у дослідних групах і не змінився у контрольній, а у II дослідній групі знизився до нормальних показників.

У I групі виявлено збільшення індексу Гобса, що вказує на посилення процесів метаболізму та приріс маси тіла.

Як видно з результатів визначення індексу Кердо у I дослідній групі показники знизилися з 9,1 ± 14,4 перед початком програми ФТ до 2,9 ± 8,9 – після її завершення. Такі дані можуть вказувати на зменшення впливу симпатичної нервової системи та зниження рівня стресу викликаного тягарем основного захворювання. У пацієнтів II групи індекс Кердо зріс з 4,5 ± 13,7 до 6,2 ± 8,2, що можливо вказує на посилення процесів адаптації до фізичних навантажень.

Фізичні навантаження, запропоновані в авторській програмі ФТ, не призвели до покращення індексу функціональних змін, як в контрольній, так і в обох дослідних групах. Ймовірно, це пов'язано з низькою інтенсивністю навантажень у нашій терапевтичній програмі.

Таблиця 2. Динаміка показників кистьової динамометрії та тесту 6-хв ходьби у пацієнтів з ВІЛ на стадії СНІДу під впливом програми фізичної терапії

Кистьова динамометрія (кг)	I дослідна	17,6 ± 6,8	18,3 ± 6,8	19,4 ± 6,6	≥0,5*	≥0,5*
	II дослідна	28,1 ± 9,3	29,4 ± 9,3	31,2 ± 9,1	≥0,5*	≥0,5*
	контрольна	26,4 ± 8,3	26,4 ± 8,5	27,5 ± 7,9	≥0,5*	≥0,5**
Силовий індекс (%)	I дослідна	35,4 ± 9,4	35,5 ± 9,6	37,2 ± 8,8	≥0,5*	≥0,5*
	II дослідна	40,5 ± 10,5	42,1 ± 10,1	41,6 ± 10,2	≥0,5*	≥0,5*
	контрольна	37,2 ± 9,5	37,2 ± 9,5	37,5 ± 9,7	≥0,5*	≥0,5**
тест 6-хв ходьби (м)	I дослідна	402,8 ± 40,1	414,1 ± 43,6	425 ± 42,4	≤0,05	≤0,01
	II дослідна	459,8 ± 56,2	475,6 ± 63,5	479,3 ± 62,9	≥0,5*	≥0,5**
	контрольна	426,7 ± 39,1	426,7 ± 39,1	428,4 ± 41,5	≥0,5*	≥0,5**

Як видно з таблиці 2, показники кистьової динамометрії були знижені в контрольній та обох дослідних групах. В обох дослідних групах показники кистьової динамометрії показали тенденцію до підвищення в кінці програми фізичної терапії, хоча це підвищення не було статистично достовірним. Аналогічна тенденція простежувалась при розрахунку силового індексу.

6-хв тест ходьби був значно зниженим у пацієнтів усіх трьох груп, включених у дослідження. Водночас у I групі пацієнтів отримали статистично достовірне збільшення відстані, пройденої у тесті. Аналогічну тенденцію спостерігали у пацієнтів II групи, хоча вона не була підтверджена статистично достовірно.

Висновок. Комбінована програма з поєднанням аеробних та анаеробних вправ низької інтенсивності у пацієнтів з ВІЛ на стадії СНІДу призвела до покращення функціонального стану, що виражалось у підвищенні енергетично-обмінних процесів, покращенні адаптаційних можливостей організму та збільшенні відстані, що проходили пацієнти у тесті 6-хв ходьби.

Література:

1. Comley-White N., Ntsiea V., Potterton J. Physical functioning in adolescents with perinatal HIV. AIDS Care. 2023. P. 1–10. URL: <https://doi.org/10.1080/09540121.2023.2214862> (date of access: 14.03.2024).

2. Exploring the Interrelationships Between Physical Function, Functional Exercise Capacity, and Exercise Self-Efficacy in Persons Living with HIV / K. M. Nokes et al. *Clinical Nursing Research*. 2024. URL: <https://doi.org/10.1177/10547738241231626> (date of access: 14.03.2024).
3. Orfin A. Y., Mazepa M. A. Anthropometric profile of patients living with hiv/aids in lviv region. *Art of Medicine*. 2021. P. 65–71. URL: <https://doi.org/10.21802/artm.2021.4.20.65> (date of access: 14.03.2024).
4. Orfin A. Y., Mazepa M. A. Integration of physical therapy into the work of the interdisciplinary team during the treatment of hiv patients. *Клінічна та профілактична медицина*. 2021. Vol. 1, no. 15. P. 92–98. URL: [https://doi.org/10.31612/2616-4868.1\(15\).2021.11](https://doi.org/10.31612/2616-4868.1(15).2021.11) (date of access: 14.03.2024).
5. Physical Activity and HIV: Effects on Fitness Status, Metabolism, Inflammation and Immune-Activation / G. Ceccarelli et al. *AIDS and Behavior*. 2019. Vol. 24, no. 4. P. 1042–1050. URL: <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02510-y> (date of access: 14.03.2024).

ПІДГОТОВКА ФАХІВЦІВ З РЕАБІЛІТАЦІЇ: АКТУАЛЬНІСТЬ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Бахрам РАШИДІ,
асистент кафедри хірургії № 1
ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рівне

Вступ. Воєнне сьогодення ставить перед системою охорони здоров'я України нові виклики, пов'язані з необхідністю оперативного реагування на значне збільшення кількості осіб з наявними обмеженнями життєдіяльності, спровоковане як бойовими травмами, пораненнями внаслідок обстрілів, так і психологічними травмами, зумовленими постійним перебуванням у стані психо-емоційного напруження. Не тільки відновлення здоров'я, а й повернення таких пацієнтів до повноцінного життя в соціумі, максимальне зменшення можливих обмежень життєдіяльності та допомога в адаптації до наявних обмежень у разі неможливості їхнього повного усунення, – усі ці завдання потребують від держави повної трансформації та перманентного вдосконалення системи надання реабілітаційної допомоги. Саме цими факторами зумовлюється актуальність пропонованої розвідки з питань перспектив підготовки фахівців

мультидисциплінарних реабілітаційних команд, зокрема фахівців з реабілітації (фізичних терапевтів), ерготерапевтів.

Метою дослідження є аналіз актуальності та перспектив підготовки фахівців з реабілітації в Україні.

Указана мета передбачає вирішення таких завдань:

- аналіз сучасних наукових досліджень із зазначеної проблематики;
- виявлення проблемних питань та окреслення перспектив удосконалення системи підготовки фахівців з реабілітації.

Аналіз наявних досліджень щодо підготовки фахівців з реабілітації дозволив окреслити певне коло питань, невід’ємно пов’язаних з трансформацією системи реабілітації в Україні. Серед питань, що викликають найжвавіші обговорення, виокремлено такі: підготовка студентів спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» у сучасних умовах як в Україні, так і в країнах Європи [2; 4; 7; 8; 10; 11; 12]; особливості практичної та професійної підготовки фахівців з фізичної терапії, ерготерапії [5]; формування здоров’язберезувального освітнього середовища у професійній підготовці майбутніх фахівців із фізичної реабілітації [6]; міждисциплінарні принципи підготовки фахівців-реабілітологів [9]; теоретичні аспекти визначення професійної ідентичності та її формування у майбутніх фахівців з фізичної реабілітації [3]; теоретико-методологічний арсенал фізичної реабілітації у закладах вищої освіти [1]; питання підготовки фахівців з тактичної фізичної терапії або «мілітарі-фітнесу» [13].

Провідним лейтмотивом проаналізованих публікацій стала думка про необхідність реформування системи підготовки реабілітологів. Так, Крупа В.В., Лобода І.В. зазначають, що «система професійної підготовки фахівців у зв’язку з провідними тенденціями сучасної освіти потребує кардинальної оптимізації змін форм і методів організації самого навчального процесу, в удосконаленні змісту, форм навчання та переходу до системи європейської освіти і зміні самого навчання» [4, с. 95].

Однією з особливостей підготовки українських фахівців з реабілітації є те, що така підготовка переважно проводилася в закладах вищої освіти фізкультурного профілю, університетах фізичної культури та спорту [8, с. 279]. Залучення до підготовки таких спеціалістів закладів вищої медичної освіти відкрило низку вагомих перспектив на шляху розбудови системи медичної реабілітації. Так, Чепурна Н. зазначає, що ЗВО медичного напрямку вже на бакалаврському етапі підготовки фахівців з фізичної реабілітації акцентують

увагу на більш специфічних та вузькопрофільних питаннях, закладаючи в здобувачів вищої освіти фундамент клінічного мислення [11, с.106].

Підготовка спеціалістів за напрямом «Фізична терапія, ерготерапія» здійснюється здебільшого без урахування міжнародного досвіду, а тільки на підставі трактування місця й ролі фізичної реабілітації в національних системах фізичної культури та охорони здоров'я [7, с. 153]. Отже, інтенсивне впровадження міжнародного досвіду в процес реформування системи надання реабілітаційної допомоги населенню неодмінно матиме позитивний вплив і на систему підготовки фахівців цієї галузі.

Іншою проблемою в навчанні студентів, що потребує вирішення, є домінування незжитого досі пояснювально-ілюстративного характеру викладання, а практичний характер навчання, що довів свою надзвичайну цінність, все ще не став загальновизнаним у стінах вищих навчальних закладів більшості регіонів [4, с. 96]. Можлива дуальність освіти в сфері реабілітації набуває наразі значущості. До того ж учені акцентують увагу на відсутності конкретної, власне методики і теорії викладання фізичної реабілітації, оскільки самого методичного забезпечення і методичних положень ще не створено [5, с. 168]. Цікавим у цьому ракурсі є дослідження проведене Брич В.В., Грига М., яке показало, що опитувані фахівці оцінюють власні рівні підготовки по-різному. Більшість акцентує на тому, що вони добре ознайомлені з теоретичною частиною навчання, але відстають у практичній. Також з позиції вже практичного досвіду вони говорять про необхідність вдосконалення навчальних планів, робочих програм з різних дисциплін, а також підходів до засвоєння знань з використанням інтерактивних методик [2, с. 49].

Для фізичної реабілітації актуальний процес постійної трансформації у зв'язку з залученням нових елементів чи форматів відновлення потенціалу людського організму. Для освітніх планів та програм така активність є невластивою, оскільки освітня стратегія має переважно консервативний характер [1, с. 2]. У цьому плані є показовим нез'ясований статус тематичного блоку преформованих фізичних чинників, а саме фізіотерапії, що залишається й надалі в програмах підготовки реабілітологів, але при цьому визнана МОЗ України як недоказова реабілітація [<https://moz.gov.ua/nedokazova-reabilitacija>].

Позитивним моментом освітніх програм зі спеціальності «Терапія та реабілітологія» є комплексність підготовки фахівців та мультидисциплінарний характер [9, с. 4]. Ключове місце повинна зайняти категорія якості життя – поняття, що включає поєднання умов життєзабезпечення і стану здоров'я.

Гармонія цих умов дозволяє досягти високого рівня фізичного, психічного, а також соціального благополуччя і самореалізації людської особистості у повсякденному житті та діяльності [5, с. 97].

Якраз цілеспрямованість на відновлення якості життя, що є ключовим поняттям для реабілітолога, передбачає поєднання в процесі навчання жорстких, фундаментальних навичок та м'яких навичок командної взаємодії, професійної комунікації, психологічної допомоги, уміння навчати та переконувати тощо. На думку Бочарова А. В., зведення процесу фізичної реабілітації суто до медичного втручання суттєво обмежує відновлювальний потенціал цієї активності. Реабілітолог окрім лікарського нагляду повинен бути наставником для пацієнта, визначаючи специфіку реабілітаційних заходів. Автор наголошує на ефективності гнучких навичок комунікації та синергетичних підходів для успішної професійної діяльності [1, с. 7].

Неможна залишити без уваги необхідність пошуку нових ідей та підходів у системі реабілітації. Так, Шитковим Т.О. запропоноване втілення ідей використання інтегративної медицини при ФРМ та підготовки фахівців з фізичної превентивної тактичної фізичної терапії («мілітарі-фітнес») в контексті сьогодення України [13].

Висновки. Система надання реабілітаційної допомоги населенню наразі зазнає суттєвих трансформацій. Цей багатогранний процес ставить нові виклики перед освітянами, задіяними в процесі підготовки відповідних фахівців. Підготовка фахівців з реабілітації однозначно повинна знаходитися в стані перманентної синергії з системою реабілітаційної допомоги та вчасно й результативно реагувати на потреби суспільства.

Література:

1. Бочаров А. В., Слухенська Р. В., Марценяк І. В., Куковська І. В. Теоретико-методологічний арсенал фізичної реабілітації у закладах вищої освіти: традиційність vs інноваційність. *Академічні візії*. Львів, 2023. № 26. С. 1-8.
2. Брич В. В., Грига М. М. Стан підготовки фахівців з фізичної терапії / реабілітації, які займаються практичною діяльністю, до забезпечення комплексної реабілітації населення. *УКРАЇНА. ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ*. 2019. № 4(57). С. 46-51.
3. Копчинська Ю. Формування професійної ідентичності майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії в закладах вищої освіти: теорія та методика: монографія. Київ: ФОП Халіков Р.Х., 2020. 416 с.

4. Крупа В., Лобода І. Професійна підготовка майбутніх фахівців з фізичної терапії, ерготерапії в сучасних умовах. *Scientific Collection «InterConf». Proceedings of the 15th International Scientific and Practical Conference «Science and Practice: Implementation to Modern Society» (November 6-8, 2023)*. Manchester, United Kingdom, 2023. С. 93–101.
5. Крупа В., Чубар І., Лобода І. Особливості практичної та професійної підготовки фахівців з фізичної терапії, ерготерапії. *Scientific Collection «InterConf», (97): with the Proceedings of the 9 th International Scientific and Practical Conference «International Forum: Problems and Scientific Solutions»*. Melbourne, Australia: CSIRO Publishing House, 2022. С.167-173.
6. Кушнірук С. А., Белкова Т. О. Професійна підготовка майбутніх фахівців із фізичної реабілітації до формування здоров'язберезувального освітнього середовища (науково-теоретичний аспект). *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова*. Львів, 2023. № 96. С. 60-65.
7. Мордвінова І., Ольховик А. Підготовка студентів спеціальності «Фізична терапія» та «Ерготерапія» у країнах Європи. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. Суми, 2018. № 1 (75). С.152-161.
8. Мордвінова І. Порівняльна характеристика системи підготовки бакалаврів спеціальності "Фізична терапія" в Україні та Канаді. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. Суми, 2020. № 2 (96). С. 276-285.
9. Слухенська Р. В., Ковальчук П. Є., Куковська І. Л., Логуш Л. Г., Маланій В. І. Міждисциплінарні принципи підготовки фахівців-реабілітологів. *Академічні візії*. Львів, 2024. №28. С. 1-8.
10. Фастівець А. Генеза та сучасний стан професійної підготовки майбутнього фахівця з фізичної терапії та ерготерапії у системі вищої освіти України. *Педагогічні науки*. Полтава, 2018. № 71. С. 49-54.
11. Чепурка О. Сутність поняття «професійна підготовка майбутніх фахівців з фізичної реабілітації» в контексті сучасної освітньої парадигми. *Інноватика у вихованні*. Рівне, 2020. Вип. 12. С. 285–293.
12. Чепурна Н. Професійна підготовка майбутніх фахівців з фізичної терапії та ерготерапії в закладах вищої освіти України. *Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Серія Педагогіка*. Тернопіль, 2020. № 2. С. 102-109.
13. Шитіков Т.О. Сучасні аспекти фізичної терапії та ерготерапії: досягнення, проблеми, шляхи вирішення. *IV Науковопрактична онлайн-конференція з*

міжнародною участю, м. Запоріжжя, 9-10 листопада 2023 р. Запоріжжя: НУ «Запорізька політехніка», 2023. С.97-99.

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ КУЛЬТУРИ ХАРЧУВАННЯ СЕРЕД ЗДОБУВАЧІВ СТАРШИХ І МОЛОДШИХ КУРСІВ ЗВО

Людмила РУСИН,

кандидат медичних наук, доцент,

доцент кафедри основ медицини

Ксенія МЕЛЕГА,

кандидат медичних наук, доцент,

завідувачка кафедри основ медицини

Юлія ДУТКЕВИЧ-ІВАНСЬКА

старший викладач кафедри основ медицини,

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Актуальність теми. Тривала економічна криза в Україні, політичні та соціальні чинники, наслідки екологічних катастроф, а також забруднення навколишнього середовища загострили проблему раціонального харчування як одного з найважливіших чинників здоров'я людства. Аналіз захворюваності свідчить, що захворювання серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту, хвороби обміну речовин, на розвиток яких впливає харчування, займають провідне місце у структурі захворюваності населення країни в цілому та студентської молоді зокрема [2,5,7].

Однією з найважливіших складових здорового способу життя є раціональне харчування [5]. Раціональне харчування передбачає: енергетичне рівновагу, збалансоване харчування, дотримання режиму харчування, максимальна різноманітність їжі. Правильне харчування забезпечує нормальний розвиток і життєдіяльність людини, що сприяє зміцненню його здоров'я і профілактиці захворювань [3, 4, 6].

У зв'язку з тим, що студенти порушують режим і збалансованість харчування, у них виникають різні захворювання, супутні їх способу життя. Проблема організації раціонального харчування студентів залишається як і раніше актуальною, вона є невід'ємною частиною формування здорового способу життя учнівської молоді [2, 4, 6, 7]

Мета дослідження – дослідити та проаналізувати особливості культури харчування студентів 1 та 4 курсу факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ».

Виклад основного матеріалу. У дослідженні прийняли участь 40 студентів 1 курсу та 40 студентів 4 курсу факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ». Серед досліджуваних 1 курсу було 20 дівчат та 20 хлопців, на 4 курсі також по 20 хлопців та дівчат.

На початку дослідження було проведено опитування студентів з метою вивчення особливостей режиму харчування та визначення його зв'язку із захворюваністю. Студентам було запропонована удосконалена анкета, що містила 25 запитань щодо особливостей культури харчування та паспорт здоров'я, де знаходилися відомості щодо зросту, маси тіла, ЧСС, АТ, ЧД, рухова активність, самопочуття, сну, апетиту, працездатності, стану соматичного здоров'я, наявності шкідливих звичок, хронічних захворювань.

Досліджування здійснювалося у 2 етапи: на першому етапі вивчалися літературні джерела з досліджуваної проблеми, підбиралися і удосконалювалися анкети для виявлення особливостей культури харчування студентів. Проведено аналіз особливостей культури харчування студентів 1 та 4 курсу факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ», а також вплив харчування на стан самопочуття та здоров'я студентів.

На другому етапі нашого дослідження розроблено рекомендації щодо покращення якості та режиму харчування, виконувалась математична статистика результатів.

З метою детального обстеження і контролю за особливостями культури харчування студентів першого та четвертого курсів факультету здоров'я та фізичного виховання використовували такі методи: теоретичний аналіз, антропометричні показники, збір суб'єктивних даних, анкетування, метод математичного аналізу.

Результати опитування студентів 1 та 4 курсів факультету здоров'я та фізичного виховання ДВНЗ «УжНУ» свідчать про недостатній рівень дотримання правильного режиму харчування. Проте характеристики харчування студентів 4 курсу є кращими від показників першокурсників.

Режиму не дотримуються 25 % дівчат 1 курсу проти 17,5 % дівчат 4 курсу та 40 % юнаків проти 30% відповідно від загальної кількості респондентів. Не снідають та споживають їжу перед сном відповідно 35% проти 25% та 17,5 % - 10% опитаних дівчат та 40% (30%) та 32,5% (25%) юнаків

відповідно. 25% студенток 1 курсу вечеряють за 2–3 години до сну, що не можна сказати про хлопців (12,5%), проти 30% студенток 4 курсу та 17,5% студентів.

Щільний графік навчального процесу в університеті, насичений навчальний тиждень, значне щоденне розумове навантаження не дає можливості студентам дотримуватися приймання їжі завжди у визначений час (10% - юнаки та 15% - дівчата). Проте студенти 4 курсу ставляться більш відповідально до прийому їжі – 17,5 % юнаки та 22,5 % дівчата. Три-чотири рази на день харчуються 22,5% опитаних дівчат 1 курсу та 30% дівчат 4 курсу та 15 % юнаків проти 20% відповідно. Майже удвічі більше (27,5% та 35%) студентів 1 курсу серед опитаних споживають їжу два рази на день. 30% опитаних юнаків та 20 % дівчат-студентів 4 курсу серед опитаних споживають їжу два рази на день.

Прийому перших страв один раз у 2–3 дня віддають перевагу 25% студенток та 30 % юнаків 1 курсу та 17,5% і 22,5 % студентів 4 курсу відповідно. Один раз на день вживають перші страви в однакових долях і дівчата і хлопці – по 7,5 % 1 курсу та 17,5% і – 22,5 % студенти 4 курсу відповідно. По 7,5 % респондентів дівчат і хлопців 1 курсу рідко вживають перші страви, проти 5 % респондентів- юнаків та 2,5% дівчат 4 курсу.

Водночас фактичне харчування студентів характеризується низьким рівнем культури обстежених осіб як 1 так і 4 курсів, необізнаністю щодо принципів здорового харчування.

Студенти 1 та 4 курсу часто вживають важку, холодну їжу та їжу всухом'ятку, зокрема юнаки – 35%, дівчата – 27,5% респондентів, проти 27,5% та 22,5% відповідно. Часто вживають продукти швидкого приготування – 40% (20%) і 27,5% (30%) відповідно. 45% опитаних студентів – юнаків вживають їжу, яку приготували з напівфабрикатів, придбаних у гіпермаркетах, проти 37,5% юнаків 4 курсу. Дівчата таку їжу вживають дещо рідше – 35 % респондентів, проти 27,5 % відповідно.

У режимі харчування мають один розвантажувальний день всього 5 % юнаків та 15% - дівчат, проти 10% та 15%. Майже половина опитаних студентів визнають своє харчування неповноцінним – 42,5% (37,5%) дівчат та 37,5 (35%) – хлопців.

У результаті досліджень встановлено, що в структурі неінфекційних захворювань, на розвиток і прогресування яких значний вплив має харчування, перше місце серед чоловіків та жінок посідають серцево-судинні захворювання,

на другому місці – хвороби опорно-рухової системи, третє місце займають серед чоловіків захворювання органів травлення, серед жінок – захворювання органів зору. Значне місце в структурі захворюваності посідають хвороби ендокринної системи (цукровий діабет, хвороби щитовидної залози), які значною мірою спричинені надмірністю або недостатністю надходження харчових нутриєнтів (особливо йоду, селену та ін.) [6].

У результаті дослідження встановлено, що існує прямий взаємозв'язок між недотриманням режиму харчування та захворюваннями ($r=0,373$), а також між низьким рівнем культури харчування та захворюваннями ($r=0,602$).

Загострення проблеми захворюваності молоді, пов'язаної з харчуванням, потребує розробки системи заходів з поліпшення харчування та стану здоров'я, працездатності і продовження життя населення України. Нами були розроблені рекомендації щодо покращення культури харчування студентів.

Висновки:

1. Крім якісних і кількісних порушень, фактичне харчування студентської молоді характеризується порушенням режиму харчування. Режиму не дотримуються 25 % дівчат 1 курсу проти 17, 5 % дівчат 4 курсу та 40 % юнаків проти 30% відповідно від загальної кількості респондентів. Не снідають та споживають їжу перед сном відповідно 35% проти 25% та 17,5 % - 10% опитаних дівчат та 40% (30%) та 32,5% (25%) юнаків відповідно. 25% студенток 1 курсу вечеряють за 2–3 години до сну, що не можна сказати про хлопців (12,5%), проти 30% студенток 4 курсу та 17,5% студентів.

2. Проте студенти 4 курсу ставляться більш відповідально до прийому їжі – 17,5 % юнаки та 22,5 % дівчата. Три-чотири рази на день харчуються 22,5% опитаних дівчат 1 курсу та 30% дівчат 4 курсу та 15 % юнаків проти 20% відповідно. Майже удвічі більше (27,5% та 35%) студентів 1 курсу серед опитаних споживають їжу два рази на день. 30% опитаних юнаків та 20 % дівчат-студентів 4 курсу серед опитаних споживають їжу два рази на день.

3. Проведений аналіз структури неінфекційних захворювань обстеженого контингенту студентів свідчить про те, що перше місце серед юнаків і дівчат посідають серцево-судинні порушення, на другому місці – хвороби опорно-рухової системи, третє місце займають серед юнаків захворювання органів травлення, серед дівчат – захворювання органів зору. Визначення кореляційних зв'язків між рівнем культури харчування, режимом харчування та захворюваністю показало наявність зв'язку між цими категоріями. Виявлено, що чим чіткіше уявлення про культуру та режим

харчування, тим кращими є показники здоров'я, нижчий рівень захворюваності студентів.

Література:

1. Сучасні технології здоров'язбереження: навчальний посібник / К.П. Мелега. - Ужгород: Вид-во УжНУ «Говерла», 2018. - 200 с.
2. Горобей М. П. Проблеми збалансованого харчування студентів / М.П. Горобей // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту. – 2021. – № 11. – С. 20–22.
3. Бурлаку Н. І. Проблеми раціонального харчування українських студентів / Н.І. Бурлаку. - Всеукраїнська конференція з питань безпеки харчування. Тези доп. - Київ, НТУУ «КПІ», 2019. - С. 150-151.
4. Sozanski H., Zaporozhanow W. Kierowanie jako czynnik optymalizacji treningu. Warszawa, 2017. - 209 s.
5. Torreles A.S., Frattarde C. Alkay Entrena-miento en el futbol base. – Barcelona, 2013. – 414 p.
6. Vehrs P.R., Fisher A.G., George I.D. Tests y pruebal fisical. - Barselona.: Paidotribo, 2016. – P.209-214.
7. Wilmore J.H., Costill D.L. Physiology of sport and exercise. – Champaign: Human Kinetics, 2014. – 549 p.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖІНОК ПІСЛЯ МАСТЕКТОМІЇ

Анна РУДЕНКО,
*фізичний терапевт неврологічного відділення КНП «Клінічна лікарня №4 »,
старший викладач,
Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка*
Оксана ЗВІРЯКА,
*ерготерапевт відділення амбулаторної медичної реабілітації
КНП «Центральна міська клінічна лікарня», м. Суми*
Світлана ГЛУЩЕНКО,
*магістр спеціальності 227 Фізична терапія, ерготерапія,
Сумський державний педагогічний університет імені А.С.Макаренка*

Актуальність проблеми. За результатами досліджень О.А. Бас (2011) у жінок після мастектомії виникають больові синдроми, контрактури в плечовому суглобі та набряк верхньої кінцівки з оперованої сторони, можливе порушення постави, зниження сили м'язів або навіть атрофія м'язів плечового поясу.

Наукова практика доводить, що не завжди жінки можуть самотійно повернутися до звичних умов життя через погіршення психологічного стану та розриву соціальних зв'язків. Комплексна реабілітація після мастектомії передбачає багатоетапні методи впливу, що допомагають повернути пацієнток до повноцінного життя та активної трудової діяльності.

Мета дослідження – проаналізувати та узагальнити науково-методичну літературу із проблеми реабілітації жінок після мастектомії.

Аналіз наукових досліджень та публікацій. Застосування Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) при плануванні реабілітаційного втручання допомагає краще зрозуміти конкретні потреби пацієнта. МКФ використовується як статистичний інструмент під час збору інформації, як інструмент дослідження при проведенні оцінки результатів втручання, як клінічний інструмент, за допомогою якого можна визначити потреби, порівняти методи лікування, дати оцінку професійній придатності та реабілітації.

Варто відзначити дослідження науковців про те, що низька мотивація до регулярних фізичних навантажень у жінок після мастектомії може бути величезною проблемою, враховуючи поширені побічні ефекти комплексного лікування. Існує достатньо доказів того, що відсутність фізичної активності призводить до атрофії та зменшення функціональних можливостей верхніх кінцівок. Малорухливий спосіб життя та знижена толерантність до фізичних навантажень є потенційними факторами, які зберігаються після лікування у жінок і можуть серйозно вплинути на стан їх здоров'я [2, 5, 6].

О.А. Бас (2011) вважає, що ефективність ранньої та контрольованої реабілітації є найперспективнішим методом відновлення працездатності пацієнток після мастектомії.

Терапевтичні вправи після видалення грудей і лімфовузлів є невід'ємною частиною комплексної реабілітації, які дозволяють ефективно відновити рухливість кінцівок і запобігти викривлення хребта і кіфоз. При цьому вправи дозволяють зменшити больовий синдром і розслабити надмірно напружені м'язи шиї і плеча. За даними досліджень у онкологічних хворих спостерігалось значне порушення роботи кардіореспіраторної системи, яке може бути наслідком прямого токсичного впливу протипухлинних методів лікування. Дозові навантаження допомагають вирішити конкретні проблеми якості життя, усунути кардіореспіраторну дисфункцію, втому та лімфатичний стаз [3].

Науковець Т.Є. Одинець (2011) радить на більш пізніх періодах реабілітації включати гідрокінезотерапію, яка дозволяє збільшити рухливість суглобів верхніх кінцівок та попередити розвиток кіфотичної постави. Виконання вправ у водному середовищі, завдяки постійному гідростатичному тиску та плавучості, дозволяє жінкам рухатися вільніше, ніж на суші, викликаючи велику активність м'язового насоса, тим самим мобілізуючи циркуляцію лімфатичної рідини та зменшуючи симптоми лімфатичного стазу. Крім того, заняття у водному середовищі найбільше підходять для зрілих і літніх жінок. Застосування гідротерапії характеризується надзвичайно активним поєднанням релаксації, рухової терапії та гідромасажу, що є необхідним заходом у комплексній реабілітації. Результати досліджень показують, що фізичні вправи низької інтенсивності у воді можуть допомогти покращити функцію зовнішнього дихання у пацієнтів.

Серед засобів, які дозволяють усувати застійні явища, а саме лімфостаз, фахівці рекомендують застосовувати масаж. Лімфодренажний масаж - це техніка, спрямована на усунення застою лімфи, прискорення кровотоку і виведення накопиченої рідини з організму. Масажні маніпуляції дозволяють пришвидшити формування нових шляхів для протоку лімфи та доповнюють трофічно-регенеративну дію терапевтичних вправ. Особливо доцільно виконувати лікувальний масаж за лімфодренажною методикою у перші тижні після операції для усунення лімфатичних застоїв та прискорення кровотоку. Останніми роками фахівці використовують пневматичну компресію за методикою послідовного здавлення верхніх кінцівок від дистальних відділів до проксимальних. Курс та дозування процедур залежить від моделі пристрою та параметрів тиску.

На думку Ю.Б. Арешіної, О.В. Баглай (2021) постізометрична релаксація одна із ефективних методик в якій використовується ізометричне скорочення та повільне розтягнення м'яких тканин в заданому напрямку. При цьому повинна відбуватися короткотривала протидія пацієнта мінімальної інтенсивності до опору реабілітолога із подальшим збільшенням амплітуди розтягування м'язів і їх релаксацією. Вказані маніпуляції дозволяють усунути рефлексорний м'язовий спазм, м'язово-фасціальну ригідність, функціональні блокади суглобів шиї та плеча, активізує аферентну інервацію та рецепторну відповідь в області капсули плечового суглобу. Наукові праці свідчать, що мануальна терапія в поєднанні з фізичними вправами позитивно впливає на відновлення нормального діапазону рухів плечового суглоба.

Висновки. Проведений аналіз науково-методичної та спеціальної літератури, показав, що у клініці лікування раку молочної залози у переважній більшості жінок формуються органічні та функціональні розлади. Доведено, що одним із найбільш вживаних комплементарних засобів реабілітації є пресотерапія та лікувальний масаж (лімфодренажний). До комплексних програм фізичної терапії жінок після мастектомії включають спеціальні терапевтичні вправи у водному середовищі (гідрокінезотерапія), дихальні вправи та активні / активно-пасивні вправи для м'язів шиї, грудного відділу, плеча та вільної верхньої кінцівки. Реабілітаційний процес повинен спиратися на методологічні підходи МКФ та засади формування індивідуальних SMART-цілей.

Література:

1. Арешина Ю.Б. Ефективність фізичної терапії осіб із синдромом плечелопаткового періартриту при остеохондрозі шийного відділу хребта / Арешина Ю.Б., Баглай О.В., Овчар О.В., Баранік М. // Матеріали VII Всеукраїнської дистанційної науково-практичної інтернет-конференції «Проблеми здоров'я, фізичної терапії, реабілітації та ерготерапії» (м. Суми, 03 грудня 2021 року). – Суми, 2021. – С. 13-21.

2. Бас О.А. Особливості зміни показників функціонального стану у жінок після мастектомії після застосування програми фізичної реабілітації / Бас О.А // Спортивна наука України. Науковий вісник Львівського державного університету фізичної культури. – Електронне наукове фахове видання: Львів, ЛДУФК. – 2011, №2, С.59-67. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.sportscience.org.ua/index.php/Arhiv.html>.

3. Бас О. А. Особливості впливу авторської програми фізичної реабілітації на відновлення сили м'язів, больової і тактильної чутливості у жінок після мастектомії /О. А. Бас, А. С. Вовканич // Спортивна наука України. Науковий вісник Львівського державного університету фізичної культури. – Електронне наукове фахове видання: Львів, ЛДУФК. – 2011, №3, С. 3-10. [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <http://www.sportscience.org.ua/index.php/Arhiv.html>.

4. Одинець Т. Є. Вплив гідрокінезотерапії на якість життя жінок 55-65 років після радикальної мастектомії / Т. Є. Одинець // Фізична активність, здоров'я і спорт. - 2011. - №1(3). - С. 64-69.

5. Одинець ТЄ, Бріскін ЮА. Проблемно-орієнтована програма фізичної реабілітації жінок із постмастектомічним синдромом на стаціонарному етапі реабілітації. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. 2016;1(33):97–100.

6. Michael D. Cancer rehabilitation: principles and practice / D. Michael, M.D. Stubblefield.- New York : Demos Medical Publishing, 2019.-1172 p.

АНАЛІЗ ВПЛИВУ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА ОСНОВІ ВІРТУАЛЬНОЇ РЕАЛЬНОСТІ НА ФУНКЦІЮ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ І ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНСУЛЬТУ

Мар'яна САБАДОШ

*кандидат наук з фізичного виховання і спорту доцент,
доцент кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

Актуальність дослідження. Віртуальну реальність (VR) можна використовувати як доповнення до традиційного лікування для пацієнтів із різними захворюваннями, від проблем опорно-рухового апарату до паралічу, пов'язаного з інсультом, і когнітивних порушень. Цей підхід називається «розширена VR реабілітація».

З іншого боку, VR може повністю замінити традиційні втручання, і в цьому випадку реабілітація буде «основаною на VR». Коли це робиться дистанційно, це називається "телереабілітація". Імітаційні вправи для пацієнтів з інсультом були розроблені з використанням підходу «викладач-об'єкт» або підходу відеоігор [2].

Аналіз наукових досліджень. Постійний прогрес у технології віртуальної реальності (VR) разом із супутнім зниженням вартості системи підтримав розробку більш корисних і доступних систем VR, які можуть унікальним чином націлюватися на широкий спектр проблем фізичної, психологічної та когнітивної реабілітації та дослідницьких питань. VR пропонує потенціал для проведення систематичного тестування, навчання та лікування людей, які дозволяють точно контролювати складні динамічні тривимірні презентації стимулів, у межах яких можлива складна взаємодія, відстеження поведінки та запис продуктивності [1].

Мета – в останні роки були зроблені спроби запровадити віртуальну реальність (VR) для підтримки рухової реабілітації верхніх кінцівок після інсульту. Тому цікаво було б розглянути та проаналізувати наявні докази щодо її ефективності.

Завдання:

- провести аналіз науково-методичних матеріалів з фізичної терапії, використовуючи віртуальну терапію у пацієнтів після інсульту;
- оцінити ефективність реабілітаційних заходів на рухову функцію верхньої кінцівки.

Виклад основного матеріалу. Аналізуючи статті 2021 та 2022 року в дослідженнях автори застосовували або звичайну терапію, яка використовувала VR для підтримки ЛФК або використовували реабілітацію тільки з доповненням VR. У пацієнтів оцінювали рухову функцію верхньої кінцівки за Fugl-Meyer, діапазон рухів (визначали гоніометром), силу м'язів (визначали ручним тестуванням м'язів) і незалежність у повсякденній діяльності (показник функціональної незалежності і модифікована шкала Ренкіна).

Ці показники показали значне покращення за обома методиками, але найбільш кращі показники відмічалися у тестах, що стосуються моторики верхньої кінцівки. А саме це стосується наступних тестів: тест на спритність рук (тест Box and Block Test), модифікована шкала Ashworth, моториці рук і кистей (тест на рухові функції Вольфа та тест на ручні функції), моторика рук (тест на функції рук Джебсена) і якість життя (Шкала впливу інсульту). Отже, ЛФК для верхніх кінцівок із підтримкою VR з даних досліджень виявилась більш ефективною у покращенні результатів саме моторної реабілітації [3].

Висновки: Віртуальна реальність пропонує великі переваги в реабілітації пацієнтів з різними захворюваннями, особливо у осіб після перенесеного інсульту. Огляд досліджень виявив більш значну позитивну динаміку в моторній функції верхніх кінцівок і діапазон рухів, що в свою чергу впливає на якість життя пацієнтів. Також ці переваги включають мотивацію пацієнтів, адаптивність і варіативність на основі бази пацієнтів, прозоре зберігання даних, віддалений доступ до онлайн-даних, економію за рахунок масштабу та нижчі витрати на охорону здоров'я.

Література:

1. Albert A Rizzo, Dorothy Strickland, Stéphane Bouchard The challenge of using virtual reality in telerehabilitation. *Telemed J E Health*. 2004 Summer;10(2):184-95. doi: 10.1089/tmj.2004.10.184.
2. Burdea G.C. Virtual rehabilitation-benefits and challenges. *Methods Inf Med*. 2003; 42(5): 519-23.
3. Jiayin Chen, Calvin Kalun Or, Tianrong Chen Effectiveness of Using Virtual Reality-Supported Exercise Therapy for Upper Extremity Motor Rehabilitation in Patients With Stroke: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized

VÝZNAM REHABILITÁCIE PRI CHOROBÁCH DÝCHACIEHO SYSTÉMU

MUDr. Ganna SAMUSEVA,
MPH, DrPh,

Klimatické kúpele Nová Polianka, Vysoké Tatry, Slovakia
Nemocnica Dr.Vojtecha Alexandra v Kežmarku, n.o.

Úvod: Respiračný systém, ktorého patofyziológia sa študuje a lieči v príslušnej terapeuticknej oblasti, je spolu s kardiovaskulárnym systémom, s ktorým je úzko spojená, „motorom“ nášho tela.

Choroby dýchacieho ústrojenstva sú z hľadiska úmrtnosti, výskytu a nákladov na druhom mieste za kardiovaskulárnymi ochoreniami. V Európe patrí medzi hlavné príčiny úmrtí na ochorenia dýchacieho ústrojenstva zápal pľúc a chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP). Stovky miliónov ľudí na celom svete trpia každý deň chronickými ochoreniami dýchacích ciest. Podľa celosvetových odhadov Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO) trpí 300 miliónov ľudí astmou, 210 miliónov ľudí CHOCHP a mnoho ďalších trpí alergickou nádchou a ďalšími, často nedostatočne diagnostikovanými, respiračnými ochoreniami. Pľúcne - respiračné choroby sa u ľudí vyskytujú v rôznych podobách a formách. Na Slovensku ročne umiera na pľúcne ochorenia viac ako 3 tisíc ľudí. Medzi najznámejšie pľúcne ochorenia patria napríklad choroby ako astma, rakovina pľúc, zápal pľúc, tuberkulóza alebo aj chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP) a že ide o závažný problém dokazujú aj nasledujúce čísla. Ochorenia a infekcie dolných dýchacích ciest (chrípka rôzneho druhu, zápal pľúc či tuberkulóza) sa v rebríčku najčastejších úmrtí ocitla už na 3. mieste. V roku 2011 tieto ochorenia pripravili o život 3,2 milióna ľudí a každoročne sú zaznamenané aj mnohé hospitalizácie. Chronická obštrukčná choroba pľúc (CHOCHP) je hneď na 4. mieste. Touto skratkou sa nazývajú časté chronické pľúcne ochorenia, ktoré predstavujú závažný zdravotný problém. CHOCHP sa vzťahuje aj na ochorenia ako astma, zápal pľúc, emfyzém pľúc, atď. Pri CHOCHP ide o stav, kedy zápal dýchacích ciest vedú postupne ku deštrukcii pľúcneho tkaniva. Medzi základné príznaky patrí pretrvávajúci kašeľ, dýchavičnosť, piskoty pri dýchaní. Na rakovinu pľúc zomrelo 1,5 milióna ľudí, za posledné roky úmrtnosť bronchiálnu či pľúcnu rakovinu stúpa. Preto včasná rehabilitačná liečba je dôležitou a

neoddeliteľnou súčasťou nielen na jednotkách intenzívnej starostlivosti, ale všade, kde je nutná obnova fungovania človeka postihnutého vrodenuou chybou, úrazom alebo chorobou

Respiračná rehabilitácia je komplexný proces, ktorý zlepšuje priebeh ochorenia, znižuje deficit a urýchljuje znovuzaradenie pacienta do rodinného, prípadne pracovného prostredia. Respiračná fyzioterapia zameraná na zlepšenie funkcie pľúc.

Cieľ práce: naučiť sa vytvárať komplex rehabilitačných postupov a plánovanie liečebnej, sociálnej, pracovnej technické. Tento komplex je ako pomoc pacientom so zdravotným postihnutím začleniť sa do aktívneho života.

Prezentácia hlavného výskumného materiálu: Klimatické kúpele Nová Polianka ktoré sa nachádzajú vo Vysokých Tatrách , Slovakia, v nadmorskej výške 1 060 m n. m. , sú zamerané na liečbu respiračnej systémy (netuberkulózne ochorenie pľúc).

Za 2023 rok kúpeľnú liečbu (ktorá trvá 21 deň) absolvovalo 140 pacientov (liečbu ktorých hradí poisťovňa), plánovú povinnú preventívnu rehabilitačnú liečbu absolvovalo 1850 vojakov (pobyt trvá 14 dni) a tiež liečebnú 21 dňovú respiračnú rehabilitáciu absolvovalo 280 vojakov / veková kategória od 58 do 80rokov/. Podľa diagnózy respiračného ochorenia bolo 110 pacientov s ochorením bronchiálnej astmy, 30 pacientov s CHOCHP. Pri vstupnom spirometrickom vyšetrení 14 pacientov s obštrukčnou ventilačnou poruchou (miernou poruchou 4 pacienti, stredne ťažkou poruchou 9 pacientov, s ťažkou obštrukčnou poruchou 1 pacient), 15 pacientov s reštrikčnou ventilačnou poruchou (10 pacientov s miernou poruchou, 2 pacienta s stredne ťažkou poruchou, , 2 pacientka s ťažkou reštrikčnou poruchou), ostatne pacienti v normálnom spirometrickým nálezom. (t.j. pacienti s dobre kontrolovanou liečbou a každoročnou kúpeľnou alebo ústavnou liečbou). Počas kúpeľnej a preventívnej rehabilitačnej liečbe každý pacient má vstupnú lekársku prehliadku, následne sa vypracuje individuálny liečebný a rehabilitačný plán.

Rehabilitácia je komplexný proces, ktorého cieľom je zlepšenie celkového stavu jedinca, minimalizácie zdravotného deficitu a znovu-zaradenie pacienta do pracovného i bežného života. Rehabilitácia je dôležitou zložkou komplexnej liečby pri chorobách dýchacieho systému, ktorá vyžaduje účinnú spoluprácu zdravotníckych pracovníkov i aktívnu účasť samotného chorého. Rehabilitačný plán vychádza zo štyroch základných zložiek: liečebnej, psychosociálnej, pracovnej , výchovnej. Prvým krokom v rehabilitačnej starostlivosti je dôkladná analýza patofyziologických pomerov každého pacienta so zistením stupňa poškodenia respiračného aparátu a prípadných pridružených ochorení, najmä kardiovaskulárneho systému. Hrudníková

rehabilitácia má liečebný ale i preventívny význam, ktorý spočíva v tom, že oddiali riziko vzplanutia respiračnej infekcie a vývoja dychovej nedostatočnosti, ďalší dôležitý krok spolupráca s pacientom (správny psychologický prístup ku pacientovi) čo vlastne i je psychosociálna rehabilitácia. Pracovná rehabilitačná starostlivosť zameraná na to, aby si pacient udržal svoju výkonnosť (aby pacient mohol pracovať v takom prostredí a v takom rozsahu, ako je možné). Výchovná rehabilitácia zahŕňa všetky fyzické a psychické korekcie, potrebné na zlepšenie kvality života (aktívna výchova - je pomoc pro prekonávaní ťažkostí s aktívnou účasťou pacienta, pasívna výchova úlohou je úprava životného prostredia organizácia života chorého). Dýchacia gymnastika je systém cvikov, zameraných hlavne na mechaniku dýchania, ktorá je porušená alebo poškodená patologickým procesom. Je súčasťou LTV, celkove však nenamáha pacienta natoľko ako pohybová liečba a uplatňuje sa aj tam, kde je LTV kontraindikovaná. Zameriava sa na zlepšenie ventilácie a distribúcie vzduchu v pľúcach, zmiernenie dýchavice, zvýšenie kapacity pľúc na cvičenie. Jej techniky sú rôznorodé, zlepšujú svalovú prácu dýchacích svalov. Za základ pokladáme cvičenie bránice, ktorá participuje 60-70-% na vitálnej kapacite.

Poznáme základnú a špeciálnu dýchaciu gymnastiku. Cieľom obidvoch gymnastík je zlepšenie ventilácie v pľúcach, zmiernenie dýchavice, zvýšenie kapacity tolerance fyzickej námahy.

Reflexné cvičenie metodikou podľa Dr. Vojtu je v dnešnej dobe čoraz častejšie. Využíva sa hlavne u malých detí, s ktorými ešte nie je verbálny kontakt a ktoré nedokážu reagovať na naše požiadavky. Joga je komplexný psychosomatický prístup, kde sa využíva hlavne telesné pozície (učenie pacientov a starších detí najprv zvládnuť relaxácie a plného jogového dychu a uvedomenie si, že len opakované a vytrvalé cvičenie vedie k dlhodobým zmenám v organizme).

Fyzikálna liečba predstavuje využitie a pôsobenie rôznych druhov vonkajšej energie na organizmus. Fyzikálna terapia je liečbou príjemnou, účelnou ale pasívnou. Je dobrým pomocným prostriedkom k dosiahnutiu cieľa liečebnou rehabilitáciou. Elektroliečba je vhodná pri odstraňovaní bolestivých spamov paravertebrálneho svalstva v Th oblasti a spúšťových bodoch.: Ultrazvuk a TENS prúdy, Diadynamik, Interferenčné prúdy, Krátkovlnná diatermia, Magnetoterapia, Laseroterapia, Fototerapia(Bioptron, Solux). Účinky fyzikálnej terapie: analgetický, myorelaxačný, spazmolytický, trofotropný, antiedematózny. Liečebná masáž sa zaraďuje do mechanoterapie čo znamená, že masážnymi hmatmi masér dráždi periférne nervy, cievy a svaly. Cieľom masáže je zvýšenie funkčnej zdatnosti, zmiernenie napätého

svalstva, odstránenie únavy, liečba alebo relaxácia. Najviac sa používa klasická masáž, reflexná masáž a masáž spúšťacieho bodu, masáž hlbokých tkanív.

Úloha inhalácie v oblasti rehabilitácie: Inhalačná forma liečby patrí bezpochyby k terapii mnohých pľúcnych ochorení, a to z dôvodu zaistenia vyšších koncentrácií liečiva lokálne priamo v pľúcach, čím je dosiahnutý maximálny efekt spolu s nízkym rizikom výskytu nežiaducich účinkov.

Záver: Naše fyzioterapeuti, masery - rehabilitační pracovníci využívajú v procese rehabilitácie moderné rehabilitačné zariadenia, simulátory a ďalšie vybavenie. Účelom rehabilitácie je rýchla regenerácia svalov, eliminovanie až odstránenie svalovej atrofie, obnoviť silu, zvýšenie celkovej mobility pacienta a zlepšenie psycho-emocionálneho stavu pacienta.

Stojí za to poznamenať, že rehabilitačný proces je založený na stimulácii sebavedomia pacienta dosahovaním stanovených cieľov. Cvičenie, moderné vybavenie rehabilitačných zariadení, školený personál pomáhajú pacientom krok po kroku kráčať do nového krajšieho dňa. Úspech rehabilitácie závisí aj od samotného prístupu pacienta.

Literatúra;

1. GÚTH, A. a kol. Liečebné metodiky v rehabilitácii pre fyzioterapeutov. 1. vydanie Bratislava: Vydavateľstvo Liečreh Gúth, 2004. 400 s. ISBN 80-8-8932-16-5.
2. GUTH, A. et al., Liečebné metodiky v rehabilitácii. Bratislava: Liečreh, 2011. ISBN 80-88932-16-5.
3. HALADOVÁ, E. a kol. Léčebná tělesná výchova. 2. vydanie Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2003. 135 s. ISBN 57-860-03.
4. HALADOVÁ, E. et al. Léčebná tělesná výchova cvičení. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 1997. ISBN 80-7013-236-1
5. PALÁT, M. Dýchacia gymnastika. 4. vydanie Martin: Osveta, 1982. 264 s. ISBN 70-051-82.
6. ŠAJTEROVÁ, Z., ŠAJTER, M. Rehabilitačná liečba u pacienta po instabilnom hrudníku. In: Rehabilitácia 3, roč. XLIII, 2006, s. 163-170, ISSN 0375-0922.

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ КІНЕЗІОТЕРАПІЇ СПРЯМОВАНІ НА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЗДОРОВ'Я ТА УПРАВЛІННЯ ДОВГОЛІТТЯМ ЛЮДИНИ

Володимир Сверида,
*медичний директор, лікар-терапевт ОЦ «Ірис»,
санаторно-курортний комплекс «Деренівська Купіль», Ужгород, Україна*

Постановка актуальності проблеми. Кінезіотерапія – напрямок у медицині, який допомагає відновлюватися організму за допомогою фізичних вправ. Даний метод включає в себе систему вправ, спрямованих на тренування глибоких м'язів спини і суглобів на спеціальному професійному реабілітаційному тренажері - відмінний інструмент для занять кінестезію, який є в нашому реабілітаційному центрі. Багатофункціональний тренажер має багато функцій і можливостей. Кінезіотерапія допоможе ефективно боротися з такими недугами, як остеохондроз, хребта, міжхребцеві грижі і протрузії, порушення постави і сколіоз, артроз, наслідки травм і іншими захворюваннями опорно-рухового апарату. Все, що необхідно сучасній людині для підтримки форми та краси тіла, крім занять спортом та правильного харчування – це професійний догляд і підтримка в тонусі м'язів та шкіри. Головна особливість - виконувати рухи одночасно на праву і ліву сторону, виключаючи асиметрію м'язового балансу в тілі. Тренажер дозволяє виконувати зведення рук з верхнього і нижнього блоку (кросовер), одночасне згинання рук на біцепс і інші вправи. При цьому створюються сприятливі умови для відновлення порушених функцій хребта, суглобів, хрящової і м'язової тканини. Головне завдання кінезіотерапії – підвищення адаптаційних можливостей організму [2, 3].

Мета дослідження –обґрунтувати методику кінезіотерапії для хворих на остеохондроз хребта у санаторних умовах

Виклад основного матеріалу. Обстежено 20 пацієнтів з остеохондрозом хребта віком 45 - 50 років, з них 14 чоловіків і 6 жінок у яких діагностовано остеохондроз поперекового відділу хребта. З метою детального обстеження і контролю за функціональним станом пацієнтів а оцінки ефективності курсу кінезіотерапії використовували: мануально- м'язевий тест за допомогою якого виявляли причини порушень в роботі тулуба, амплітуду рухів, соматичні

дисфункцій. Проводили спеціальне м'язове тестування для визначення ослаблених, м'язів, які не "включаються" в злагоджену роботу або спазмованих м'язів. Спираючись на ці знання про м'язово-фасціальні ланцюги виявляється першопричина порушення. Виявлено, що у 90,0% пацієнтів відзначаються болі, зниження амплітуди рухів у попереку відзначали 70,0% хворих. Ці порушення виявляють себе через скарги на біль, дискомфорт, відчуття напруги, втратою енергії, швидкою втомлюваності. Виявляли компресію нервів на рівні хребта, відновлюємо правильну інервацію та коректну роботу сегменту.

Нами використана спеціальна програми по свідомому управлінню здоров'я спираються на певні принципи, стратегії і механізми Біохакінгу. Біохакінг є одним із перспективних підходів щодо збільшення життєвого ресурсу організму людини, як стратегія здоров'я та уповільнення старіння. Цей термін виник від англійського слова *hack* (злом) і означає різкий спосіб зміни певних аспектів свого життя для здобуття здоров'я, підвищення якості життя і уповільнення старіння.; метою формування здорового способу життя є сприяння досягненню, в широкому розумінні, благополуччя і здоров'я на всіх рівнях. Кожному пацієнту підбирається свій комплекс вправ для підтримки метаболізму, гормонального фону, рухливості суглобів і енергетичного балансу, ментального здоров'я. Тривалість занять 18 днів. Використовували такі діапазон рухів на різні м'язові групи:

- зміцнення і розтяжка м'язів спини: нижня і станова тяга, тяга однієї руки, нахили корпусу, пулlover з верхнього блоку;
- вправи на м'язи ніг і сідниць: присідання, пліє і випади з обтяженням, відведення ноги з нижнього блоку, опускання ніг з верхнього блоку;
- вправи на руки і плечі: згинання рук на біцепс різними хватами, розгинання на трицепс з різноманітними ручками;
- зміцнення глибоких м'язів спини, зміцнення хребта, створення м'язового корсета вздовж хребта;
- зміцнення м'язів черевного преса: скручування на прес, бічні нахили в бік на косі м'язи як з верхнього так і з нижнього блоку;
- робота з тригерними точками методами ішемічної компресії, техніками стрейн- констрейн, позиційного релізу, функціональними остеопатичними техніками, методом «сухої голки», банки;
- робота з фасціальними укороченнями прекурсором, техніками постізометричної релаксації м'язів, блейдом;
- техніки суглобової корекції Маллігана.

Важливим було закріплення отриманого результату за допомогою системи інтегративної кінезітерапії. Безпосередньо в залі з фізичним терапевтом проводяться завершальні етапи в процесі одужання для формування оптимального рухового стереотипу і запуску регенераційних процесів. Використання інноваційного засібу - елісферична моторизована рухома платформа Elispherique забезпечує потрібний набір різноманітних рухів, дозволяє впливати на тіло певним чином, навантажувати ~ 90% м'язів, ефективно стимулювати ОРА і суглоби. Регульовані параметри - амплітуда, швидкість, симетрія і асиметрія змінюють рухи залежно від потреб людини. Всі параметри руху регулюються для точного налаштування і підготовки згідно індивідуальних потреб молодих і літніх людей, осіб з малорухомий способом життя, спортсменів. Завдяки технології руху платформи і створеним функціональним фізичним вправам, відбувається покращення пропріоцепції, відновлення балансу тіла, рухливості м'язів, функцій кістково-м'язової системи, гнучкості суглобів і контролю над тілом. Рух платформи стимулює глибоку роботу м'язів ОРА і відновлює баланс тіла спеціальними функціональними вправами. Комп'ютеризована моторизована рухома платформа Elispherique зі змінною швидкістю та амплітудою обертання забезпечує тренування груп м'язів, які відповідають за координацію рухів і рухливість хребта, реалізує елісферичний рух (Elspheric) має дуги безпеки, застосовують 3 рівня складності, які вміщують 1017 вправ. Стимулювали плавність і природність скорочення м'язів, підтримку гнучкості, м'язового тонуусу і поліпшення рухливості суглобів, мінімізують наслідки старіння. Системи забезпечують: тестування (4 програми, 20 вправ); фізичну реабілітацію (48 програм, 3 рівня); перенавчання (49 програм, 3 рівня); спорт (43 програми, 3 рівня); дистанційне керування - iPod; фітнес (47 програм, 3 рівня).

Після завершення курсу кінезітерапії усім пацієнтам також повторно проведені тестові обстеження хребта, які засвідчили про ефективність запропонованої нами програми фізичної терапії. Кількість хворих, у які зменшилися або зникли болі зменшилося з 90,0% до 45,0%, амплітуда рухів збільшилася у 50,0% пацієнтів, зменьшився дискомфорт, загальна слабкість, швидка втомлюваність.

Висновки. Санаторно курортна реабілітація за допомогою сучасних апаратних методик кінезітерапії є високоефективним лікувально-реабілітаційним етапом, що сприяє покращення стану і формування правильного рухового стереотипу. Доведена ефективність використання

кінезіотерапії, які спрямовані на покращення обмінних процесів при остеохондрозі хребта, підвищення амплітуди рухів, нормалізації постави.

Література:

1. Берсенев В.А. Біль у спині. – К.: СМП «АВЕРС», 2002.159 с.

2. Гузій Д. А. Кінезотерапія в реабілітації хворих з пошкодженням суглобового апарату верхньої кінцівки = Kinesiotherapy in rehabilitation of patients with damage of the upper limb articular apparatus: кваліфікаційна робота на здобуття ступеня вищої освіти «бакалавр» / Д. А. Гузій ; наук. керівник к.б.н., доцент Н. О. Васильєва ; Міністерство освіти і науки України ; Херсонський держ. ун-т, Медичний ф-т, Кафедра медицини та фізичної терапії. – Херсон : ХДУ, 2020. – 44 с.

3. Попадюха Ю.А. Сучасні комп'ютеризовані комплекси та системи у технологіях фізичної реабілітації: Навч. посіб. / Ю.А. Попадюха. – К.: Центр учбової літератури, 2017. – 300 с.

ЛКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ПРИ НАДМІРНІЙ ВАЗІ ТА ОЖИРІННІ

Еріка СИВОХОП,
студентка 3-го курсу спеціальності Середня освіта (Фізична культура)
Ростислав ДУРКОТ,
студент-магістр 1-го р.н. спеціальності Фізична культура і спорт
Едуард СИВОХОП,
*кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичного виховання,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

Постановка актуальності проблеми. Сучасні дослідження показників здоров'я молоді свідчить про суттєве зниження рівня фізичного розвитку, фізичної підготовленості та загального здоров'я більшості молодих людей в Україні та світі. Найочевиднішою загрозою вважається нестача повсякденної фізичної активності молоді. Найчастіше причинами гіподинамії є брак мотивації до регулярних фізичних вправ, зміна ключових показників способу життя, дедалі частіше молодь проводить час за комп'ютером, а також недостатня увага до занять фізичною культурою у закладах вищої освіти. Усе це зумовлює зростаючу актуальність проблеми ожиріння та надмірної ваги серед молоді та підлітків.

Аналіз наукових досліджень. Розв'язання проблеми ожиріння та гіподинамії в межах освітнього закладу можливе за рахунок підвищення мотивації молоді до занять фізичними вправами, урізноманітненням тренувальних програм, впровадження сучасних методик навчання [1,8,9].

Ожиріння дівчат 18-20 років слід розглядати як хронічне захворювання, що характеризується надмірним накопиченням жиру в організмі. Надлишкова жирова тканина у дівчат 18-20 років може накопичуватися як у місцях фізіологічних відкладень, так і в ділянці молочних залоз, стегон, живота тощо [3,5,6,9].

Мета дослідження: вивчення особливості застосування методики лікувальної фізичної культури при надмірній вазі та ожирінні.

В процесі дослідження використовувались такі методи дослідження, як аналіз літературних джерел із даної проблематики, педагогічне спостереження.

Виклад основного матеріалу. Ожиріння ділиться на ступені (за кількістю жирової тканини) і на типи (залежно від причин, що призвели до його розвитку). Показником для визначення надмірної ваги є індекс маси тіла (ІМТ). $ІМТ = \text{маса тіла} / \text{зріст}^2 \text{ (кг/м}^2\text{)}$ [5]. Визначивши ІМТ, можна оцінити ступінь ризику розвитку супутніх захворювань.

Значення індексу маси тіла за шкалою WHO (World Health Organisation – Всесвітня організація охорони здоров'я):

- менше 19 – недостатня вага тіла; ризик для здоров'я високий, необхідно набрати масу тіла; 19-25 – нормальна вага тіла; ризик для здоров'я відсутній;
- 25-30 – надлишкова маса тіла; ризик для здоров'я підвищений, рекомендується знизити масу тіла; 30-35 – 1-й ступінь ожиріння; ризик для здоров'я високий, необхідно знизити масу тіла;
- 35-40 – 2-й ступінь ожиріння; ризик для здоров'я дуже високий;
- 40 і більше – 3-й ступінь, виражене ожиріння; ризик для здоров'я надзвичайно високий, необхідно проконсультуватися у лікаря і знизити масу тіла [10].

Станом на 2023 рік близько 2,6 млрд осіб вже мають надмірну вагу та ожиріння. Ця цифра становить 38% населення планети. Якщо статистика буде прогресувати і далі, то вже до 2035 року понад 50% населення планети страждатимуть надмірною вагою та ожирінням. Експерти наголосили, що особливо часто надмірна вага спостерігається у молодого покоління. Згідно з прогнозами, за 12 років ожиріння на 100% зросте серед неповнолітніх хлопців

та на 125% серед дівчат [4].

Ожиріння веде до підвищеного ризику виникнення цукрового діабету, гіпертонічної хвороби та інших захворювань, пов'язаних із наявністю надмірної ваги. Причини надлишку ваги також впливають на поширення жирової тканини, характеристики жирової тканини (м'якість, пружність, відсоток вмісту рідини), а також на присутність або відсутність змін шкіри (розтягнення, розширені пори, так званий «целюліт»). Ожиріння, яке проявляється в разі захворювань залоз внутрішньої секреції та центральної нервової системи, називається вторинним [5].

Дієвим засобом у нормалізації маси тіла є лікувальна фізична культура (ЛФК).

Завдання ЛФК для осіб з надмірною вагою та ожирінням:

- стимулювати обмін речовин, підвищуючи окислювально-відновні процеси та енерговитрати; сприяти поліпшенню порушеного функціонального стану серцево-судинної системи та дихання;
- знизити масу тіла хворого в поєднанні з дієтотерапією; підвищити фізичну працездатність;
- сприяти нормалізації жирового та вуглеводного обміну.

У методиці лікувальної фізичної культури під час корекції надлишкової маси тіла й ожиріння можна визначити такі особливості: курс часто ділиться на етапи. Навантаження в першому періоді являє собою в основному гімнастичні вправи у формі лікувальної гімнастики. У комплекс із лікувальною фізкультурою застосовується дієтотерапія, масаж і водні процедури [2].

Підготовчий етап навчально-тренувальних занять може задіяти такі форми: ходьба, лікувальна та ранкова гімнастика, дихальні вправи. Заняття фізичною культурою можуть вибудовуватися за системою макроциклів, що включає підготовчий та основний етапи. Для підготовчого періоду головною метою є розвиток відстаючих фізичних навичок, формування бажання активно займатися фізичною культурою. На цьому етапі застосовують лікувальну гімнастику, що включає вправи, спрямовані на опрацювання великих м'язових груп, помірну ходьбу, масаж і самомасаж та дихальні вправи [3,7].

В основному періоді збільшується різноманітність фізичних навантажень, додаються вправи з використанням тренажерів, заняття в басейні, ходьба і легкий біг, вправи із застосуванням інвентарю. Основний період навчально-тренувальних занять розробляється для розвитку фізичних якостей, рухової витривалості та для поліпшення відновлювальних здібностей організму. Для

основного періоду на заняття адаптивною фізичною культурою мають включати різноманітні види загально-зміцнювальних вправ, вправи прикладного характеру, ходьбу, біг, спортивні ігри, активне використання тренажерів, вправи на витривалість із поступовим підвищенням інтенсивності [2,3,7,9].

Фізична активність повинна мати середню інтенсивність і достатню тривалість для витрати вуглеводів і нейтральних жирів із жирових депо [2]. Відзначається позитивний вплив занять на кардіотренажерах: велоергометрі, біговій доріжці, гребному тренажері [9].

Комплекс методів під час корекції надмірної ваги й ожиріння спрямований на:

- нормалізацію роботи всіх систем організму;
- розвиток фізичних навичок;
- формування адаптації організму до фізичних навантажень;
- нормалізацію і прискорення метаболізму [5,6].

Фізичні навантаження чинять стимулювальний вплив на центральну нервову систему і залози внутрішньої секреції. Вправи на розвиток витривалості під час тривалого виконання збільшують витрату організмом вуглеводів і жирів, виконання вправ з обтяженням позитивно позначається на білковий обмін. Цим обґрунтовано використання поєднання аеробного та силового навантаження в тренувальному процесі [3,7].

Принцип визначення гранично допустимих навантажень лежить в основі підходу до занять фізичними вправами, що дає змогу підбирати оптимальний рівень навантажень для кожного, хто займається, і поступово збільшувати працездатність від заняття до заняття [9].

Аеробні вправи сприяють зміцненню серцево-судинної та дихальної систем організму. Виконувати їх слід, дозуючи навантаження і перемежовуючи з періодами короткочасного відпочинку. У комплексі можуть використовуватися так само й дихальні вправи для кращого забезпечення організму киснем [8].

Значення киснетранспортних можливостей жіночого організму нижчі, ніж чоловічого, але в разі регулярних занять стають практично рівними чоловічим показникам. У процесі аеробного тренування жінок підключаються функціональні резерви серцево-судинної системи, що веде до розвитку аеробної працездатності [7].

І в підготовчому, і в основному періоді реабілітації обов'язково враховуються індивідуальні фізичні можливості тих, хто займається. Для

успішного лікування надлишкової маси тіла й ожиріння заняття мають будуватися за принципом системи й підкорятися індивідуальному режиму, найважливішою частиною якого стане регулярне виконання комплексу ЛФК.

При розробці тренувального плану і підборі відповідної швидкості та інтенсивності заняття, враховується, що тривалі помірні навантаження позитивно впливають на витрату вуглеводів і жирів [2,3,9].

Завдання лікувальної фізкультури, полягають у підвищенні окисно-відновних процесів, прискоренні обміну речовин, підвищенні калорійності, удосконаленні роботи систем організму, зменшенні кількості жирової маси в організмі, удосконаленні фізичної підготовленості [2,7].

Під час складання методики зниження ваги необхідно враховувати показання та протипоказання до занять відповідно до ступеня розвитку захворювання та наявності супутніх хвороб.

Для урізноманітнення тренувального процесу і поліпшення ефекту можна застосовувати різні форми ЛФК, включно з вправами зі снарядами і предметами: еспандерами, медицинболами, гантелями, фітболами, гімнастичними палицями. Тривалість кожного заняття лікувальною фізичною культурою становить зазвичай 45-60 хвилин [2,3].

Удосконаленню стану серцево-судинної системи в пацієнтів первинної аліментарної форми ожиріння допомагають вправи з використанням кардіо-тренажерів. Тим, хто вперше розпочав заняття фізичними тренуваннями, слід дотримуватися діапазону 60-70% від максимального числа серцевих скорочень. Максимальне число серцевих скорочень розраховується за формулою: $220 - \text{вік (років)}$. Важливо враховувати, що вправи мають давати навантаження, яке відповідає оптимальному пульсу протягом заняття [3].

За допомогою невеликого відповідного обтяження можна забезпечити аеробний режим на занятті. Тривалість заняття на оптимальному пороговому пульсі має становити не менше 20-30 хвилин. Цей режим легше забезпечити у форматі кругового тренування, під час якого здійснюється перехід від однієї вправи до іншої без відпочинку. Кругова форма занять включає обов'язкову розминку і заключну частину з включенням розтяжок великих м'язових груп [9].

Висновки. Результати дослідження свідчать про важливість лікувальної фізичної культури як ефективного засобу контролю ваги та покращення загального здоров'я у молоді. Комплекс методів під час корекції надмірної ваги й ожиріння спрямований на: нормалізацію роботи всіх систем організму;

розвиток фізичних навичок; формування адаптації організму до фізичних навантажень; нормалізацію і прискорення метаболізму.

Література:

1. Козар Ю.Ю., Сивохоп Е.М. Фізична рекреація як складова здорового способу життя сучасної людини. *Україна та світ під впливом викликів сьогодення: кол. моногр.* Харків: СГ НТМ «Новий курс», 2023. С.49-56.
2. Козубенко Ю. Л., Буц М.А. Лікувальна фізична культура : навч.-метод. посіб. Переяслав-Хмельницький (Київ. обл.) : Домбровська Я.М., 2017. 170 с.
3. Корж Ю.М., Звіряка О.М. Основи лікувальної фізичної культури. Методичні рекомендації для студентів спеціальності «Фізична реабілітація». Суми: СумДПУ ім. А.С.Макаренка, 2005. 74 с.
4. Ожиріння у дітей. Причини і наслідки. 17.03.2023 р. URL: <https://dila.ua/innovation/ozhyrinnya-u-ditey.html> (дата звернення: 12.08.2023)
5. Ожиріння: профілактика, лікування, фізична терапія. Навчально-методичний посібник / О.Я.Андрійчук та ін. Луцьк, 2021. 139 с.
6. Пилипчук В. В., Августович М.Б., Курінов О.Ю. Надлишкова маса тіла як проблема метаболізму і фізичної активності. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2011. № 4. С. 122-124.
7. Соколовський В. С., Романова Н.О., Юшковська О.Г. Лікувальна фізична культура: Підручник. Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2005. 234 с.
8. Товт В.А., Сивохоп Н.М., Маріонда І.І. Вплив аеробних фізичних навантажень на показники працездатності та успішності студентів. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова*. К., 2016. Вип. 5К (61) 15. С.249-252.
9. Христова Т.Є., Суханова Г.П. Основи лікувальної фізичної культури: навчальний посібник для студентів ВНЗ спеціальності «Фізичне виховання». Мелітополь: ТОВ «Колор Принт», 2015. 172 с.

АВІТАМІНОЗ: ПРИЧИНИ ПОЯВИ ТА НАСЛІДКИ

Едуард СТЕБЛЮК,
студент II курсу спеціальності «Лікувальна справа»
Дмитро ДУБОВЕНКО,
асистент кафедри шкірних та венеричних хвороб
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Постановка актуальності проблеми. Вітаміни є життєво важливими для нормального функціонування організму, адже беруть участь у багатьох процесах, таких як метаболізм, імунітет, регуляції нервової системи та інші. При авітамініозі виникає низка симптомів, залежно від вітаміну, якого не вистачає. Відтак, авітаміноз вітаміну С може призводити до проблем з яснами, загальної слабкості організму, проблем зі шкірою; нестача вітаміну D може спричинити проблеми з кістками та м'язами. Дефіцит вітамінів В1, В6, В12 впливає на роботу нервової системи, спричиняючи поколювання в кінцівках, погіршення пам'яті, розлади сну та інші проблеми. Нестача вітамінів групи В (зокрема, В9 і В12) може призвести до анемії, оскільки ці вітаміни необхідні для нормального синтезу еритроцитів.

Вивчення ролі вітамінів у здоров'ї людини сприяє розумінню їхнього впливу на профілактику та лікування серцево-судинних захворювань, захворювань нервової системи. Це зумовлює актуальність проблеми.

У наукових працях Н. Зубар розкрито вплив їжі та її компонентів на функціонування систем організму людини, зацентовано увагу на формуванні раціону харчування. На значення вітамінів у житті людини вказує О.Олійник. Автором зазначено, що добова необхідність їх складає 180-200мг. Вони необхідні для формування ферментів, гормонів, прискорення біохімічних реакцій, для трансформації енергії. Особлива потреба у вітамінах спостерігається у дитячому та підлітковому віці – періоді росту й розвитку організму.

Мета дослідження – з'ясувати вплив авітамінозу на організм людини. Завдання – розкрити зміст поняття авітаміноз, причини його виникнення та наслідки.

Виклад основного матеріалу. У довідковій літературі «авітаміноз» трактується як патологічний стан, який виникає через порушення надходження в організм людини чи тварини певних вітамінів [2]; захворювання, зумовлене недостатністю або відсутністю того чи іншого вітаміну в харчах, які споживає

людина; порушення нормального постачання організму вітамінів [5]. Означеним терміном позначається й стан, за якого у клітинах відсутній вітамін чи його коферментна форма. Зниження вмісту окремих вітамінів є гіповітамінозом. Лікування гіповітамінозу зазвичай полягає в усуненні причин недостатнього споживання вітамінів та використанні харчових добавок або лікарських препаратів для підтримки оптимального рівня вітамінів у організмі.

Виокремимо типи авітамінозу:

- 1) екзогенний – спричинений недостатньою споживаністю вітамінів у їжі, неправильною дієтою, стресовими ситуаціями, фізичними та нервовими напругами, тривалим перебуванням на холоді чи при високій температурі, діями лікарських препаратів та ін.;
- 2) ендогенний – викликаний генетичним чинником, хронічними захворюваннями, патологічними станами органів або систем, які перешкоджають нормальному засвоєнню вітамінів.

Колективом авторів [3, с.106-107] визначено, що вторинні (ендогенні) гіпо-і авітамінози виникають унаслідок різних захворювань, навіть у разі фізіологічно достатнього споживання вітамінів із їжею. Так, через захворювання печінки або нирок погіршується утворення активних форм вітаміну D, порушується його засвоєння, що спричиняє розвиток вторинного рахіту.

Ознаки авітамінозу включають: слабкість й швидку втомлюваність; зміни на шкірі (сухість, лущення, висипи запалення); проблеми із зором; погіршення стану волосся та нігтів; зниження імунітету; виникнення болів в суглобах, слабкість м'язів, порушення функцій нервової системи (відчуття поколювання в руках і ногах, проблеми з координацією рухів); зміни емоційного стану (роздратованість, тривога, депресія). За дослідженням [4, с.32] в організмі найчастіше виявляється недостатня кількість вітамінів С, В1, В2, РР, А, менше фолацину, В6.

Вітаміни є складовою частиною молекул багатьох ферментів і деяких фізіологічно активних речовин, або активують деякі ферменти. Вони беруть участь у синтезі та розщепленні амінокислот, жирів, азотистих основ нуклеїнових кислот, деяких гормонів, медіатора – ацетилхоліну, який забезпечує передачу імпульсів у нервовій системі [1, с.91]. Нові технології у сфері харчових добавок та лікарських препаратів дозволяють розробляти більш ефективні методи вирішення проблеми авітамінозу.

Зазначимо, що лікування авітамінозу залежить від конкретного вітаміну, якого не вистачає та ступеня його дефіциту. Серед методів лікування та профілактики захворювання дієвими на сьогодні є:

Правильне харчування. Йде мова про споживання продуктів, які містять потрібні вітаміни фрукти, овочі, зелені листяні овочі, м'ясо, рибу, молочні продукти, яйця та ін. Доведеним є шкідливість вживання алкоголю, що має токсичний вплив на органи, зокрема на печінку, яка відповідає за обробку багатьох вітамінів та інших поживних речовин. Через збільшення виділення рідини з організму може відбутися дегідратація та втрата поживних речовин.

Вітамінні комплекси у формі таблеток, капсул, розчинів. Вони містять вітаміни та мінерали, які сприяють заповненню недостатнього рівня їх у організмі. Це полівітаміни, синтетичні вітаміни комплексні, у склад яких входять екстракти лікарських рослин, сушені ягоди, фрукти. За рекомендацією лікаря важливим є дотримання дозування вітамінного комплексу, адже надмірне вживання вітамінів може бути шкідливим для здоров'я.

Лікарські засоби. До прикладу, у випадку анемії через дефіцит вітаміну B12 або B9 може бути призначено залізні препарати або вітамінний комплекс.

Ведення здорового способу життя, уникання стресів. Фізична активність допомагає підтримувати загальне здоров'я, покращує кровообіг, стимулює імунну систему та допомагає зберігати оптимальну масу тіла. Відмітимо, що стрес впливає на функціонування імунної системи. Рекомендуємо займатися релаксаційними техніками – йога, медитація, дихальні вправи з метою підтримки психічного здоров'я.

Висновки. Таким чином правильне харчування, рівномірне споживання продуктів рослинного та тваринного походження, використання вітамінних комплексів на підставі консультації з лікарем допомагає підтримувати оптимальний рівень вітамінів у організмі.

Література:

1. Вікова фізіологія : навч. посіб. / МОН України, Уманський держ. пед. ун-т імені Павла Тичини ; уклад.: Ю. С. Бойко, Ю. М. Танасійчук. Умань : Візаві, 2021. 245.
2. Енциклопедія сучасної України. URL: <https://esu.com.ua/article-42367>
3. Основи фізіології харчування : навч. посібник / Н. В. Дуденко [та ін.]; Харківський держ. ун-т харч. та торгівлі. Х., 2017. 216 с.

4. Основи фізіології і гігієни харчування: Інструктивно-методичні матеріали до лабораторних занять / Ляшевич А.М., Лупаїна І.С., Корнійчук Н.М., Гирина А.А., Чайка Ю.Ю. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2022. 51 с.

5.Тлумачний словник української мови URL:
<https://slovnyk.ua/index.php?swrd=%D0%B0%D0%B2%D1%96%D1%82%D0%B0%D0%BC%D1%96%D0%BD%D0%BE%D0%B7>

УНІВЕРСАЛЬНИЙ ДИЗАЙН ЯК ВАЖЛИВИЙ ЧИННИК РОЗВИТКУ ДИТИНИ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ

Світлана СТЕБЛЮК,
*доктор педагогічних наук, доцент кафедри фізичної терапії,
реабілітації, спеціальної та інклюзивної освіти,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

Інклюзивне навчання як сучасна парадигма розвитку вітчизняної освіти спонукає до пошуків педагогічних підходів у роботі із дітьми з особливими освітніми потребами (далі ООП), забезпечення рівних можливостей й доступу до освітніх послуг. За останні роки у цій галузі в Україні активно удосконалюється нормативно-законодавча база, в закладах дошкільної та загальної середньої освіти діють інклюзивні класи, групи.

Актуальності набуває створення універсального дизайну – середовища, де кожна дитина може відчувати себе комфортно та мати рівний доступ до навчання без обмежень чи дискримінації.

Сьогодні активізувалися наукові пошуки з проблеми навчання, виховання, розвитку дітей з ООП. Відтак, А. Колупаєвою, Л.Наконечною визначено чинники універсального дизайну у навчанні – сприйняття матеріалу незалежно від сенсорних можливостей дитини, дієве викладання та ін. [3]. Н. Бирко у науковій праці [2] акцентує увагу на підходах викладання, в основі яких педагогіка партнерства та створення у закладі освіти середовища толерантності з дотриманням принципів рівності, поваги; сприяння розвитку емпатії, співчуття та взаємодопомоги між учасниками освітнього процесу.

Мета дослідження – з’ясувати особливості універсального дизайну як одного з чинників розвитку дитини з ООП. Завдання: розкрити зміст поняття «універсальний дизайн» та його принципи.

Виклад основного матеріалу. Визначимо підходи до змісту ключового поняття. Універсальний дизайн у сфері освіти формулюється, як: дизайн предметів, навколишнього середовища, освітніх програм та послуг, що забезпечує їхню максимальну придатність для використання всіма особами без необхідної адаптації чи спеціального дизайну (Закон України «Про освіту» Розділ 1) [5]; основа для розробки проектування навколишнього середовища, громадських будинків і споруд, транспортних засобів загального користування, речей, технологій, будь-яких інформаційних видань чи способу подачі інформації та комунікацій таким чином, щоб ними могли користуватися найширші верстви населення, незважаючи на їх можливі функціональні обмеження [1, с.66].

У контексті нашої проблеми, під означеною дефініцією розуміємо створення фізично доступного та безпечного навчального середовища для школярів, проектування освітнього процесу, програм, адаптація методів, прийомів навчання, враховуючи особливі освітні потреби та інтереси дитини.

Адаптація асистентом учителя матеріалів для дитини з ООП є складовою навчання, виховання та розвитку школяра. Вона передбачає використання у педагогічній діяльності доступної для учнів лексики з поступовим її збагаченням, простих неускладнених речень, що супроводжується ілюстраціями, піктограмами, схемами, інструкціями, завданнями різної складності. Портфоліо асистента вчителя має відображати системну його роботу, що спрямована на формування у дитини ключових та предметних компетентностей, соціалізації та інтеграції її у суспільний простір.

Для підтримки універсального дизайну важливого значення надаємо застосуванню сучасних технологій та засобів навчання. Корекційна педагогіка накопичила чималий досвід щодо спеціальних методів та прийомів навчання, про які ми вказували у попередніх публікаціях.

Уважаємо, що слід зацентувати увагу на принципах універсального дизайну. Вони сформульовані таким чином [4, с. 10]:

множинні (гнучкі) способи представлення матеріалу – подання навчальної інформації із застосуванням різних методів навчання пояснення, бесіду колективне обговорення. При цьому акцент здійснюється на візуалізацію матеріалу, аудіозапис, кінестетичний спосіб сприймання;

множинні способи участі – урахування задатків, інтересів учнів, забезпечення мотивації до навчання через створення ситуацій успіху.

Провідним стає визначення сильних сторін дитини з ООП із метою реалізації індивідуальної програми розвитку;

множинні способи представлення та оцінювання результатів навчання – можливість застосування набутого кола компетенцій школярами у повсякденному житті, їх соціалізації у суспільстві.

Нами визначаються й такі принципи:

урахування нозології дітей в освітньому процесі у класах з інклюзивним навчанням;

доступності й креативності у створенні навчальних осередків, зважаючи на інтереси й можливості дитини з ООП.

Нова українська школа передбачає організацію осередків для навчання, що сприяють інтерактивному процесу, розвитку творчості та співпраці між учнями. У практиці роботи вчителів початкової школи у класах з інклюзивним навчанням спостерігається створення таких осередків:

навчальний, що включає мобільні парти для учнів, зручні меблі, інтерактивну дошку; осередок учителя з необхідними засобами навчання;

тематичний – для демонстрації художньо-творчої діяльності учнів, виставки їх робіт; змінні стенди для візуального запам'ятовування певних понять;

ігровий, який оснащений настільними іграми, у тому числі матеріалами з урахуванням інтересів та можливостей дитини з ООП;

дозвіллевий або осередок відпочинку з відповідним забезпеченням (килимок, крісла-пуфи тощо);

книжковий, що містить дитячі твори для читання різних жанрів (оповідання, вірші, казки, легенди, міфи), журнали, книжки-розмальовки;

пізнавально-дослідницький або куточок живої природи, що спрямований на проведення спостереження за ростом квітів, зерняток пшениці, цибулин, набуття умінь догляду за ними.

Серед матеріально-технічної бази сучасних закладів освіти вагоме місце займає створення ресурсної кімнати. Це спеціально обладнане приміщення, що призначене для надання корекційно-розвиткових послуг учням з особливими освітніми потребами та психологічного їх розвантаження. Корекційно-розвиткові заняття спрямовані на удосконалення мовлення дитини, розвиток моторики, уваги та сприймання, емоційно-вольової сфери тощо. Вони важливі для підтримки індивідуальних потреб школяра з особливими потребами та сприяють його повноцінному розвитку та інтеграції в освітній процес.

Висновки. Нами розкрито зміст поняття «універсальний дизайн», його принципи та зацентовано увагу на осередках у навчальній кімнаті початкової школи. Сучасна освіта набуває інноваційного змісту й спрямована на навчання, виховання та розвиток дитини в умовах інклюзивного середовища.

Література:

1. Азін В. О., Байда Л. Ю., Грибальський Я. В., Красюкова-Еннс О. В. Доступність та універсальний дизайн : навч.-метод. посіб./ за заг. ред. Байди Л. Ю., Красюкової Еннс О. В. К., 2013. 128с.
2. Бирко Н.М. Пріоритетні підходи універсального дизайну. *Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К. Д. Ушинського*. Випуск 3 (140). Одеса, 2022. С. 46-52
3. Колупаєва А., Наконечна Л.. Універсальний дизайн у підготовці та навчанні: підходи, визначення та використання. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови.*, 1(13), (2021). С. 19-23. URL: <https://doi.org/10.33189/epsn.v1i13.74>
4. Освіта: інклюзія та універсальний дизайн. URL: https://naiu.org.ua/wp-content/uploads/2021/08/EducationInclusiveUniversalDesign_Brochure_Web_2.pdf
5. Про освіту. Закон України від 05.09.2017 р. № 2145-VIII. Відомості Верховної Ради (ВВР). 2017. № 38–39. Ст. 380. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19>.

ЛІКУВАЛЬНА ГІМНАСТИКА І МАСАЖ У КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ НЕСПЕЦИФІЧНИЙ ВИРАЗКОВИЙ КОЛІТ В САНАТОРНИХ УМОВАХ

Фелікс ФІЛАК,

кандидат медичних наук, доцент
доцент кафедри основ медицини,

Ярослав ФІЛАК,

кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент,
завідувач кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Постановка актуальності проблеми. Хронічний неспецифічний виразковий коліт (ХНВК) – важке хронічне запальне захворювання товстої кишки Природа цього захворювання залишається до кінця не з'ясованою. Більшість вчених погоджуються на думці, що на розвиток хвороби впливає багато факторів. З-поміж них виділяють імунологічні, генетичні, нервово-

психічні, інфекційні, алергічні та інші чинники. З кожним роком зростає кількість людей, що хворіють на виразковий коліт, причому найчастіше це люди молодого і працездатного віку. Утворення виразок товстої кишки переважно виявляють у прямій кишці, які можуть поширюватися у проксимальному напрямку, уражаючи цілу ободову кишку або її частину [2].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. На основі численних епідеміологічних досліджень виявлено, що більша частота захворювання спостерігається в індустріально розвинутих країнах, в містах, ніж в сільській місцевості, серед іммігрантів, а це дало можливість припустити вирішальний вплив факторів навколишнього середовища на виникнення цієї хвороби. Проблема лікування та реабілітації хворих на ХНБК залишається актуальною і вимагає поглибленого вивчення та індивідуального підходу. Недостатня ефективність медикаментозних препаратів, тривалий перебіг захворювання зі схильністю до частих рецидивів і ускладнень вимагають пошуку немедикаментозних лікувальних факторів природнього походження. Однак, до останнього часу реабілітаційні заходи у відновному лікуванні хворих на хронічний неспецифічний виразковий коліт використовуються недостатньо [3].

Мета дослідження – вивчення впливу засобів реабілітації на динаміку білкового обміну у хворих на ХНБК в санаторно-курортних умовах.

Виклад основного матеріалу. Проведено дослідження у 15 хворих на ХНБК віком 28 - 45 років, тривалістю захворювання від 4 до 10 років. У всіх пацієнтів був виявлений легкий ступінь ХНБК. Обмін білків є центральною ланкою всіх біохімічних процесів, а також процесів формування функцій і структури організму. Хоча біохімічні показники не є специфічними для хворих на виразковий коліт, але виявлення порушень білкового обміну у них має велике значення для визначення активності та важкості запального процесу, перебігу захворювання та його прогнозу, а також для оцінки ефективності тих чи інших реабілітаційних заходів. Для визначення змін білків плазми крові використано метод електрофорезу білків плазми на папері. При проведенні обстеження протеїнограма показала, що у хворих на неспецифічний виразковий коліт, в порівнянні з контрольною групою, рівень загального білка та альбумінів був зниженим, що призводить до зниження всмоктувальної функції тонкої і товстої кишок. Вміст глобулінів виявився підвищеним, особливо α_1 та α_2 фракції. При цьому рівень гіпопротеїнемії та гіпоальбумінемії залежав від ступеня важкості хвороби. У 60,0% хворих на ХНБК виявили гіпохромну залізодефіцитну анемію, а у 46,7% - ті чи інші алергічні захворювання.

Всі хворі пройшли курс санаторно-курортної реабілітації, який включав: щадно-тренуючий режим, дієтту №4, внутрішній прийом середньомінералізованої вуглекислої гідрокарбонатної натрієвої мінеральної води Поляна Купіль температури 42°C за 30 хвилин до прийому їжі по 150 – 200 мл. 3 рази в день, вуглекислі мінеральні ванни, лікувальну гімнастику у щадному режимі, лікувальну ходьбу, лікувальний масаж, теренкур, кліматотерапію.

Одним із основних лікувальних факторів, що використовуються в санаторно-курортній реабілітації, є внутрішній прийом мінеральних вод. Про участь мінеральної води Поляна Купіль у регуляції процесів обміну білків свідчать дослідження Ф.Г. Філака, В.О. Коростильова. Лікувальний ефект питного прийому обумовлений як місцевою, так і загальною дією на організм. Місцева дія полягає в тому, що вода більшою мірою всмоктується у верхніх відділах тонкої кишки, частина води доходить до термінальних її відділів і викликає цілий каскад реакцій в системі органів травлення. Хімічні компоненти мінеральної води активно впливають на всмоктувальну і транспортну функцію кишечника, стимулюють ферментативні процеси у слизовій оболонці, активно змінюють інтенсивність пристінного травлення, нормалізують рН кишечника, що таким чином покращує білковий баланс організму у хворих на неспецифічний виразковий коліт. Обґрунтуванням для застосування гідрокарбонатних вод при патології кишечника є також значна втрата при даній патології катіонів і підвищення вмісту аніонів, що призводить до розвитку ацидозу і підвищення тонуусу кишечника. Релаксуючий ефект мінеральної води Поляна Купіль пов'язаний з температурою і наявністю в ній Са, Na, К, Мп та ін., які також діють протизапально, відіграють важливу роль в регуляції осмотичного тиску в тканинних рідинах, що в кінцевому підсумку нормалізує моторну функцію кишечника.

Комплекс лікувальної гімнастики складався зі спеціальних вправ, спрямованих на нормалізацію моторно-евкаторної і всмоктувальної функції тонкої і товстої кишок, покращення крово- і лімфообігу в органах черевної порожнини, зміцнення м'язів живота і тазового дна в поєднанні з дихальними вправами і вправами на розслаблення. Вправи виконувались у повільному темпі, тривалість занять 20 – 25 хвилин. Призначення лікувальної ходьби, теренкуру, кліматотерапії – це адаптація до психологічних і фізичних навантажень, відновлення працездатності пацієнта, а також покращання психоемоційного стану. Метою призначення лікувального масажу було

усунення або зменшення болю по ходу кишківника, нормалізація секреторної і моторної функції шлунку і кишківника, активізація крово- і лімфообігу, обмінних, трофічних процесів травної системи, зміцнення м'язів живота, зниження тону напружених прямих м'язів живота, а також вплив на спинномозкові нерви, які забезпечують іннервацію кишківника. Застосовували класичний масаж, який призначали при стиханні загострення. Застосовували прийоми погладжування, розтирання, ніжного розминання, які спричиняли покращення трофічних процесів слизової товстої кишки, підвищення моторної функції кишківника, поліпшення крово- і лімфообігу органів травлення.

Після проведення комплексу санаторно-курортних реабілітаційних заходів, поряд з покращенням клінічної картини покращились показники білкового обміну. Рівень загального білка після курсу реабілітації підвищився з $68,4 \pm 0,83$ од. до $73,5 \pm 0,57$, альбумінів з $0,50 \pm 0,003$ до $0,55 \pm 0,006$ од., що свідчить про покращення всмоктувальної функції тонкої і товстої кишок. Вміст глобулінів виявився підвищеним, особливо α_1 та α_2 фракції. Гіпохромна залізодефіцитна анемія у хворих на ХНВК зменшилася з 60,0% до 26,7%.

Висновки. Таким чином, поряд з покращанням клінічної тканини після проведення курсу санаторно-курортних реабілітаційних заходів у хворих на ХНВК відзначається позитивна динаміка білкового обміну, що вказує на покращення трофічних процесів товстої кишки, затихання запальних явищ, заживлення ерозій та виразок,

Література:

1. Внутрішня медицина: Порадник лікарю загальної практики: навчальний посібник. / А.С. Свінціцький, О.О. Абрагамович, П.М. Боднар та ін.; За ред. проф. А.С. Свінціцького. – ВСВ «Медицина», 2014. – 1272 с
2. Григор'єв П.Я та ін. Хвороби органів травлення (діагностика і лікування): Б-ка практичного лікаря. Суттєві питання внутрішньої медицини /П. Я. Григор'єв, Є. М. Стародуб, Є. П. Яковенко, М. Є. Гаврилюк, С. Є. Шостак. Тернопіль: Укрмедкнига, 2000. 448 с.
3. Лікувальна фізкультура в санаторно-курортних закладах. За ред. Л.І.Фісенко. Київ. 2005. 402 с
4. Пешкова О.В. Фізична реабілітація при захворюваннях внутрішніх органів / О.В. Пешкова. Харків: СПДФО Бровін О.В., 2011.312 с.
5. Stange EF, Travis SP, Vermeire S, Reinisch W, Geboes K, Barakauskiene A, et al. European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: definitions and diagnosis. J Crohns Colitis 2008;2:1–23.

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПІДЛІТКІВ ХВОРИХ НА ХОНДРОПАТІЮ В АМБУЛАТОРНИХ УМОВАХ

Ярослав ФІЛАК,
*кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент,
завідувач кафедри фізичної терапії, реабілітації,
спеціальної та інклюзивної освіти,*
Фелікс ФІЛАК,
*кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри основ медицини,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

Постановка актуальності проблеми. Хондропатії (греч. *osteon* – кістка, *chondros* – хрящ, *pathos* - хвороба) – загальна група захворювань кістково-суглобового апарату хребта, що проявляється в вигляді асептичного некрозу деяких субхондрально розміщених ділянок скелета які найбільше отримують навантаження. Виникає внаслідок локальної гіповаскуляризації, остеодистрофії кісткової тканини або хребта. Частіше проявляється в підлітковому віці 15 – 16 років. Причини виникнення захворювання повністю не з'ясовані, однак. вважають основною причиною виникнення даної патології у підлітків є порушення нормального кровозабезпечення хребців у певних ділянці хребта з поступовим некрозом клітин остеокластів в тих місцях, які отримують найбільші статичні й динамічні навантаження. Виходячи із механізму виникнення захворювання засоби фізичної терапії повинні покращити мікроциркуляцію і обмінні процеси уражених ділянок хребта [1, 4].

Аналіз останніх досліджень і публікацій. В результаті аналізу науково-методичної літератури з проблеми фізичної реабілітації підлітків хворих на хондропатію з'ясовано, що незважаючи на високий рівень сучасних діагностичних технологій, багато аспектів уражень хребта залишаються невиявленими. За даними ряду авторів хондропатії хребта це патологічні зміни, які виникають у хребетному стовпі в результаті порушення метаболізму кісткових тканин. У більшості випадків подібні зміни характерні для підлітків. Основними ознаками захворювання є: поступово наростаючої інтенсивності болючий синдром з локалізацією над хворим хребцем, напруження м'язів спини. Провокуючими факторами є: травми, функціональні перевантаження нижніх кінцівок, м'язова перенапрута, перенесений рахіт, плоскостопість [2, 3].

Мета дослідження – розробити і обґрунтувати комплексну програму фізичної терапії підлітків хворих на хондропатію.

Виклад основного матеріалу. Обстежено 15 підлітків віком 15 - 16 років, з них 9 хлопців і 6 дівчат у яких діагностовано хондропатію поперекового відділу хребта, в умовах поліклініки. З метою детального обстеження і контролю за функціональним станом пацієнтів а оцінки ефективності курсу фізичної терапії використовувалитакі методи дослідження:

а). оцінка стану хребта стоматоскопічним методом. Всім дітям проводили 6 тестів: тест біля вертикальної площини, біля дзеркала на симетричність постави, тест на розташування остистих відростків на одній вертикальній лінії, тест на рівність трикутників талії, тест на симетрію кутів обох лопаток, тест на виявлення функціонального блоку прямих м'язів спини при нахилі хребта, визначення глибини поперекового лордозу.

б). Для дослідження порушень рухливості поперекового відділу хребта в сагітальній площині проводилася проба Шобера – в нормі при нахилі тулуба вперед, відстань між остистими відростками хребців T_{12} - L_5 на 6-8 см.

За даними опитування практично всі підлітки скаржилися на дискомфорт в грудному відділі хребта, який відзначали 100% дітей. Проведене соматоскопічне обстеження школярів, у яких виявлена хондропатія показало, що у більшості підлітків переважають більші за норму вигини хребта в сагітальній площині; сильний ступінь вираженості виявлений у 13,3% підлітків, середній – 53,3%, легкий ступінь – 33.3%. Такі порушення постави є характерною ознакою для кругло-ввігнутої спини. Таким чином, у більшій половини обстежених пацієнтів (66, 6%) виявлений сильний і середній ступінь порушення постави внаслідок хондропатії. При нахилі тулуба вперед зменшення амплітуди руху вперед поперекового відділу хребта (проба Шобера) відзначали 60,0 % пацієнтів.

У програму фізичної терапії були включені: РГГ, лікувальна гімнастика, лікувальний масаж, плавання.

Лікувальна гімнастика була направлена на зміцнення м'язів спини, черевного пресу, задньої і передньої поверхні стегон. Залежно від вихідного стану порушень постави, ми розробили індивідуальні комплекси спеціальних вправ. Дозування кожної вправи – 6 - 8 разів, тривалість занять – 35-40 хвилин. Метою спеціальних профілактичних комплексів є збільшення сили і статичної витривалості м'язів. Лікувальний масаж виконується спеціальними прийомами в певній послідовності. Використовували прийоми масажу (погладження, розтирання, розминання) з метою поліпшення крово- і лимфообігу, розвиток, трофічної дії. При цьому поліпшується кровообіг і обмінні процеси в шкірі й

підлягаючих тканинах, хребті, внутрішніх органах. Сегментарно-рефлекторний масаж призначався на фоні класичного масажу з метою підвищення загального тону організму, формування правильної постави, зміцнення м'язів тулуба, м'язового корсету. Тривалість масажу 20- 25 хвилин, на курс 15 процедур.

Після завершення курсу фізичної терапії, що тривав 2 місяці усім пацієнтам також повторно проведені тестові обстеження постави, які засвідчили про ефективність запропонованої нами програми фізичної терапії. Кількість дітей, які мали сильний і середній ступінь хондропатії поперекового відділу хребта значно зменшилися з 66, 6% до 53,3%. Слабкий ступінь порушення постави діагностували у 40,0%. З'явилася певна кількість дітей у яких нормалізувалась постава (26,6%). Рухливість хребта у поперековому відділі при нахилі тулуба вперед (проба Шобера) покращилась у 40,0% підлітків.

Висновки. У підлітків, хворих на хондропатію відзначаються зміни стану хребта в посилені грудного кіфозу і в збільшені поперекового лордозу, що характеризує поставу, як кругловвігнута спина. Доведена ефективність використання реабілітаційних заходів, які спрямовані на покращення мікроциркуляції, обмінних процесів в уражених ділянках хребта, відновлення амплітуди рухів хребта, нормалізації постави.

Література:

1. Берсенев В.А. Біль у спині. – К.: СМП «АВЕРС», 2002.159с.
2. Пропедевтична педіатрія : підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / В. Г. Майданник [та ін.]. - 2-ге вид., випр. та допов. Вінниця: Нова кн., 2018. 871 с.
3. Слободян Л.М., Лобода В.Ф., Процайло Н.Б. Діагностика захворювань та реабілітація дітей. Т.: Укрмедкнига, 2014. 614 с.
4. Hauser R. A., Sprague I. S. Outcomes of prolotherapy in chondromalacia patella patients: improvements in pain level and function. *Clinical Medicine Insights: Arthritis and Musculoskeletal Disorders*. 2014. Vol. 7. P. 13–20.
5. Hunziker E. B., Lippuner K., Keel M. J., Shintani N. An educational review of cartilage repair: precepts & practice – myths & misconceptions – progress & prospects. *Osteoarthritis Cartilage*. 2015. Vol. 23(3). P. 334–350.

PSYCHOLOGICAL AND PEDAGOGICAL PRINCIPLES OF PREVENTING AND OVERCOMING BARRIERS IN STUDENTS AS A CONDITION FOR THE FUNCTIONING OF A BARRIER-FREE EDUCATIONAL ENVIRONMENT

Svitlana KHATUNTSEVA

Doctor of Pedagogical Sciences, Professor,

Head of the Department of Biology,

Human Health and Physical Rehabilitation

Berdiansk State Pedagogical University,

Zaporizhzhia, Ukraine

Iryna GLAZKOVA

Doctor of Science (Pedagogy), Professor,

Dean of the Faculty of Philology and Social Communications

Berdiansk State Pedagogical University

Zaporizhzhia, Ukraine

Relevance of the problem. The growing attention to creating a barrier-free educational environment emphasizes the need to create conditions for the accessibility of the educational process for all students, regardless of their characteristics and needs. Psychological and pedagogical approaches help to solve the problems of inclusive education by individualizing and supporting each student. Secondary education students face various barriers in the learning process, such as lack of access to information, feelings of exclusion, learning difficulties, etc. The development of methods and approaches aimed at overcoming them is an urgent task.

Analysis of scientific research. Scientists note that students have different needs and learning styles [2]. Psychological and pedagogical principles aimed at individualizing learning help to take this diversity into account and create an adaptive environment [3]. The importance of the social inclusion of students in the educational process is becoming key to the formation of a barrier-free educational environment [1]. Preventing the emergence of social barriers and promoting the active participation of each student in school life is an important task of pedagogical practice.

Purpose and objectives. The purpose is to study the psychological and pedagogical principles of preventing and overcoming barriers for secondary school students as a condition for the functioning of a barrier-free educational environment.

Objectives of the study: 1) to analyze the psychological and pedagogical aspects of educational barriers in secondary education students; 2) to identify

effective models and practices that contribute to the creation of a barrier-free educational environment for secondary education students.

Summary of the main material. In today's educational space, the issue of creating a barrier-free environment for secondary education students is of particular relevance. This is becoming one of the important prerequisites for the formation of an open, accessible and equal educational space for all participants in the educational process. Psychological and pedagogical principles play a key role in this context, directing efforts to identify, overcome, and prevent barriers to learning and development of secondary education students. Barriers to education can range from physical barriers to access to facilities to psychological and sociocultural constraints that create obstacles to successful learning. It is especially important to understand that barriers can be not only external (such as architectural barriers, geographical barriers), but also internal (psychological, stereotypes, negative beliefs).

One of the main strategies for overcoming barriers is the psychological adaptation of students to the educational environment. This includes working with psychologists and teachers to create a favorable psychological climate where every student feels comfortable and supported. Individualization of learning is an important aspect of creating a barrier-free environment. It involves taking into account the individual needs, abilities, and capabilities of each student, which allows for optimal learning conditions for everyone. To create a barrier-free educational environment, it is important to work on developing mutual understanding and tolerance. We identify the main barriers that hinder access to education and full participation in the educational process. Negative stereotypes, cultural limitations, and feelings of lack of belonging or insufficient support from family and community can affect students' willingness and ability to learn. A lack of accessible and adapted facilities and equipment for people with disabilities can make it difficult for them to participate in the learning process. For students whose native languages are different from the language of instruction, it can be difficult to understand the material and communicate with teachers and classmates. In a technology-driven world, many students may find it difficult to access computers, the Internet, and software to complete assignments.

Let's consider typical psychological and pedagogical barriers: Fear of failure (students may avoid challenges or new tasks for fear of making a mistake or not responding appropriately); fear of criticism (students may avoid expressing themselves or acting out because they fear criticism or judgment from their social environment); negative self-esteem (lack of confidence in their abilities may lead to feelings of failure); sense of difference (students may feel isolated or different from

others, which may affect their participation in group activities or communication); Stress (excessive workload or internal and external expectations can lead to problems with concentration and memory); Social anxiety (fear of meeting new people or participating in group activities can inhibit students' activity); Lack of motivation (if students do not see a connection between what they are learning and their goals or interests, this can lead to a loss of motivation and interest).

Creating a barrier-free educational environment for secondary school students requires a comprehensive approach, including a variety of models and practices. Let's analyze the effective principles that contribute to the creation of such an environment, including.

First, let us characterize the principle of inclusive education, which takes into account the diversity of students and promotes their full inclusion in the educational process. Inclusive education provides support for the individual needs of students with special educational needs, and promotes empathy and understanding among students. The next principle is the differentiation of learning. This practice involves adapting content, methods, and assessment to meet the needs of each student. It allows you to create individualized learning paths for students with different levels of achievement and abilities. The third principle is mentoring and support. Providing mentors and tutors can help students have the support and resources they need to succeed. This is especially useful for students with disabilities or special educational needs. The fourth principle is the use of technology. The use of innovative technologies, such as learning software, online resources, and interactive platforms, can make learning accessible and engaging for all students.. The fifth principle is the development of a culture of equality and mutual understanding. Creating an environment where every student feels accepted and important contributes to the formation of a barrier-free educational space. Developing a culture of equality, mutual support and understanding between students and teachers is an important aspect of this approach. The sixth principle is parental and community involvement. It is important to include parents and the public in the process of creating a barrier-free educational environment. Their support and cooperation can help create a friendly, open and equal access to education for all students..

Thus, models and practices of barrier-free educational environment are important for modern pedagogical practice. They help each student to reach their potential by providing equal conditions for learning and development.

Conclusions. The analysis of the psychological and pedagogical principles of preventing and overcoming barriers for secondary education students has shown that

understanding and taking into account the individual needs and capabilities of each student are important components of a barrier-free educational environment. Means of adapting the learning process, such as individualization and differentiation of learning, help create conditions for the successful acquisition of knowledge by each student, regardless of their characteristics.

The model of a barrier-free educational environment is based on the following principles: inclusive education, differentiation of learning, mentoring and support, use of technology, development of a culture of equality and mutual understanding, involvement of parents and the public.

An important element is psychological support and the creation of a favorable psychological climate in the educational environment. This helps students develop self-confidence, a positive attitude toward learning, and maintain motivation to succeed. Preventing and overcoming barriers for secondary education students requires an integrated approach that combines pedagogical and psychological aspects.

References:

1. Глазкова І.Я., Хатунцева С.М. Creating a barrier-free educational environment: didactic techniques for preventing students' emotional barriers. Наукові записки Бердянського державного педагогічного університету. Серія : Педагогічні науки : зб. наук. пр. Вип. 3. 2023. С. 448-456. Режим доступу: <http://surl.li/qroqe>

2. Криштанович, С., Сущенко, Л., & Скальський, Д. Модель формування професійної компетентності як результат педагогічного моделювання розвитку майбутнього фахівця. *Освітні обрії*, 53 (2). 2021. С. 93-96.

3. Хатунцева С.М., Глазкова І.Я., Ляхова І.М. Забезпечення безбар'єрного доступу до здоров'язбережувального освітнього середовища. Наукові записки Бердянського державного педагогічного університету. Серія : Педагогічні науки : зб. наук. пр. Вип. 1. 2023. С. 410-418. Режим доступу: <https://pedagogy.bdpu.org.ua/wp-content/uploads/2023/06/44-1.pdf>

ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ ЯК СКЛАДОВА ЗДОРОВ'ЯЗБЕРІГАЮЧОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ЗДОБУВАЧІВ ПОЧАТКОВОЇ ОСВІТИ

Тетяна ХОМА,
кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичного виховання
Богдана СЕМЕНОВА,
здобувачка бакалаврату 5 курсу, заочної форми навчання,
спеціальність 014 Середня освіта (фізична культура),
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Постановка актуальності проблеми. Належне функціонування організму залежить від низки чинників, з-поміж яких – дотримання здорового способу життя, систематична рухова активність, дозоване фізичне навантаження. Забезпечення здоров'язберігаючої складової регламентується нормативно-законодавчими документами, зокрема різноманітними державними програмами, і спрямовується на підтримку як дорослих, так і дітей різної вікової категорії. У Програмі «Здорова Україна» [2] одним із ключових аспектів окреслено впровадження моделі здорової школи, що включає вісім компонентів, спрямованих на покращення загального стану школярів, зміцнення їх імунітету, формування здорового способу життя. Закцентовано на дотриманні активної рухової діяльності як під час уроків, так і в режимі шкільного дня, оскільки це сприяє удосконаленню рухових навичок, інтелектуальному й психічному розвитку учнів. У зв'язку з цим, питання якісної організації фізичної активності як складової здоров'язберігаючої компетентності здобувачів початкової освіти потребує подальшого вивчення.

Аналіз наукових досліджень. Формування здоров'язберігаючої компетентності учасників освітнього процесу знайшло відображення у низці наукових доробок. Відтак, Н. Пивовар та Т. Хілінська [4] презентують авторський проєкт «Школа здорового способу життя», метою якого є дотримання належної фізичної форми школярів задля досягнення ними особистісних потреб, збереження здоров'я. Серед складових виокремлено формування у здобувачів освіти та батьків усвідомлення важливості здорового способу життя, створення безпечного здорового освітнього середовища, психологічну підтримку школярів, забезпечення систематичної рухової активності тощо.

Упровадження в освітньому процесі інноваційних здоров'язберігаючих технологій, в основі яких лежить рухова активність, на думку Н. Вітер, впливає

на покращення роботи органів дихання, системи кровообігу, поліпшує психічний стан школярів, захищає від стресу. З-поміж видів рухової активності виокремлено футбол, що стимулює розвиток фізичних здібностей і формує моральні якості, та заняття фітнес-аеробікою, які позитивно діють на емоційну сферу учнів [1].

Залучення до фізкультурно-оздоровчих та спортивних занять у закладах загальної середньої освіти дає змогу учасникам освітнього процесу усвідомити важливість збереження власного здоров'я та застосовувати набуті уміння й навички у повсякденному житті.

Метою публікації є окреслення видів фізкультурно-спортивної діяльності, спрямованих на формування здоров'язберігаючої компетентності здобувачів початкової освіти.

Виклад основного матеріалу. У сучасній науковій літературі [5; 3] формування здоров'язберігаючої компетентності трактують як багатофункціональну систему, а також застосування медичних і гігієнічних засобів і використання методів та форм, спрямованих на збереження здоров'я; інтегральну якість особистості, яка базується на підтриманні фізичного, духовного, психічного здоров'я власного та оточуючих.

Характеризуючи особливості організації освітнього процесу учнів молодшого шкільного віку, поняття «здоров'язберігаюча компетентність» розглядаємо, як здатність до збереження фізичного й психічного здоров'я, позитивного морально-емоційного стану, що базується на систематичному виконанні комплексу фізичних вправ на уроках фізичної культури й у позаурочний час, залученні школярів до спортивної діяльності, активного відпочинку й дозвілля, усвідомлення важливості дотримання правильного режиму дня.

Процес навчання молодших школярів характеризується системністю й передбачає забезпечення такого графіку роботи, який дозволяє поєднувати інтелектуальну діяльність на уроках та оптимальну рухову активність, спрямовану на повноцінну життєдіяльність організму дитини.

Пропонуємо впроваджувати ранкові руханки, які доречно проводити перед початком уроків. Такий вид фізичної активності сприяє зняттю напруги, концентрації уваги, позитивному емоційному налаштуванню. Доречно добирати руханки ігрового характеру, до прикладу, «Ранкова карусель». Учителю пропонує учням триматись міцно за руки й обійти навчальний клас, зробити коло шкільним подвір'ям, тощо. Важливо не розірвати великий ланцюг каруселі,

тримати товариша, допомагати один одному. Така руханка згуртовує учнів, підвищує тонус м'язів, покращує настрій.

Серед видів рухової активності для учнів початкових класів виокремлюємо спортивно-танцювальний батл, що проводиться на перервах між уроками й дає можливість розім'ятись, виявити себе, згуртовано попрацювати. Учитель пропонує об'єднатись у дві команди – дівчата й хлопці – та під музичний супровід повправлятись у виконанні рухів, які демонструються на екрані. Танцювальна розминка сприяє виробленню відчуття ритму, злагодженості у виконанні вправ, отриманню заряду бадьорості та загальному оздоровленню організму.

Висновки. Таким чином, належно організована фізична активність учнів молодшого шкільного віку у режимі шкільного дня впливає на якісне функціонування усіх систем організму, мотивує до занять спортом задля збереження здоров'я.

Література:

1. Вітер Н. Б. Фізична культура здоров'язберігаючого напрямку із застосуванням інноваційних технологій в період пандемії в середній школі. Сучасні проблеми фізичного виховання, спорту та здоров'я людини : матеріали V Інтернет-конференції. м. Одеса, 17-18 листопада 2021 р. Одеса. : видавець Букаєв Вадим Вікторович, 2021. С.117-122.

2. Загальнонаціональна програма «Здорова Україна». URL: <https://mon.gov.ua/ua/news/model-zdorovoyi-shkoli-skladova-programi-prezidenta-zdorova-ukrayina>.

3. Мондич О. Формування здоров'язбережувальної компетентності майбутніх фахівців – вчителів початкової школи. Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету. Серія: Педагогічні науки. Випуск 56, 2021. С. 182-192.

4. Пивовар Н., Хілінська Т. Проектна організація здоров'язберігальної педагогічної діяльності у закладах середньої освіти. Фізкультурно-оздоровчі та спортивні технології в освітньому просторі: теорія і практика : колективна монографія / за заг. ред. О. О. Момот; Ю. В. Зайцевої. Полтава : ПНПУ імені В.Г. Короленка, 2020. С.210-224.

5. Потужній О., Поліщук В. Здоров'язбережувальна освіта та формування її компетентностей у студентів в освітньому середовищі. Вісник Черкаського національного університету імені Богдана Хмельницького. Серія «Педагогічні науки». Випуск № 1. 2022. С.124-129

НИЗЬКОІНТЕНСИВНІ ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ЕРГОТЕРАПЕВТИЧНІ ВТРУЧАННЯ ДЛЯ ПІДТРИМКИ МЕНТАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я

Ігор ХУДЕЦЬКИЙ,

д.м.н., професор

Юлія АНТОНОВА-РАФІ,

к.т.н., доцент

Ганна МЕЛЬНИК,

PhD, асистент,

КПІ ім.Ігоря Сікорського, м.Київ, Україна,

Marika MERITS,

Anneliis AAVIK,

Tallinn Health Care College, Health Care Education Centre, м. Таллін, Естонія

Вступ. Повномасштабна війна призвела до стрімкого зростання в Україні кількості людей, які потребують послуг по збереженню ментального здоров'я. Це стосується як військовослужбовців, так і цивільного населення. В зв'язку з фізичними та психологічними травмами різко зросла потреба у фахівцях з підтримки ментального здоров'я населення України.

Існуючий штат висококваліфікованих психологів, ерготерапевтів, фізичних терапевтів та лікарів фізичної та реабілітаційної медицини не в змозі надати необхідну допомогу кількості пацієнтів/клієнтів, що зросла в рази. Це потребує нових організаційних підходів до надання допомоги в системі підтримки ментального здоров'я.

Метою дослідження був пошук шляхів підвищення ефективності допомоги в системі підтримки ментального здоров'я без суттєвого збільшення штату висококваліфікованих фахівців за технологією втручань низької інтенсивності.

Матеріали та методи. Викладачі кафедри біобезпеки і здоров'я людини Київського політехнічного інституту імені Ігоря Сікорського беруть участь в міжнародному українсько-естонському проєкті: "Підтримка психічного здоров'я українських поранених бійців та членів їхніх родин через спільну роботу та навчання українського медичного та освітнього персоналу" та отримали практичні навички навчального курсу «Втручання низької інтенсивності для підтримки постраждалих із проблемами психічного здоров'я», який організований в рамках проєкту співробітництва з розвитку Міністерства закордонних справ «Підтримка психічного здоров'я українських

поранених бійців та членів їхніх сімей через навчання та співпрацю українських закладів охорони здоров'я та освіти працівників», ініційований Medicine Estonia klaster, Естонія.

При проведенні досліджень були застосовані наступні методики: аналіз наукових публікацій, опитування та анкетування, психоаналіз та нарративні методи психологічних досліджень, спостереження та кореляційний аналіз.

Результати досліджень. Ментальне здоров'я впливає на наші емоції, дії, спілкування, мислення, прийняття рішень та соціальну адаптацію, і тому має широкі наслідки у нашому щоденному житті. Для пацієнтів, які потребують відновлення, це є важливим фактором, що формує їх мотивацію до участі в реабілітації. Окрім наявних прикладів, недостатня увага до цього питання може спричинити загострення проблем з фізичним здоров'ям. Наприклад, депресія може збільшити ризик виникнення або загострення багатьох хронічних захворювань, таких як діабет, серцево-судинні захворювання, астма, інсульт або інфаркт [1, 4].

Ще у 2008 р. Канадський Інститут Інформації про Здоров'я встановив, що люди із симптомами депресії мають втричі більше хронічних фізичних захворювань, ніж загальне населення, і що ця група також має удвічі більше ймовірність розвитку психічних розладів порівняно з тими, хто не має депресії [1,3].

Українці перебувають у стані хронічного стресу внаслідок війни протягом більше 10 років. Дані Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я та Групи Світового банку за 2017-2019 роки свідчать, що від 20% до 30% українців, які пережили травматичний досвід війни, вже мають ознаки погіршення ментального здоров'я, такі як депресія, порушення сну, посттравматичні стресові розлади. Дослідження психологічного стану українців, проведене навесні 2023 року, показало, що понад 90% населення пережило травматичний досвід протягом останніх 16 місяців війни [3,6].

На основі цих даних можна зробити висновок, що кожен третій українець вже має психічні розлади. Ця масштабна травматична ситуація без належної психологічної підтримки може мати соціально-економічні наслідки протягом десятиліть, забираючи роки повноцінного життя як цивільних, так і військових. На даний момент українці відносно високо оцінюють свій

психологічний стан, що є природною реакцією на стрес в період компенсованої адаптації до нього.

Автори дослідження обсягу ринку послуг психічного здоров'я в Україні передбачають, що внаслідок виснаження адаптаційних можливостей організму, вже наступного року ситуація з самооцінкою психологічного стану українців погіршиться, а до 2028 року рівень тривожних розладів може збільшитися втричі, а рівень депресивних станів - удвічі порівняно з 2016 роком. [2,4].

Важливо зауважити, що стан ментального здоров'я безпосередньо впливає на економічні показники. Згідно з оцінкою Групи Світового Банку, лікування поширених психічних розладів у період з 2017 по 2030 рік може призвести до відновлення продуктивності вартістю понад 800 мільйонів доларів США для депресії та 350 мільйонів доларів США для тривожних розладів. Кожен долар, вкладений у розширення лікування психічних розладів, може забезпечити два долари відновленої продуктивності та доданої економічної вартості. Тим не менш, система ментального здоров'я в Україні залишається централізованою на 90%, що утруднює доступ до послуг для багатьох громадян, існують виклики, які потребують уваги та додаткових ресурсів для вирішення (Рис 1).

ВООЗ. Організаційна піраміда оптимального поєднання сервісів послуг ментального здоров'я



Рисунок 1. ВООЗ Організаційна піраміда оптимального поєднання сервісів послуг ментального здоров'я (mhGAP community toolkit: field test version. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO) [5].

Саме ерготерапевти, психотерапевти та фізичні терапевти забезпечують комплексний підхід до реабілітаційного процесу, що допомагає пацієнтам якнайшвидше повернутися до самостійного та активного життя в суспільстві.

Психологічні втручання низької інтенсивності - це різні форми науково обґрунтованої мінімально необхідної допомоги у проблемах ментального здоров'я, що забезпечуються професійним психологом з перерозподілом цілого ряду втручань на інших фахівців мультидисциплінарної команди та найближчого оточення пацієнта/клієнта. Основними постулатами втручання низької інтенсивності є наступні:

- ✓ Психологічні втручання низької інтенсивності супроводжуються певними позитивними змінами у ментальному здоров'ї пацієнта/клієнта.
- ✓ Слово «втручання» тут може бути занадто сильним, оскільки це просто необхідна форма науково обґрунтованої психологічної допомоги (наприклад, група підтримки, терапевтичне коло, консультант тощо).
- ✓ Основними ключовими словами є доказовість, доступність та низька інтенсивність втручань висококваліфікованого фахівця.
- ✓ Людина, яка потребує допомоги, повинна мати можливість безперешкодно отримати доступ до втручання і водночас практикувати самодопомогу та допомогу найближчого небайдужого підготовленого оточення.
- ✓ Для проведення низькоінтенсивних втручань залучаються в мінімальному об'ємі професійні психологи, а їх роботу доповнюють підготовлені фахівці, які володіють необхідними навичками та знаннями. Це забезпечує надання допомоги більшій кількості пацієнтів/клієнтів у процесі професійної діяльності мультидисциплінарної команди.
- ✓ Важливим є проведення втручань в групі, у випадку коли члени групи мають схожі проблеми.
- ✓ Мінімальна кількість разів втручань професійного психолога відносно обмежена (3-10), але можна за можливості проводити втручання і протягом більш тривалого періоду.

- ✓ Основною метою є розвиток функціональних навичок самодопомоги та подолання проблем у громаді за допомогою найближчого оточення.
- ✓ Середня тривалість однієї групової сесії - 90 хвилин, якщо не узгоджено інше
- ✓ Кількість учасників групи в середньому становить 12-16 осіб (у розділених групах)
- ✓ Дитячі та дорослі групи збираються окремо
- ✓ Якщо є пари, ми не розділяємо їх
- ✓ Діти з вираженою тривогою розлуки можуть залишатися з одним із батьків
- ✓ Ефективніше проводити групову роботу за допомогою двох спеціалістів
- ✓ Низькоінтенсивні психологічні втручання використовують різні короткі програми від психотерапії, освітніх програм та ерготерапії [7,8]..

До методик, що найбільш часто застосовуються можна віднести: NET-нарративна експозиційна терапія, «Дерево життя», EMDR- десинсібілізація та корекція рухів очей, PREP – тренінгові програми для зняття посттравматичного стресового розладу, тілесні терапії, вправи для зняття напруги та стресу TRE, соматичні підходи до релаксації, Mindfulness – тренування уваги тощо [9-12].

Висновки. Застосування низькоінтенсивних психологічних та ерготерапевтичних втручань для підтримки ментального здоров'я є актуальним. Використання низькоінтенсивних психологічних та ерготерапевтичних втручань для підтримки ментального здоров'я дозволяє оптимально поєднувати необхідну по часу та методиках втручань допомогу висококваліфікованих фахівців з повсякденною підтримкою оточення пацієнта/клієнта членами сім'ї, громадськістю та оточенням, які отримали необхідні консультації та рекомендації. Це дозволяє охопити існуючим штатом висококваліфікованих психологів кількість пацієнтів/клієнтів, що різко зросла, за рахунок залучення більш широкого кола осіб до психологічних та ерготерапевтичних втручань для підтримки ментального здоров'я.

Попередні дослідження, що проведені на базі кафедри біобезпеки і здоров'я людини факультету біомедичної інженерії КПІ ім. Ігоря Сікорського дозволяють стверджувати про позитивну динаміку ментального здоров'я пацієнтів/клієнтів при застосуванні технології низькоінтенсивних психологічних та ерготерапевтичних втручань. Спостерігалось покращення

ментального стану учасників тренінгу, поліпшення загального самопочуття і зменшення інтенсивності депресивних станів.

Для кількісної оцінки ефективності технології низькоінтенсивних психологічних та ерготерапевтичних втручань дані дослідження потребують продовження.

Література:

1. Stories of change in four countries: building capacity for integrating mental health care within health services across humanitarian settings. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349939/9789240037229-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Voice of Ukrainians: Mental health / Research among refugees. Research authors (2022) Martina Kavanová, Daniel Prokop, Michael Škvřák, Matyáš Levinsky (PAQ Research) Zoe Guerrero, Petr Winkler (National Institute of Mental Health) <https://data.unhcr.org/en/documents/download/99624>
3. Assessment and Guidance for Strengthening Integration of Mental Health into Primary Health Care and Community-Based Service Platforms in Ukraine World Bank Group, 2019 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349939/9789240037229-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. <https://www.statista.com/outlook/hmo/mental-health/ukraine>
5. mhGAP community toolkit: field test version. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. WHO. (2022). World mental health report. Transforming mental health for all. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/world-mental-health-report>
7. Wellbeinginfo. (s.a.) The stepped care process. <https://wellbeinginfo.org/self-help/mental-health/stepped-care>
8. Stepped Care Solutions. (2022). SC2.0 Model <https://steppedcaresolutions.com/methodology/>
9. PHN Murray. (s.a.) A steppe care approach to mental health. <https://www.murrayphn.org.au/information-and-resources-for-health-professionals/mentalhealth/steppedcare/>
10. Hamburg MHTRN. (2022). Stepped Care Model in Primary Care (COMET). <https://www.mentalhealth-hamburg.com/stepped-care-model-in-primary-care-comet/>

11. Maehder, K., Werner, S., Weigel, A., Löwe, B., Heddaeus, D., Härter, M., & von dem Knesebeck, O. (2021). How do care providers evaluate collaboration? - qualitative process evaluation of a cluster-randomized controlled trial of collaborative and stepped care for patients with mental disorders. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-12.
12. Cremers, G., Taylor, E., Hodge, L., & Quigley, A. (2022). Effectiveness and acceptability of low-intensity psychological interventions on the well-being of older adults: a systematic review. *Clinical gerontologist*, 45(2), 214-234.

ЕФЕКТИВНІСТЬ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ МЕТОДІВ У ЗМЕНШЕННІ ГЕМІПЛЕГІЧНОГО БОЛЮ В ПЛЕЧІ

Максим ЦВІГУН

аспірант,

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рівне

Постановка актуальності проблеми. Геміплегічний біль у плечі (ГБП) становить важливий клінічний виклик, оскільки він є однією з найбільш частих причин тривалого болю та дискомфорту у пацієнтів після неврологічних ушкоджень, таких як інсульт. НСП може суттєво обмежувати функціональну здатність пацієнтів, ускладнюючи повсякденне самообслуговування та знижуючи загальну якість життя. Через постійний біль пацієнти можуть зазнати значних фізичних обмежень, а також психологічних страждань. З огляду на це, ефективність реабілітаційних методів, спрямованих на зменшення ГБП, набуває критичного значення в сучасній медицині.

Аналіз останніх досліджень. Сучасні дослідження підтверджують, що інноваційні реабілітаційні методи, такі як внутрішньом'язові ін'єкції ботулініотоксину типу А та кінезіологічне тейпування, показують обнадійливі результати у зменшенні ГБП.

Мета та завдання. Оцінити ефективність різних реабілітаційних методів у зменшенні геміплегічного болю в плечі та визначити найбільш ефективні стратегії лікування.

Виклад основного матеріалу. Стратегії реабілітації та їх ефективність у зменшенні геміплегічного болю в плечі (ГБП) відіграють ключову роль у покращенні якості життя пацієнтів. Цей біль є частим наслідком різних

медичних станів, включаючи інсульт, перелом чи хірургічного втручання, та може суттєво обмежувати фізичну активність і повсякденне самообслуговування. Наукове співтовариство активно шукає оптимальні підходи до лікування цього стану, включаючи медикаментозні, фізіотерапевтичні та інноваційні неінвазивні методи, що можуть надати значну користь пацієнтам, які страждають від ГБП. Визначення та впровадження ефективних реабілітаційних стратегій є вирішальними для покращення результатів лікування і сприятиме відновленню незалежності пацієнтів та підвищенню їхньої якості життя [1].

Дослідження впливу внутрішньом'язових ін'єкцій ботулінотоксину типу А (BoNT-A) на зменшення геміплегічного болю в плечі (HSP) свідчить про значну ефективність цього підходу у порівнянні з іншими методами. Наприклад, дослідження виявило, що одноразове введення BoNT-A в комбінації з внутрішньосуглобовою ін'єкцією фізіологічного розчину демонструє більше зниження інтенсивності болю порівняно з внутрішньосуглобовим введенням тріамцінолону ацетон іду ($p = 0,051$). Аналіз вказує на більшу ефективність BoNT-A. Після введення 100–150 одиниць BoNT-A у великі грудні м'язи та 40–60 одиниць у м'яз ураженого плеча разом з реабілітаційними процедурами, спостерігалось статистично значиме зниження болю за шкалою VAS, на відміну від групи, яка отримала блокаду з ін'єкцією лідокаїну та тріамцінолону [2].

Застосування тригерної точки сухої голки (TrP-DN) у реабілітаційних методах для зменшення геміплегічного болю в плечі виявила свою ефективність у дослідженнях, які вивчали цей підхід у пацієнтів з різними станами, що викликають біль у плечі. Згідно з дослідженням, проведеним з участю пацієнтів, що перенесли інсульт, застосування TrP-DN спровокувало тимчасовий біль після процедури в 50% випадків, проте цей біль зникав без додаткових терапевтичних заходів через 72 години. Ефективність TrP-DN виявилася значущою у зменшенні інтенсивності болю, що було продемонстровано зниженням балів за шкалою числового рейтингу болю (NRS) вже через тиждень після втручання. Механізми, що можуть викликати зниження болю, включають механічний вплив на тригерну точку та потенційну активацію нейрофізіологічних механізмів, що ведуть до антиноцицептивних ефектів. Попри позитивні короткострокові результати, існує потреба у подальших дослідженнях для оцінки довгострокових ефектів TrP-DN, а також для вивчення можливості комбінування цього методу з іншими реабілітаційними підходами [3].

Кінезіологічне тейпування, використовують для лікування багатьох розладів опорно-рухового апарату, показує негайне зменшення болю завдяки посиленому аферентному зворотному зв'язку, що може знижувати передачу болю до центральної нервової системи. Іншим механізмом є корекція вирівнювання, яка сприяє зменшенню механічних подразнень та загоєнню.

Дослідження з 19 учасниками продемонструвало, що кінезіологічне тейпування ефективно знижує геміплегічний біль у плечі, покращує стан підвивиху, активність м'язів (AEMG), та амплітуду руху (AROM). Відразу після застосування тейпу спостерігалось поліпшення цих параметрів. Крім негайного зменшення болю, кінезіологічне тейпування також ефективно знижує підвивих плеча, сприяючи довгостроковому загоєнню. Застосування тейпу активує м'язову функцію, що є ключем до відновлення рухових функцій і подальшого зниження болю. Кінезіологічне тейпування є важливим інструментом в реабілітаційних програмах для зменшення геміплегічного болю в плечі, надаючи ефективний і доступний метод лікування [4].

Висновки. Згідно з наведеними дослідженнями, стратегії реабілітації, спрямовані на зменшення геміплегічного болю в плечі (ГБП), виявляються ключовими для покращення якості життя пацієнтів, які стикаються з цим станом. Введення ботулінотоксину типу А (BoNT-A) та застосування тригерних точок сухою голкою (TrP-DN) продемонстрували значну ефективність у зменшенні болю, покращенні функцій плеча та загоєнні. Крім того, кінезіологічне тейпування також виявилось ефективним методом для негайного зменшення болю та підвищення активності м'язів та рухової функції. Наші результати підкреслюють важливість інтеграції різноманітних реабілітаційних стратегій у лікування HSP, що допомагає пацієнтам досягти покращення результатів лікування та підвищити їхню якість життя. Подальші дослідження, особливо з урахуванням довгострокових ефектів та можливостей комбінування різних методів, будуть важливими для розвитку оптимальних підходів до реабілітації пацієнтів з HSP.

Література:

1. Noor MB, Rashid M, Younas U, Rathore FA. Recent advances in the management of hemiplegic shoulder pain. J Pak Med Assoc. 2022;72(9):1882-1884. doi:10.47391/JPKMA.22-97
2. Francisco GE, Balbert A, Bavikatte G, et al. A practical guide to optimizing the benefits of post-stroke spasticity interventions with botulinum toxin A: An

international group consensus. J Rehabil Med. 2021;53(1):jrm00134. Published 2021 Jan 1. doi:10.2340/16501977-2753

3. Mendigutía-Gómez A, Quintana-García MT, Martín-Sevilla M, et al. Post-needling soreness and trigger point dry needling for hemiplegic shoulder pain following stroke. Acupuncture in Medicine. 2020;38(3):150-157. doi:10.1177/0964528419882941

4. Yang L, Yang J, He C. The Effect of Kinesiology Taping on the Hemiplegic Shoulder Pain: A Randomized Controlled Trial. J Healthc Eng. 2018;2018:8346432. Published 2018 Dec 10. doi:10.1155/2018/8346432

ПРОБЛЕМИ ЗБЕРЕЖЕННЯ І ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ЗАСОБАМИ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Надія ШИП,
*старший викладач кафедри ТМПФВ,
Харківський національний педагогічний університет імені Г.С.Сковороди*

Актуальність. Як відомо, спосіб життя та проблеми збереження здоров'я окремої людини є актуальним для виживання всього людства. Особливо це стосується молоді, яка реаліями сьогодення поставлена в жорсткі умови навчання, спілкування та фізичного вдосконалення. Разом з тим загальносвітовою тенденцією є ставлення проблеми здоров'я на вершину глобальних проблем, від вирішення яких залежить подальше існування людства. У більшості країн світу здоров'я людини, його формування, збереження і зміцнення є центральною проблемою. Цією проблемою опікуються міжнародні організації: Організація Об'єднаних Націй та її спеціалізована установа – Всесвітня організація охорони здоров'я, що відображено у «Всесвітній Декларації з охорони здоров'я». Здоров'я нації відбиває показник цивілізованості країни, свідчить про соціально-економічне становище суспільства. Таким чином і в нашій державі здоров'я населення є питанням національної безпеки.

Аналіз останніх досліджень. Як вважає ряд авторів [1, с.5; 4, с.152], однією з найважливіших проблем сьогодення є проблема здоров'я та фізичного потенціалу населення країни, особливо тієї її частини, яка відноситься до

працездатного. В Україні розроблені програми, в яких визначені цілі та завдання збереження здоров'я населення, що відповідають стратегіям ВООЗ та спрямовані на діяльність держави, організацій та установ сфери збереження здоров'я. В них відзначається, що в Україні зростає рівень захворювань, які виникають на фоні гіподинамії та недотримання норм здорового способу життя. Не в останню чергу ця тенденція залежить від нерозвиненості в країні інфраструктури та індустрії здоров'я, низького рівня фізичної активності, обмеженої пропаганди здорового способу життя [5, с.48].

Будучи частиною загальнолюдської культури, фізична культура впливає не тільки на різнобічне формування людини як особистості, але й на розвиток сімейних, виробничих і сучасних суспільних відносин. Засоби фізичної культури регулюють поведінку людини в процесі фізкультурно-спортивної діяльності. Частина авторів [1, с.4; 5, с.69] формулює думку, що фізична культура як частина загальної культури суспільства, спрямована на зміцнення та підвищення рівня здоров'я, всебічний розвиток фізичних здібностей народу та використання їх у суспільній практиці та повсякденному житті кожної людини. Тому активна рухова діяльність – одна з головних складових біологічного забезпечення життєдіяльності організму людини. Основу сучасної фізичної культури складає цілеспрямована рухова діяльність у вигляді різноманітних фізичних вправ, які сприяють біологічному розвитку молодого організму. Це дозволяє формувати необхідні вміння та навички, розвивати фізичні здібності, оптимізувати стан здоров'я, психічну стійкість і, в цілому, забезпечувати високу працездатність людини протягом усього життя [3, с.126; 5, с.63].

Метою нашого дослідження є аналіз даних сучасної наукової літератури з проблеми формування здоров'я та основ здорового способу життя в процесі фізичного виховання студентів, аналіз засобів фізичної культури, які доцільно використовувати під час дистанційного навчання задля збереження та зміцнення здоров'я і фізичного вдосконалення студентської молоді.

Виклад основного матеріалу. Завдання фізичної культури в сучасному суспільстві охоплюють ряд важливих соціальних функцій: зміцнення здоров'я людей, сприяння відтворенню здорового населення і збереженню генофонду країни; виховання всебічно і гармонійно розвиненої особистості, що прагне досягти фізичної досконалості; задоволення потреб суспільства в людях, фізично підготовлених до сучасного виробництва. На цьому тлі найважливішим та найактуальнішим завданням повинна стати турбота щодо генофонду

населення країни, збереження і зміцнення здоров'я людини, підвищення рівня її фізичної підготовленості та працездатності, продовження творчої та життєвої активності [8]. З огляду на збереження генофонду найважливіше приділяти увагу фізичному вихованню майбутніх батьків, їх здоров'ю та дотриманню здорового способу життя [7, с.113]. В цьому і полягає завдання фізичного виховання молоді. Використовуючи правильно підібрані фізичні вправи певного спрямування, за умов дотримання здорового способу життя можна змінювати цілий ряд показників фізичного розвитку, фізичну функціональну підготовленість. Основна спрямованість фізичного виховання і масового спорту і закономірність їх функціонування – оздоровлення організму. Всебічне фізичне виховання студентів передбачає оптимальний розвиток усіх рухових якостей, набуття необхідних навичок, прищеплення інтересу до фізкультурно-спортивної діяльності [1, с. 8]. Найпершим завданням системи фізичного виховання є формування у студентів знань і навичок здорового способу життя, осмисленого ставлення до збереження свого здоров'я. Загалом в сучасних уявленнях здоров'я вже не розглядається як виключно медична проблема. Суто медичні питання становлять лише малу частину феномена здоров'я. Дані багатьох досліджень [1, с.6-7; 5, с. 79] переконують, що стан системи охорони здоров'я обумовлює, в середньому, лише близько 10% всього комплексу впливів на організм, інші 90% припадають на екологію (близько 20%), спадковість (близько 20%) і найбільше – на умови і спосіб життя (рухова активність, збалансоване харчування, наявність шкідливих звичок, умови праці, відпочинку та інші) (майже 50%).

Здоровий спосіб життя передумовлює оптимальний режим дня (співвідношення і чергування праці та відпочинку); раціональне харчування; оптимальну рухову активність; відмову від шкідливих звичок; дотримання правил особистої гігієни та загартовування; культуру міжособистісних відносин [6, с.42-43]. Одною з проблем дотримання здорового способу життя саме студентами є систематична, відповідна статі, віку, стану здоров'я рухова активність. Це – сума різноманітних рухових дій, виконуваних у повсякденному житті, в організованих і самостійних заняттях фізичними вправами і спортом [5, с.66]. В сучасних умовах, особливо під час дистанційного навчання, серед студентів спостерігається обмежена рухова активність. Під час занять співвідношення динамічного і статичного компонентів життєдіяльності становить за часом 1:3. За даними деяких досліджень [5, с.202; 3, с.124-125], рухова активність загальної маси студентів у період навчальних занять

становить, у середньому, 8000-11000 кроків на добу, а в екзаменаційний період – 3000-4000 кроків. За нашими спостереженнями, під час дистанційного навчання малорухомий та спосіб життя низької інтенсивності ведуть до 68% студентів, 23% мають середній показник інтенсивності і тільки 9% ведуть активний спосіб життя. Рівень рухової активності студентів у період навчальних занять становить 50-65%, в період іспитів – 18-22% біологічної потреби. Взимку цей рівень знижується на 5-15% по відношенню до літнього періоду. В сучасних умовах, коли навчальні заняття з фізичного виховання проводяться 1 раз на тиждень, вони не можуть повністю компенсувати загальний дефіцит рухової активності, особливо за умов дистанційного навчання. Можна прослідкувати, що реально існує дефіцит фізичного навантаження протягом 10 міс на рік упродовж 5-6 років у студентів – молодих людей, чий природний фізичний розвиток ще не закінчився. Тобто кожному студенту для нормального функціонування організму необхідне додаткове фізичне навантаження крім передбачених обов'язкових навчальних занять з фізичного виховання. За рекомендаціями ВООЗ [2]. на цілеспрямовані заняття фізичними вправами бажано витрачати чоловікам не менше 6-8 год на тиждень, жінкам – 5-7 год. Можемо підсумувати, що за таких умов важливим чинником оптимізації рухової активності є самостійні заняття студентів фізичними вправами. За умов дистанційного навчання ми визначили основною метою створення умов, коли наші підопічні регулярно виконують вправи, пристосовані для використання в домашніх умовах та умовах обмеженого пересування. Ці вправи можна виконувати і в якості тестових, і в якості засобів розвитку певних фізичних якостей. Вони можуть бути статичного характеру: «планка», «стілець», «ластівка», різноманітні вправи на гнучкість. Динамічні: «бурпі», тест Купера, стрибки на скакалці, сходження на сходинку, вправи на спритність, ходьба та біг сходами тощо. Також за можливості виконується темпова ходьба на 2 км з урахуванням часу та 12-хвилинний тест ходьби та бігу. Сучасні умови дистанційного навчання потребують більшого залучення до навчального процесу інноваційних технологій з метою активізації процесів фізичного вдосконалення студентів. Ці технології мають сприяти розвитку інтересу до фізкультурно-спортивної діяльності, формуванню умінь і навичок та пов'язаних з ними спеціальних знань зі здоров'язбереження. Застосовані нами електронні щоденники, в яких студенти фіксували показники рухової активності, результати тестів, самопочуття надали ефективну допомогу у самостійних заняттях. Тобто основним завданням фізичного виховання

студентів повинно стати не тільки формування і розвиток рухових вмінь і навичок, якостей та здібностей. Адже сучасні тенденції інтенсифікації освітнього процесу у вищій школі висувають високі вимоги до стану здоров'я студентів, в основі якого знаходиться здоровий спосіб життя, фізичне виховання [7, с.115-116]. Тому серед численних проблем сучасної педагогічної науки особливої актуальності набуває проблема формування у студентської молоді навичок здорового способу життя, прищеплення стійкої зацікавленості в особистому фізичному вдосконаленні, піклуванні про фізичне та ментальне здоров'я [5, 63-64; 6 с.44]. Сучасна навчальна діяльність носить інтенсивний характер підготовки фахівців, що відповідає соціально-економічним вимогам суспільства і держави, в той же час необхідно забезпечити розвиток особистості з урахуванням її запитів, здібностей, ціннісних орієнтацій, у тому числі і рухових здібностей як необхідної умови зміцнення і підтримки здоров'я, реалізації інтелектуального та фізичного потенціалу молоді.

Висновки. Аналізуючи існуючий досвід з проблеми формування здоров'я та основ здорового способу життя в процесі фізичного виховання студентів, застосування цього досвіду в умовах дистанційного навчання, можна зазначити необхідність кардинальної перебудови процесу фізичного виховання в навчальних закладах, впровадження інноваційних підходів, технологій щодо організації фізкультурно-оздоровчої роботи в системі навчання студентів.. Фізичне виховання є одним з найважливіших чинників формування, збереження і зміцнення здоров'я студентів, що сприяє підготовці гармонійно розвинених висококваліфікованих фахівців. Одним з пріоритетних завдань системи фізичного виховання є формування у студентів знань і навичок здорового способу життя, осмисленого ставлення до збереження свого здоров'я.

Література:

1. Булатова М., Литвин О. Здоров'я і фізична підготовленість населення України. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2004. №1. С.3-9.
2. Глобальні рекомендації щодо фізичної активності для здоров'я. Опубліковано Всесвітньою організацією охорони здоров'я під назвою «Global recommendations on physical activity for health». 2010.
3. Захаріна Є. Рухова активність студентів вищих навчальних закладів . *Молода спортивна наука України*. Зб. наук. праць з галузі фізичної культури та спорту. Львів: НВФ “Українські технології. 2004. Вип. 8. Т. 3. С. 124–127.

4. Іванова Г. Сутність поняття “здоров’я” і результати оцінки стану здоров’я студентів за час їх навчання в технічному вищому закладі освіти. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров’я у сучасному суспільстві*. Зб. наук. праць. Луцьк, 2002. Т. 1. С. 151–154.
5. Круцевич Т.Ю., Безверхня Г.В. Рекреація у фізичній культурі різних груп населення: навч. посібник. Київ: Олімп. л-ра, 2010. 248 с.
6. Литвиненко О.М. Формування здорового способу життя студентської молоді. *Педагогіка. Наукові праці*. 2013. Вип. 146, Т. 158. С. 42-46.
7. Москаленко Н.В., Гонтаровська Н.Б. Система заходів по формуванню знань з основ здорового способу життя у загальноосвітніх навчальних закладах. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2008. №1. С. 112-116.
8. Про затвердження Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" на 2002-2011 роки: постанова КМУ № 14 від 10.01 2002 р. [Електронний документ]. –Шлях доступу: <http://www.rada.gov.ua>.

КЛІНІЧНА ПСИХОЛОГІЯ В СИСТЕМІ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Олена ЯЦИНА
доктор психологічних наук, професор,
професор кафедри наук про здоров’я,
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

Зростання кількості екстремальних ситуацій в умовах сучасної реальності, до яких належить і війна, розв’язана росією, зумовлює необхідність комплексної реабілітації осіб, які страждають внаслідок бойових дій. Повномасштабне вторгнення рф призвело, серед іншого, до того, що мільйони наших людей пережили і продовжують переживати травматичні події, які впливають на їхню психіку. Цільовою групою з підвищеною вразливістю до психологічних наслідків війни є діти та підлітки. Характерними симптомами травматизації їхньої психіки стають зниження фону настрою, дратівливість, тривога, соматологічні симптоми, розлади сну, когнітивні дисфункції, агресія, схильність до ризику, вразливість до пошкоджень і травм, порушення правил і вікова регресія. Зауважимо, що поряд із порушеннями психіки внаслідок переживання сильних травматичних подій, нажаль, в динаміці

показників здоров'я дитячого населення України спостерігається несприятлива тенденція, а саме: підвищення частоти вроджених і спадкових захворювань; зростання питомих ваг дітей, які народилися з травмами та патологією центральної нервової системи; зростання хронічних форм патології та хвороб алергічного походження; збільшення частоти ускладнень вірусних і паразитарних захворювань. Зокрема, психічною складовою є стресові і посттравматичні розлади, депресивні і тривожно фобічні, невротичні і залежні розлади особистості, соматоморфні розлади і психосоматичні захворювання, що позначаються на порушенні соціалізації дітей та підлітків, соціальній дисфункції та дезадаптації. Як результат – збільшення загальної кількості дітей із затримкою психічного розвитку та особливими освітніми потребами. В силу особливої вразливості соціального та емоційного розвитку дітей та підлітків травмувальний вплив війни матиме глобальні віддалені наслідки психічних розладів. Відтак, на підставі зазначеного можемо говорити про нагальність потреби активного розвитку системи комплексної реабілітаційної допомоги.

Зораденія К. (Thoradeniya K.) [1], Онищенко Н. [2] та інші дослідники наголошують на важливості психосоціальної реабілітації, що підкреслює необхідність індивідуалізованого підходу до лікування психологічних наслідків війни, яка суттєво впливає на психологічний стан військових та цивільного населення, спричиняючи посттравматичний стресовий розлад, депресію, анксіозність (тривожність) та інші психічні розлади. Узагальнення наукових досліджень в контексті забезпечення комплексної реабілітації дозволило Шапошниковій І. виокремити ключові напрями реабілітації, кожен з яких має значення для комплексного відновлення осіб, постраждалих унаслідок війни. Йдеться про: 1) фізичну реабілітацію (напрямок охоплює комплекс заходів, спрямованих на відновлення фізичної функціональності, включаючи фізіотерапію, ерготерапію, а також використання протезів та ортезів для осіб, що зазнали фізичних травм або ампутацій), 2) психологічну реабілітацію (надання підтримки особам з посттравматичним стресовим розладом, депресією та іншими психічними станами, пов'язаними з переживанням війни), 3) соціальну реабілітацію (заходи з відновлення соціальних навичок та адаптації до життя після війни), 4) освітню реабілітацію (спеціалізовані програми для дітей та молоді, чиє навчання було перервано війною), 5) сімейну реабілітацію (психологічна адаптація та відновлення сімейних зв'язків для забезпечення стабільності та добробуту) [3].

Із урахуванням аналізу теоретичних наукових публікацій та власного практичного досвіду мета допису полягає в огляді загальних положень та принципів психологічної реабілітації у системі комплексної реабілітації дітей та підлітків.

Вирішення цього завдання здійснюється в умовах зміни методологічного підходу до системи реабілітаційних заходів в межах біопсихомедикосоціальної моделі реабілітації. В змісті зазначеного відмічаємо активну роль державної політики, яка регламентує реалізацію реабілітаційних заходів нормативно-правовими документами. Так, за ініціатииви Олени Зеленської, МОЗ України разом із національними та міжнародними експертами впроваджує у вітчизняну систему охорони здоров'я Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (МКФ) як національний класифікатор, що надає змогу перебудувати систему реабілітації в Україні, зробити її більш ефективною, якісною та доступною. Міністерством охорони здоров'я України з метою забезпечення ефективності надання мультидисциплінарної паліативної та реабілітаційної допомоги у сфері охорони здоров'я було введено посаду «клінічний психолог» з вищою немедичною освітою за спеціальністю «Психологія» галузі знань «Соціальні та поведінкові науки» [4;5].

У зв'язку з цим варто наголосити, що в змісті біопсихомедикосоціальної моделі процесу реабілітації поле професійної діяльності клінічного психолога значно розширюється: від просвітницької, консультативної, діагностичної, корекційної діяльності до психотерапевтичної допомоги та підтримки психічного здоров'я у воєнний та післявоєнний час задля оптимальної адаптації та інтеграції в соціумі. Завдання клінічної психології полягає у комплексному реагуванні на стресові ситуації задля збереження психічного здоров'я та психосоціальної підтримки.

В змісті зазначеного доречно звернутися до наукового огляду змісту поняття «психологічна реабілітація». Зокрема, Н. Матейко починає аналіз поняття з визначення ВООЗ, де реабілітація – це сукупність заходів, спрямованих на забезпечення пристосування до нових умов життя в суспільстві осіб із порушенням функцій внаслідок хвороб, травм і вроджених дефектів. Уточнюючими є визначення Л. Гридковець (Гридковець, 2018), в якому підсумовується, що реабілітація – це використання різних можливостей для зменшення впливу різноманітних чинників, що обмежують життєдіяльність людини або призводять до інвалідизації та забезпечення особам із обмеженням життєдіяльності можливості досягати оптимальної соціальної інтеграції. Ю.

Бриндіков зауважує, що в психіатрії реабілітація є складним, багатоетапним процесом, результатом якого має бути здатність пацієнта до усвідомленого ставлення до розладів здоров'я і поступове відновлення адекватного ставлення до сім'ї та суспільства, чого можна досягти шляхом застосування системи реадaptaційних і реабілітаційних заходів із використанням методів фармакотерапевтичного впливу, психотерапії, трудової терапії, оздоровлення сімейного середовища, тобто налагодження взаємин хворого із членами сім'ї (Бриндіков, 2018). Власне означення поняття «психологічна реабілітація» Н. Матейко полягає в тому, що це складний процес, покликаний сформувати активне, усвідомлене ставлення до необхідності відновлювати стан психічного благополуччя, формувати саногенні диспозиції у постраждалих осіб стосовно порушень його здоров'я (статусу, прав, умов самореалізації тощо) та відновлення позитивного сприйняття себе, життя, сім'ї і суспільства [6].

Загальне розумінні поняття сприймається як комплекс заходів, що здійснюються з метою збереження, відновлення або компенсації порушених психічних функцій, якостей, особистого та соціального статусу особи, сприяння психосоціальній адаптації до зміненої життєвої ситуації, осмислення досвіду, отриманого в екстремальній ситуації, та застосування його в житті. Мету психологічної реабілітації вбачають у: 1) збереженні або відновленні фізичного та психічного здоров'я; 2) досягненні соціально-психологічного благополуччя; 3) зниженні частоти та тяжкості наслідків перенесених бойових психічних травм у формі гострих стресових реакцій; 4) запобіганні інвалідності; 5) профілактиці агресивної та саморуйнівної поведінки [7, с.8].

Таким чином, завдання психологічної реабілітації в умовах війни та у післявоєнний період потребує комплексного підходу, який полягає у відновленні функціонального стану організму, нормалізації емоційної, морально-етичної та мотиваційної сфер, досягненні оптимального рівня особистісної адаптації, що сприятимуть адаптації громадян України до мирного життя. Варто додати, що здійснення реабілітаційних заходів висуває високі вимоги до підготовки клінічних психологів у частині як формування нових компетентностей, зумовлених новим підходом до реабілітації, так і глибоких базових знань, умінь та навичок.

Література:

1. Thoradeniya, K. (2017). War-affected children and psycho-social rehabilitation. Sri Lanka Journal of Social Sciences, 40(1), 17-30. DOI: 10.4038/sljs.v40i1.7498.

2. Onishchenko, N., Perelygina, L., Nazarov, O., Karikov, S., Riabinina, O., & Gontarenko, L. (2023).
3. Шапошникова І. В. Соціальна реабілітація в умовах війни: світовий огляд та проблеми України. Режим доступу: https://reicst.com.ua/pmt/issue/view/issue_12_2024
DOI: <https://doi.org/10.54929/2786-5738-2024-12-07-02>
4. Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я. Закон України № 1053-IX від 3 грудня 2020 року [Інтернет]. Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1053-20#Text>
5. Наказ МОЗ України від 30.09.2022 № 1782 "Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 жовтня 2002 року № 385.
6. Матейко Н. Зміст реабілітації в контексті психологічної допомоги учасникам АТО. ISSN 2353-8406 Knowledge, Education, Law, Management 2020 № 3 (31), vol. 2. DOI <https://doi.org/10.51647/kelm.2020.3.2.16>
7. Основи реабілітаційної психології: подолання наслідків кризи. Загальне керівництво проектом: Л. Малогулко. Навчальний посібник. Том 2. – Київ, 2018. – 240 с.

Наукове видання

**Актуальні питання здоров'язбереження, безбар'єрності, фізичної терапії,
реабілітації в умовах сьогодення**

Збірник тез доповідей

III Всеукраїнської науково-практичної конференції

з міжнародною участю

(м.Ужгород, 16-17 травня 2024р.)

Відповідальний за випуск: Ксенія МЕЛЕГА