



**ТАВРІЙСЬКИЙ
НАЦІОНАЛЬНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**
ІМЕНІ В. І. ВЕРНАДСЬКОГО
**V. I. VERNADSKY TAURIDA
NATIONAL UNIVERSITY**

**ТАВРІЙСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ В. І. ВЕРНАДСЬКОГО
ЗАГАЛЬНОУЗІВІВСЬКА КАФЕДРА
ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ,
СПОРТУ І ЗДОРОВ'Я ЛЮДИНИ**

Міжнародна науково-практична конференція

**«АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ
ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ, СПОРТУ
ТА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ
РОЗВИТКУ ДЕРЖАВИ»**

17–18 листопада 2022 року

м. Київ, Україна



Львів – Торунь
Liha-Pres
2022

УДК 796+615.825(063)

A43

Організаційний комітет:

Добровольська Наталія Анатоліївна – завідувачка загальноузівської кафедри фізичного виховання, спорту і здоров'я людини Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського, доктор психологічних наук, доцент (голова оргкомітету);

Гарник Тетяна Петрівна – професор загальноузівської кафедри фізичного виховання, спорту і здоров'я людини Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського, доктор медичних наук, професор;

Карпілянський Дмитро Анатолійович – доцент загальноузівської кафедри фізичного виховання, спорту і здоров'я людини Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського, кандидат психологічних наук, доцент;

Зеленюк Оксана Володимирівна – доцент загальноузівської кафедри фізичного виховання, спорту і здоров'я людини Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського, кандидат наук фізичного виховання та спорту, доцент;

Горова Елла Володимирівна – доцент загальноузівської кафедри фізичного виховання, спорту і здоров'я людини Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського, кандидат медичних наук, доцент;

Ястребов Микола Миколайович – доцент загальноузівської кафедри фізичного виховання, спорту і здоров'я людини Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського, кандидат педагогічних наук, доцент.

A43 **Актуальні проблеми фізичної культури, спорту та фізичної реабілітації на сучасному етапі розвитку держави** : матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, 17–18 листопада 2022 р., м. Київ. – Львів – Торунь : Liha-Pres, 2022. – 40 с.

ISBN 978-966-397-276-3

У збірнику представлено матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми фізичної культури, спорту та фізичної реабілітації на сучасному етапі розвитку держави» (17–18 листопада 2022 року, м. Київ).

УДК 796+615.825(063)

© Таврійський національний університет імені В. І. Вернадського, 2022
ISBN 978-966-397-276-3 © Українсько-польське наукове видавництво «Liha-Pres», 2022

ЗМІСТ

НАПРЯМ 1. ТЕОРІЯ ТА МЕТОДИКА СПОРТУ І ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

Маленюк Т. В., Бабаліч В. А.

Покращення показників стрибучості юних волейболісток
на етапі початкової підготовки..... 5

НАПРЯМ 2. ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА, ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

Долженко Л. П., Кузнецова Л. І., Перегінець М. М.

Компоненти вільного часу студентської молоді
в процесі фізичного виховання..... 9

Линдюк М. Я.

Дослідження рухової активності учнів середнього шкільного віку
в умовах дистанційного навчання..... 13

НАПРЯМ 3. ВАЛЕОЛОГІЯ, ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ В РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМАХ

Позмогова Н. В., Каврін М. О.

Особливості протезування верхніх кінцівок в умовах сучасності 17

Ребрик Ю. Ю.

Можливості застосування фізичної реабілітації у пацієнтів
з посттравматичним стресовим розладом 20

Самокиш І. І.

Методика оцінювання фізичної підготовленості студентів
спеціальної медичної групи 23

Шестопал Н. О.

Комплекс заходів реабілітаційної допомоги постраждалим внаслідок
вогнепальних поранень верхньої кінцівки 26

Ящишин З. М., Попель С. Л.

Моніторинг параметрів якості життя у хворих на розсіяний склероз
з міо-фасціальним больовим синдромом при впровадженні програми
фізичної реабілітації 30

**НАПРЯМ 4. ЛІКУВАЛЬНА І ОЗДОРОВЧА
ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА**

Карпілянський Д. А., Дрозд Н. В.

Роль Німецької асоціації реабілітації у впровадженні новацій
в системі реабілітації країни.....36

НАПРЯМ 1. ТЕОРІЯ ТА МЕТОДИКА СПОРТУ І ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-276-3-1>

Маленюк Т. В.,

*кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент,
доцент кафедри теорії та методики олімпійського
і професійного спорту*

*Центральноукраїнського державного педагогічного університету
імені Володимира Винниченка*

Бабаліч В. А.,

*кандидат педагогічних наук, доцент,
доцент кафедри теорії та методики олімпійського
і професійного спорту*

*Центральноукраїнського державного педагогічного університету
імені Володимира Винниченка*

ПОКРАЩЕННЯ ПОКАЗНИКІВ СТИБУЧОСТІ ЮНИХ ВОЛЕЙБОЛІСТОК НА ЕТАПІ ПОЧАТКОВОЇ ПІДГОТОВКИ

Вступ. У спортивній підготовці волейболістів важливе значення відводиться фізичній підготовці. Адже, більшість тактичних комбінацій базується на швидкості переміщень, це вимагає від спортсменів високого рівня розвитку швидкісних, швидкісно-силових здібностей і швидкісної витривалості. Ефективне виконання технічних прийомів потребує розвитку стрибучості, стрибкової витривалості й спритності. Виконання технічних прийомів у безпорному положенні висуває підвищені вимоги до рівня розвитку спритності й гнучкості. Здатність зберігати високу активність упродовж усієї гри забезпечується розвитком спеціальної витривалості (швидкісної, швидкісно-силової, стрибкової тощо). Тому фізична підготовка волейболістів повинна мати комплексний характер [5; 7].

Водночас, науковці [1] стверджують, що на етапі початкової підготовки волейболістів важливе значення набуває швидкісно-силова підготовка. Тому що виконання передач та прийому м'яча, подачі, нападаючих ударів, блокування не можливе без високого рівня розвитку

швидкісно-силових здібностей. У швидкісно-силовій підготовці волейболістів окремо виділяють стрибучість.

Ю. М. Клешев [4] зазначає, що стрибучість – здатність волейболіста стрибати оптимально високо для виконання нападаючих ударів, блокування, передач тощо. Прояв стрибучості обумовлений рівнем розвитку вибухової сили, яка, у свою чергу, залежить від розвитку сили певних м'язових груп і швидкості скорочення м'язових волокон.

Результати опитування тренерів-практиків показали, що 86% всіх опитаних вважають, що 20-30 хв. на кожному тренуванні у групі початкової підготовки ДЮСШ, слід приділяти розвитку стрибучості (не враховуючи час, який витрачається на засвоєння технічних прийомів і тактичних дій) [7].

Основними засобами розвитку стрибучості волейболістів є різноманітні стрибкові вправи з обтяженнями і без них [2; 3; 4; 6]. У статті А. В. Поляковського, О. Д. Швай, В. І. Поляковського [7] зазначено, що з метою розвитку стрибучості слід використовувати наступні засоби: стрибкові вправи; стрибки у поєднанні з бігом; стрибки зі скакалкою; стрибки на підкидному містку; ігри та естафети; стрибки на спеціальних снарядах; ігрові прийоми (нападаючий удар, блокування).

Отже, аналіз науково-методичної літератури з теорії та методики волейболу підтвердив актуальність теми нашого дослідження.

Мета дослідження – покращити показники стрибучості у волейболісток 13-14 років на етапі початкової спортивної підготовки.

Матеріал і методи дослідження. У дослідженні брали участь 16 волейболісток віком 13-14 років, які займаються у Школі волейболу GORGONA (м. Кропивницький), та не мають спортивної кваліфікації.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної літератури та інтернет-ресурсів; педагогічне тестування, педагогічний експеримент, методи математичної статистики.

Результати дослідження та їх обговорення. У ході педагогічного експерименту було проведено педагогічне тестування. За результатами двох тестів: стрибок у довжину з місця та стрибок угору з місця визначені вихідні показники стрибучості юних волейболісток. З метою покращення отриманих показників стрибучості, розроблені комплекси стрибкових вправ, підібрані компоненти навантаження і застосовані вправи на кожному навчально-тренувальному занятті. По завершенню педагогічного експерименту (який тривав п'ять місяців) ми повторно провели педагогічне тестування. Отримані результати опрацювали методами математичної статистики. На основі порівняльного аналізу середньо статистичних показників двох тестів на початку і по завершенню педагогічного експерименту визначили достовірну ($P < 0,05$) відмінність результатів, яка представлена у таблиці 1.

Таблиця 1

Порівняння показників стрибучості волейболісток на початку і по завершенню педагогічного експерименту (n = 16)

№	Тести	M ± m		ΔX, %	t	P
		На початку експерименту	По завершенню експерименту			
1	Стрибок у довжину з місця, см	159,13 ± 2,06	165,05 ± 1,61	3,73	2,26	< 0,05
2	Стрибок угору з місця, см	33,00 ± 2,07	40,00 ± 2,07	16,28	2,39	< 0,05

Отже, показники стрибучості за даними тесту «Стрибок у довжину з місця» достовірно ($P < 0,05$) покращилися на 3,74% ($t = 2,26$), а за результатами тесту «Стрибок угору з місця» – на 16,28% ($t = 2,39$). Результати дослідження підтверджують ефективність розробленого комплексу вправ для розвитку стрибучості і методику їх застосування. Крім того, доводять доцільність впровадження додаткового комплексу вправ стрибкової підготовки у кожне навчально-тренувальне заняття.

Висновки.

1. Розроблено комплекси вправ для розвитку стрибучості у волейболісток 13-14 років. Підібрано компоненти навантаження і впроваджено розроблені комплекси у навчально-тренувальний процес волейболісток початківців.

2. Виявлено достовірне ($P < 0,05$) покращення показників стрибучості за тестом «Стрибок у довжину з місця» на 3,74% ($t = 2,26$) і за тестом «Стрибок угору з місця» – на 16,28% ($t = 2,39$).

3. Доведено ефективність розробленого комплексу вправ для розвитку стрибучості і методики їх застосування, на основі достовірного покращення показників стрибучості волейболісток.

Перспективи подальших досліджень у цьому напрямку ми вбачаємо у вивченні взаємозв'язків показників стрибучості і показників технічної підготовленості волейболісток на початковому етапі спортивної підготовки.

Список використаних джерел:

1. Горчанюк Ю. А., Шевченко О. О., Кривець Ю. І. Значення швидко-кісно-силових здібностей у підготовці волейболістів. *Проблеми і перспективи розвитку спортивних игр и единоборств в высших*

- учебных заведениях*: сб. статей XI Междунар. науч. конф., 6–7 февраля 2015 года. Т. 2 Белгород-Харьков-Красноярск : ХДАФК, 2015. С. 21–24. URL: <http://www.sportscience.org/index.php/game/article/viewFile/88/129> (дата звернення 04.11.2022).
2. Засоби та методи фізичної підготовки волейболістів / розробники О. О. Мігова, Я. В. Малойван, О. А. Кіреєв, О. В. Мицак. Дніпро : ПДАФКіС, 2019. 17 с.
 3. Іванова Э. В. Теоретико-методичні основи розвитку стрибучості у юних волейболістів. *Новації, практики та перспективи розвитку фізичної культури і спорту*: матеріали V Всеукр. наук.-практ. семінару, 15–16 квітня 2022 р. Кропивницький : КОД, 2022. С. 26–29.
 4. Клещев Ю. Н. Волейбол. Москва: Школа тренера Ф.З.С., 2005. 400 с.
 5. Маленюк Т. В., Бабаліч В. А. Удосконалення технічної підготовки студентів на заняттях підвищення спортивної майстерності з волейболу. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія № 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури / Фізична культура і спорт*: зб. наук. пр. / за ред. О. В. Тимошенка. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2020. Випуск 3К(123)20. С. 255–259.
 6. Маленюк Т., Моца Б. Вплив стрибкових вправ на показники фізичної підготовленості юних волейболісток. *Фізичне виховання і спорт в навчальних закладах України на сучасному етапі: стан, напрямки й перспективи розвитку* : зб. наук. пр. XXII Всеукр. наук.-практ. конф. КДПУ ім. В. Винниченка. Кіровоград : ПП «Ексклюзив-систем», 2016. С. 255–259.
 7. Поляковський А. В., Швай О. Д., Поляковський В. І. Особливості розвитку спритності і стрибучості учнів груп початкової підготовки ДЮСШ із волейболу. *Молодіжний науковий вісник Серія: Фізичне виховання і спорт* : зб. наук. пр. Волин. нац. ун-т ім. Лесі Українки. Луцьк, 2011. Вип. 5. С. 64–68. URL: <https://evnuir.vnu.edu.ua/handle/123456789/4005> (дата звернення 8.11.2022).

НАПРЯМ 2. ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА, ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ РІЗНИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-276-3-2>

Долженко Л. П.,

*кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент,
доцент кафедри теорії і методики фізичного виховання
Національного університету фізичного виховання і спорту України*

Кузнецова Л. І.,

*кандидат наук з фізичного виховання і спорту, доцент,
доцент кафедри теорії і методики фізичного виховання
Національного університету фізичного виховання і спорту України*

Перегінець М. М.,

*кандидат наук з фізичного виховання і спорту,
викладач кафедри теорії і методики фізичного виховання
Національного університету фізичного виховання і спорту України*

КОМПОНЕНТИ ВІЛЬНОГО ЧАСУ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ В ПРОЦЕСІ ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ

Згідно з Національною доктриною розвитку фізичної культури і спорту, формування у населення сталих традицій та мотивацій щодо фізичного виховання і масового спорту як важливого чинника забезпечення здорового способу життя є одним з головних завдань державної політики у цій сфері. У зв'язку з цим постає завдання перетворити спосіб життя населення країни на здоровий, який би не руйнував, а зміцнював здоров'я населення. На думку експертів, потребує корінної зміни система освіти і виховання, яка сьогодні не забезпечує мотивацію до здорового способу життя (Андрєєва О., 2018; Футорний С., 2013).

Студентські роки є заключним етапом цілеспрямованого педагогічного процесу, тому саме в цьому віці особливо важливо виховати потребу в руховій активності й інших компонентах здорового способу життя.

Не є таємницею, що процес фізичного виховання в освітніх закладах, а особливо в закладах вищої освіти України вимагає суттєвого перегляду. В закладах вищої освіти нефізкультурного профілю йде

лавинне скорочення кількості годин, які відводяться для академічних занять з фізичного виховання. Недостатній обсяг обов'язкових навчальних занять (4 години на тиждень, а у деяких закладах вищої освіти України лише 2 години на тиждень) не може забезпечити задоволення потреби в руховій активності студентів. Умови й організація навчального процесу з фізичного виховання у закладах вищої освіти не сприяють поліпшенню здоров'я і розумової працездатності студентів. Заняття фізичною культурою в закладах вищої освіти не викликають зацікавленість у студентів, а найчастіше негативні емоції – пригніченість, поганий настрій, дискомфорт [3, с. 167].

В науковій літературі виділяють поняття вільного часу і дозвілля, вони тісно взаємопов'язані, але мають свої характерні риси. Так, вільний час має трактування як період часу, коли людина, не маючи обов'язкових справ (робота, домашні справи, навчання, приготування їжі, сон і т. д.), надана самому собі у виборі занять. Або частина позаробочого часу, що залишається в людини після виконання необхідних невиробничих обов'язків: пересування на роботу та з роботи, сон, прийом їжі, інших видів побутового самообслуговування. Поняття дозвілля можна охарактеризувати як частину вільного часу, що використовується для задоволення особистих фізичних, духовних та соціальних потреб [1, с. 36].

Для визначення вільного часу окремої людини з її добового бюджету часу (24 години) слід відняти час, який вона витрачає на:

- виробничо-трудої функції, включаючи дорогу до місця роботи та назад;
- фізіологічний відпочинок (нічний сон);
- оздоровчі та санітарно-гігієнічні потреби (включаючи ранкові гігієнічні процедури, гімнастику, прання білизни, миття посуду та ін.);
- купівлю продуктів, їх приготування, приймання їжі;
- придбання необхідних речей, товарів повсякденного попиту та тривалого користування;
- виховання малолітніх дітей, невідкладну допомогу близьким людям (наприклад, догляд за хворим) та ін.

Таким чином, частка доби, що залишається у розпорядженні людини після зазначених обчислень, може бути визначена як її дозвілля, чи «чистий» вільний час протягом доби. Саме цією частиною часу людина може розпорядитися на власний розсуд [4, с. 23].

Розглядаючи природу вільного часу, не можна не пов'язувати його з такими характеристиками, як добровільний вибір, гнучкість, спонтанність і тощо. Рациональне використання вільного часу – поєднання видів занять, їх активних і пасивних форм, яке найефективніше впливає на особистість, розвиток її сутності, фізичної, емоційної, інтелектуальної сфер життєдіяльності.

Студентство, як соціальна група, вирізняється знаннями, цілями та цінностями, поведінкою, оцінкою та ставленням до оточуючого середовища. Студентство також вирізняється певним спільним видом діяльності (навчання), спільним побутом (проживання в гуртожитках), особливостями спілкування у студентських групах. Студентська молодь є суб'єктом, як освітньо-професійної, так і соціально-культурної діяльності. Навчальна діяльність студентів проходить у постійному взаємозв'язку з діяльністю у вільний час, в якій студент має можливість взаємодіяти з соціальним оточенням та задовольняти різні соціальні потреби. Звідси випливає, що структура та зміст дозвілля діяльності студентства зумовлюються як об'єктивними, так і суб'єктивними чинниками [2, с. 5].

Одною з головних проблем сучасної студентської молоді є брак часу. Об'єм вільного часу серед студентської молоді обумовлена рядом факторів, серед яких провідне місце займає саме завантаженість навчальним процесом. Заняття в університеті, а також діяльність, яка пов'язана з безпосередньою підготовкою до них займає багато часу та сил. Тому, очевидним є те, що у студентів залишається мало часу на дозвілля.

Аналіз результатів анкетування студентів закладів вищої освіти фізкультурного профілю показав, що біля 44 % юнаків і 25 % дівчат мають 1-2 години вільного часу, 25 % дівчат зовсім не мають вільного часу, а 33 % відмітили що володіють вільним часом менше 1 години. З'ясувалось, що навіть той вільний час, який у них залишається, вони намагаються проводити активно.

Об'єм вільного часу серед студентської молоді обумовлена рядом факторів, серед яких центральне місце займає саме завантаженість навчальним процесом. Заняття в університеті, а також діяльність яка пов'язана з безпосередньою підготовкою до них займає багато часу та сил. Тому, очевидним є те, що у студентів залишається мало часу на позааудиторні заняття та самостійну підготовку. Аналіз пріоритетних видів зайнятості студентів у вільний час показав, що організованій руховій активності віддають перевагу більше половини – 56 % юнаків і 41 % дівчат (табл. 1.)

Дівчата віддають перевагу пасивному проведенню часу, а саме спілкуванню в соціальних мережах, розмовах по телефону, а також перегляду відео, проведенню часу за своїм електронним гаджетом – 47 % дівчат.

Цікавим виявився той факт, що більшість респондентів виявили інтерес і бажання до занять різними формами рухової активності в поза навчальний час – 89 % юнаків і 100 % дівчат.

Таблиця 1

Пріоритетні види зайнятості студентів у вільний час, % (n = 36)

Види діяльності	Юнаки (n = 21)	Дівчата (n = 15)
Відвідують секції з різних видів спорту	19 %	7%
Проводять час на спортивних майданчиках	13 %	7%
Самостійно займаюся фізичними вправами	24 %	27%
Прогулюються під час відвідувань магазинів	9 %	7%
Проводять час в розважальних закладах	9 %	7%
Спілкуються в соціальних мережах, по телефону	13 %	27%
Переглядають відео, проводять час за електронним гаджетом, грають в комп'ютерні ігри	13 %	20%

Таким чином, можна зробити висновок про великі потенціальні можливості до залученості молоді різними видами рухової активності і більш ретельного вивчення перепон, які заважають їм це зробити. Ретельне вивчення мотивів та інтересів сучасної молоді щодо їхньої фізкультурної активності дозволить зацікавити й вмотивувати їх на регулярні заняття фізичною культурою і спортом та сприятиме ефективній організації процесу фізичного виховання в закладах вищої освіти.

Фізичне виховання і освіта не дадуть довготривалих позитивних результатів, якщо вони не активізують прагнення студента до самовиховання і самовдосконалення. Самовиховання інтенсифікує процес фізичного виховання, закріплює, розширює і удосконалює практичні вміння та навички, що здобуваються в фізичному вихованні. Рухова і фізична активність є винятково важливим, фундаментальним чинником формування, збереження, зміцнення здоров'я та розвитку людини, особливо в дитячому, підлітковому та юнацькому віці.

Список використаних джерел:

1. Андрєєва О. Методологічний аналіз тезауруса фізичної рекреації. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2014. № 4. С. 32–40.

2. Баліцька Є.П. Мотивація студентів до занять фітнесом в технічному вищому навчальному закладі. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2013. № 6. С. 3–6.
3. Круцевич Т.Ю. Рекреація у фізичній культурі різних груп населення. Навчальний посібник. / Т.Ю. Круцевич, Г.В. Безверхня. Київ : Олімпійська література, 2010. 248 с.
4. Теорія і методика фізичного виховання : підручник / за ред. Т.Ю. Круцевич. Київ : Олімпійська література, 2018. Т. 1. С. 424.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-276-3-3>

Линдюк М. Я.,

студент

*Львівського державного університету фізичної культури
імені Івана Боберського*

ДОСЛІДЖЕННЯ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ УЧНІВ СЕРЕДНЬОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ В УМОВАХ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ

Рухова активність є найважливішим компонентом способу життя та поведінки школярів, вона визначається як соціально-економічними умовами та рівнем культури суспільства, так і організацією фізичного виховання, а також і індивідуально-типологічними особливостями вищої нервової діяльності, особливостями статури та функціональними особливостями та можливостями школярів.

Необхідною умовою гармонійного розвитку особистості школяра є достатня рухова активність. В останні роки через навчальне навантаження у школі та вдома, запровадження дистанційного навчання та інші причини, у більшості школярів відзначається дефіцит рухової активності у режимі дня, що зумовлює появу гіпокінезії, яка може викликати ряд серйозних змін у організмі школяра. Отже, питання дослідження рухової активності учнів є актуальним і потребує детального аналізу.

Необхідно зазначити, що рухова активність ще є й потужним позитивним засобом позбавлення будь-яких шкідливих звичок. Деякі вчені підтверджують вплив регулярної рухової активності на соціальне та духовне становлення молоді [1, с. 4].

Тривале зниження рухової активності призводить до атрофії м'язів, порушень постави і функцій внутрішніх органів, зниження психічної і фізичної працездатності, виникнення хронічних захворювань серцево-судинної системи й обміну речовин. Саме тому рухова активність є

основною функцією організму людини, розвиток і вдосконалення якої сприяє формуванню здорового способу життя [6, с. 62].

У сучасних реаліях, коли без комп'ютерних технологій навчально-виховний процес є майже неможливим, все більшою стає необхідність вирішення проблеми недостатньої рухової активності учнів [5, с. 5].

До початку дистанційного навчання учнів, що було запроваджено через Covid-19, рухова активність учнів середнього шкільного віку включала наступні форми: уроки з предмету «Фізична культура», гімнастика до занять, фізкультурна пауза, перерви з організованими іграми, волейбол, футбол, піонербол, баскет-бол, теніс та бадмінтон. Серед основних шляхів підвищення обсягів рухової активності для старшокласників в позаурочний час можна виділити: заняття в спортивних секціях, участь у спортивних змаганнях, туристична робота, спортивні об'єднання, заняття в тренажерному залі тощо [8, с. 72].

Під час дистанційного навчання в Україні сформувалися нові підходи до складання шкільних програм з урахуванням аспекту рухової активності. В умовах карантину та домашньої самоізоляції, в умовах вимушеного обмеження рухової активності, здобувачам освіти потрібно не забувати дотримуватись основ здорового способу життя, режиму праці та відпочинку, харчування та занять фізичними вправами і фізичними навантаженнями [7, с. 117].

В умовах дистанційного навчання ефективними формами рухової активності є: «фізичні вправи у формі відеороликів на YouTube»; «уроки фізкультури онлайн»; «посилання на комплекси фізичних вправ в мережі Інтернет»; «усні або письмові рекомендації вчителя фізкультури» [3, с. 19].

Блок фізичного виховання учнів під час дистанційного навчання має розглядатись як потужний засіб збереження їх фізичного і психічного здоров'я і потребує творчого підходу до підтримання мотивації дітей займатись фізичними вправами [3, с. 20].

Те, що це можливо зробити, показує досить велика зацікавленість дітей проектом «Руханка», який під час карантину був запроваджений в рамках «Всеукраїнської школи онлайн». Так, значна частина школярів незалежно від місця проживання виконували фізичні вправи у цьому форматі.

Крім того, важливо, щоб вчителі, які організують дистанційне навчання окремих предметів, регулярно наголошували на необхідності робити хвилинку руху, рухливу перерву тощо, адже учні можуть забути про це або просто полінуватися.

Під час дистанційного навчання батьки або дорослі, з якими дитина перебуває на карантині, мають стежити за дотриманням учнем програми фізичних вправ чи виконанням завдань, пов'язаних із відповідною

фізичною активністю, допомагати в організації виконання фізичних вправ (і, можливо, окремих комплексів або виконувати вправи разом з дитиною для зміцнення власного здоров'я).

Варто зазначити, що при тривалому перебуванні учнів вдома ефективним є самостійне заняття учнями фізичними вправами в умовах, в яких проживає учень. Ці заняття дають можливість оволодіти цілим комплексом рухових умінь і навичок, значно розширити діапазон рухових дій.

До основних форм рухової діяльності, які може самостійно виконувати учень, належать: ранкова гігієнічна гімнастика; фізкультхвилинки; рухові паузи (динамічні паузи, вправи тощо); самостійне домашнє тренування [4].

Дуже цікавими та мотивуючими для дітей під час дистанційного навчання є руханки *за участю знаменитих спортсменів, артистів та інших відомих людей* розміщені на YouTube-каналі *Міністерства освіти і науки України*. Наприклад: руханка з Юрієм Ткачем; руханка з Лесею Нікітюк; руханка зі Світланою Тарабаровою; руханка з Оленою Кравець; руханка з Олександром Усиком та Ольгою Поляковою; руханка з ДЗІДЗЬО та Ольгою Цибульською; руханка з Монатіком [4].

Варто розглянути варіант застосування цифрових технологій для рухової активності учнів під час дистанційного навчання. На Facebook-сторінках «Відділ фізичної культури та захисту України» та «Вчителі фізичної культури Київщини» запропоновано добірку з YouTube-каналів та інших сайтів, за допомогою яких домашні тренування учнів та дорослих будуть ефективними й емоційними [4].

Проаналізовані форми рухової активності під час дистанційного навчання є ефективними, однак не варто зупинятися тільки на таких формах, адже учням вони можуть набриднути, і це негативно вплине на бажанні виконувати рухові вправи. Серед пошуків перспективних шляхів організації дистанційного навчання особливу увагу заслуговує програма «Шлях до здорового життя». Програма ґрунтується на використанні алгоритму побудови індивідуальних фітнес-програм для самостійних занять учнями та відповідає таким вимогам: доступність та варіативність фітнес-програми; можливість використання програми учнями, що перехворіли COVID-19; можливість вибору змістового модуля фітнес-програми відповідно до індивідуальних потреб учня; використання онлайн-платформ ZOOM, Google Meet, Viber, Telegram для надання методичної допомоги та здійснення контролю; безпека виконання рухів в обмеженому просторі; можливість використання засобів побуту (пляшки з водою, стільці, ліжка, килимки тощо) замість стаціонарного спортивного обладнання [2, с. 112].

Таким чином, у зв'язку з пандемією коронавірусної інфекції перехід на дистанційне навчання за допомогою електронних освітніх технологій, недотримання учнями в домашніх умовах тимчасових обмежень роботи на комп'ютері та перевантаження учнів навчальними завданнями викликають гостру проблему регулювання рухової активності учнів молодших класів в умовах вимушеного обмеження. Наразі існують ефективні форми рухової активності під час дистанційного навчання, однак зосереджувати дослідження щодо пошуку нових форм, вдосконалення вже існуючих, адже учням набридає однакових руханок, і, відповідно, знижує мотивацію до виконання фізичних вправ.

Список використаних джерел:

1. Блохін В., Коробов М. Підвищення рухової активності учнів 5–11 класів на уроках фізичної культури засобами інноваційних варіативних модулів навчальної програми: (з досвіду роботи). Кропивницький : КЗ «КОППО імені Василя Сухомлинського, 2020. 80 с.
2. Бортюк О. С. Фізичне виховання як засіб формування культури здоров'я молоді в умовах дистанційного навчання. *Актуальні проблеми розвитку освіти в сфері туризму, фізичної культури та спорту* : матеріали Всеукраїнської наук.-практ. конф. (Хмельницький, 5-6 квітня 2022 р.). Хмельницький : ФОП Цюпак А. А. 2022. 197 с.
3. Гозак С. В., Єлізарова О. Т., Парац А. М., Дюба Н. М., Станкевич Т. В. Особливості дистанційного навчання школярів 1–11 класів під час пандемії Covid-19. *Вісник Черкаського національного університету імені Богдана Хмельницького*. 2020. № 3. С. 14–22.
4. Качуровський В. Організація рухової активності учнів в умовах дистанційного навчання. Київ : КНЗ КОР «Київський обласний інститут післядипломної освіти педагогічних кадрів». 2021. 6 с.
5. Несен О. О. Рухова активність учнів під час шкільних уроків англійської мови : методичні рекомендації для студентів факультету іноземної філології Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Харків : ХНПУ імені Г. С. Сковороди. 2021. 32 с.
6. Рибалко Л. М. Рухова активність як складова здорового способу життя. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка*. 2022. № 3 (351). С. 60–69.
7. Сапегіна В. В. Дистанційне навчання здобувачів освіти з предмета «фізичне виховання». *Гуманітарний корпус: збірник наукових статей з актуальних проблем філософії, культурології, психології, педагогіки та історії*. Випуск 45. Київ : ТОВ «НВП Інтерсервіс», 2022. 152 с.
8. Шапаренко І. Є., Мироненко С. Г. Основні шляхи підвищення обсягу рухової активності старшокласників. *Біологічні, медичні та науково-педагогічні аспекти здоров'я людини* : матеріали Міжнар. наук.-практ. конф. (21-22 жовтня 2021 р., Полтава). Полтава : Астроя, 2021. С. 71–74.

НАПРЯМ 3. ВАЛЕОЛОГІЯ, ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ, ЕРГОТЕРАПІЯ В РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ПРОГРАМАХ

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-276-3-4>

Позмогова Н. В.,

*кандидат медичних наук,
доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії
Запорізького національного університету*

Каврін М. О.,

*студент 3 курсу
спеціальності 227 – Фізична терапія, ерготерапія
Запорізького національного університету*

ОСОБЛИВОСТІ ПРОТЕЗУВАННЯ ВЕРХНІХ КІНЦІВОК В УМОВАХ СУЧАСНОСТІ

Проблема протезування кінцівок, зокрема власне верхніх, для постраждалих військових та цивільних в умовах сучасності буде збільшуватися та набирати обертів, про що свідчить статистична інформація від джерел авторитетних видань, громадських організацій та офіційних джерел влади [1; 2].

Зокрема зазначене протезування важливе і тому, що воно на даний момент в Україні складає близько 30% всіх протезувань, а тобто в середньому, із наявних 10 випадків протезування 3 – це протезування верхніх кінцівок, про що доповідає «Проект Підтримки Протезування в Україні» на осінь 2022 року [3].

В Україні через свою доступність широкого використання набули косметичні протези, що не дають повного функціоналу, і тому на даний час найбільш перспективними вважаються біонічні протези, які почали встановлювати на території України в обмеженій кількості тільки навесні 2022 року [1].

За видами протези верхніх кінцівок поділяють на протези окремих пальців; протези цілої кисті, на різній відстані від ліктьового суглоба; протези передпліччя з ліктьовим суглобом; протези плеча. За функціональністю – косметичні, функціональні, тягові – механічні; а також біонічні і біоелектричні [4].

Косметичні не мають функціональних частин і зроблені таким чином, щоб максимально виглядати як кінцівка, включаючи колір. Активні протези управляються людиною за допомогою спеціальних тяг і є повністю механічними, надійними. Сучасними на даний час вважаються протези міоелектричні, біонічні. При скороченні відповідної м'язи датчик, встановлений в протезі, зчитує електричний потенціал скорочення і передає його на мікропроцесор, керуючий важелями протеза. В результаті після відповідного тренування вдається домогтися складних рухів кисті і пальців, а це більше 30 рухів різного типу [5].

Протезування верхніх кінцівок поділяються на [4; 5]:

– Пасивне: протезування виконує головним чином косметичне призначення, воно встановлюється шляхом з'єднання через рукав/вкладиш із гачком на протезі та зазвичай використовується в основному для утримання під час діяльності та функціонально дуже обмежене.

– Активне: управляється силою опосередковано – тягою та важелем – завершується вручну або робочим пристосуванням. Міоелектричний протез керується зовнішньою силою. Функція міоелектричного протеза полягає в тому, що чутливі електроди розміщуються на групах м'язів згиначів і розгиначів, які сприймають мікропотенціал, що посилюється за допомогою джерела електричного струму від батареї в макропотенціали, які керують невеликим електродвигуном. Останній згодом виконує необхідний рух, наприклад, розкривання та змикання долоні, обидва обертання в зап'ясті або згинання та розгинання в ліктьовому суглобі. Недоліком міоелектричних протезів є складність навчання управлінню протезом, більша вага і висока закупівельна ціна. Вищий відсоток відмов і менша стійкість до зовнішнього впливу навколишнього середовища. Залежність від джерела енергії (заміна та підзарядка акумуляторних батарей).

– Гібридне: кисть є міоелектрична, тяга ліктя, гібридні протези використовуються для вищих ступенів ампутації, особливо на руці – біонічна рука – Össur – i-Limb®.

Процес реабілітації умовно можна поділити на предпротезний етап, етап протезування та період після протезування. Контроль за ходом процесу лежить на членах мультидисциплінарної реабілітаційної команди, а особливо на ерготерапевті, функції якого безпосередньо пов'язані із вказаними нижче етапами реабілітації [4; 5]:

Предпротезний етап включає:

- навчання пацієнта щодо правильної гігієни (перевірка шкіри на почервоніння, язв тощо);
- огляд та контроль рани;
- перев'язка кукси еластичним бинтом;

- прийоми зменшення чутливості кукси – мануальні техніки (постукування, вібрація, масаж різної глибини);
 - дзеркальна терапія;
 - менеджмент лікування рубців (масаж навколорубцевої зони, тепло та ультразвук);
 - пасивно-активна розробка суглоба під час ризику контрактур;
 - ізометричні та ізотонічні вправи;
 - моторне перенавчання;
 - негайний післяопераційний протез
- На етапі протезування вирішують питання:
- навчання пацієнта (одягнення, зняття протезу, зберігання)
 - суб'єктивна оцінка, підгонка (чи підходить протез, чи він комфортний, чи людина може підняти речі мінімальної ваги)
 - контроль побутової діяльності.

Період після протезування можна поділити на фазу адаптації, повного користування та ресоціалізації [4; 5].

У фазі адаптації пацієнт отримує максимум від навчання захвату, доповненому ЛФК з допоміжними засобами та без них. Під час терапії терапевт намагається обирати предмети різної форми, розміру та маси. Для тренування також можна використовувати панель для відпрацювання захоплень звичайних предметів, таких як дверна ручка, кран, поручнів, ручок та ін.

У фазі повного використання ерготерапевт відіграє важливу роль у виборі відповідних видів діяльності, якими пацієнт незабаром зможе оволодіти, а також тих, які виявлятимуть недоліки та впливатимуть на них. Реабілітація зосереджена на всіх повсякденних видах діяльності, з максимальним залученням кінцівки з протезом у повсякденне життя що впливає на самостійність, а також на дозвілля, хобі, освітню діяльність тощо.

У фазі ресоціалізації зосереджується на адаптації до нормального середовища, щоб пацієнт включався у життя суспільства.

Отже, питання протезування в Україні є багатоаспектним і буде тільки масштабуватися в сьогодишніх умовах війни, є одним із головних для вирішення питання втрати працездатності та продуктивності людини. Використання біонічних протезів замість малофункціональних механічних або косметичних є перспективним для майбутнього.

Список використаних джерел:

1. Скільки коштуватиме проєкт першого Центру реабілітації в Україні та звідки візьмуть кошти. *Дзеркало тижня*. 2022. 10 черв. URL: <https://zn.ua/ukr/UKRAINE/skilki-koshtuvatime-projekt-pershoho>

tsentru-reabilitatsiji-v-ukrajini-ta-zvidki-vizmut-koshti-rozpoviv-viktor-ljashko.html.

2. Chul Ho Jang et al. A Survey on Activities of Daily Living and Occupations of Upper Extremity Amputee. *Annals of Rehabilitation Medicine*. 2011. Т. 35(6):907-21. URL: https://www.researchgate.net/publication/224053483_A_Survey_on_Activities_of_Daily_Living_and_Occupations_of_Upper_Extremity_Amputees.
3. Офіційна група «Проект Підтримки Протезування в Україні» на Facebook. – Режим доступу: <https://www.facebook.com/protezinua/>
4. Протезування верхніх кінцівок – протези верхніх кінцівок. *ВЦРП Здоров'є – Протезирование Конечностей в Украине*. URL: <https://health-ukraine.com.ua/uk/protezirovanie-verhnih-konechnostey/> (дата звернення: 15.11.2022).
5. Amputations and Prosthetics CEU – Pass The OT. *Pass The OT*. URL: <https://passtheot.com/ceu-amputations-and-prosthetics/> (дата звернення: 14.11.2022).

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-276-3-5>

Ребрик Ю. Ю.,

*аспірант кафедри фізичної терапії та ерготерапії
Волинського національного університету імені Лесі Українки*

МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ

Згідно МКХ-10(ВООЗ 19920 ПТСР (F43.1) визначається як відстро-чена або затяжна реакція на стресогенні подію чи ситуацію винятково загрозового або катастрофічного характеру, які можуть зумовити дистрес майже у будь-кого.

ПТСР розлади включають такі базові симптоми:

- повторне переживання – нав'язливі тривожні спогади про травмуючу подію; кошмари; інтенсивні психологічні страждання або соматичні реакції, такі, як пітливість, прискорене серцебиття та паніка, при нагадуванні про травмуючу подію;
- уникнення і емоційне заціпеніння – уникнення занять, місць, думок, почуттів або розмов, пов'язаних з подією; обмежені емоції; втрата інтересу до звичайної діяльності; почуття відстороненості від інших;

- надмірне збудження – безсоння, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги, надмірна настороженість, надмірний старт-рефлекс.

Якщо зазначені вище симптоми відзначаються у пацієнтів у перший місяць після травмуючого чинника то мова іде про гострий стресовий розлад. У випадку, коли симптоми тривають від одного місяця до шести місяців діагностується посттравматичний стресовий розлад. Зрідка він може затянутися і до декількох років. Саме тривалість виявлення базових симптомів і відзначає основну відмінність між ГСР і ПТСР.

На сьогоднішній день значна кількість населення України відчуває на собі симптоми ПТСР та розладів адаптації, Але вони не звертаються до медичних установ і відповідної не отримують необхідної кваліфікованої медичної допомоги.

Психологічна реабілітація є основною та обов'язковою складовою реабілітації пацієнтів з ПТСР. Основними та найефективнішими методами психотерапії на сьогоднішній день є: когнітивно-поведінкова терапія, техніки експозиції, десенситизації та занурення. Основним психотерапевтичним прийомом є пряма та непряма раціональна психотерапія, групова психотерапія в різних її варіаціях.

Окрім психотерапії використовують різні додаткові методи терапії, але не було визначено достатніх доказів щодо використання додаткових методів в якості самостійних методів лікування пацієнтів з ПТСР для затверджених протоколів ведення пацієнтів. Тому метою нашого дослідження стало проведення дослідження з пошуку ефективних додаткових методів терапії пацієнтів з ПТСР, які включатимуть безпосередньо фізичні методи реабілітації.

Лікувальна фізкультура визначає оптимальний рівень фізичних навантажень при велоергометричному тесті. Доцільно включати низькоінтенсивне, тривале навантаження з частим повторенням вправ. Корисні ізотонічні вправи. Збільшувати навантаження необхідно під контролем пульсу (частота пульсу не повинна перевищувати після фізичного навантаження $[180 - \text{вік}] (120-150 \text{ уд./хв.})$.

Прикладом фізичних методів реабілітації є прогресуюча м'язова релаксація – у цьому випадку реабілітанта навчають серії вправ, при яких він поперемінно напружує, розслабляє окремі групи м'язів, щоб добитися розслабленого стану. При цьому використовується ефект ізометричної м'язової релаксації без попередньої напруги груп м'язів шляхом безпосереднього первинного вироблення навичок релаксації. Варіацією цієї методики є прогресуюча м'язова релаксація Джейкобсона, де у ході виконання прогресуючої м'язової релаксації за допомогою концентрації уваги спочатку формується здатність уловлювати напругу у м'язах і відчуття м'язового розслаблення, потім відпрацьовуються навички оволодіння довільним розслабленням напружених

м'язових груп. Всі м'язи тіла діляться на шістнадцять груп. Послідовність вправ така: від м'язів верхніх кінцівок (від кисті до плеча, починаючи з домінантної руки) до м'язів обличчя (лоб, очі, рот), шиї, грудної клітки, живота і далі до м'язів нижніх кінцівок (від стегна до стопи, починаючи з домінантної ноги).

Активно використовуються спеціальні гімнастичні вправи. Вони є оздоровчою і тонізуючою гімнастикою (не стільки для скелетної мускулатури, скільки для органів), яка, покращуючи самопочуття і розширюючи фізичні можливості пацієнта, сприяє його реабілітації. Ці вправи, що виконуються не автоматично (на відміну від спортивної практики), а виразно, переживаючи кожен рух, тренуючи волю, пам'ять, здатність управляти своїм тілом, дисциплінують емоційну сферу. Вправи можуть запозичуватися з різних гімнастичних систем, відповідно до соматичного стану, віку і фізичних можливостей. У диспансерній практиці комплекс таких вправ складається лікарем для кожного пацієнта індивідуально. У стаціонарі заняття проводить методист з лікувальної фізкультури. У деяких групах можуть бути рекомендовані нешкідливі, але незручні положення. Виконуючи їх, хворий навчиться «йти» від неприємних відчуттів. Спеціальна гімнастика у комплексі з іншими заходами дає найкращі результати при астеноіпохондричних і системних неврозах (головним чином, серцевої і шлунково-кишкової груп).

Також дуже важливим є навчання дихальним вправам та дихальним гімнастикам, особливо осіб зі схильністю до гіпервентиляційного синдрому, який характерний для тих, у яких в структурі клінічної картини ПТСР спостерігаються кризові стани, схожі на панічні атаки.

Також хороший терапевтичний ефект показали такі додаткові методи, як бальнеотерапія та теплотікування, лікувальний масаж, електротерапія та рефлексотерапія.

Висновки: для успішної терапії пацієнтів з ПСР та розладами адаптації лікарям необхідні ефективні інструменти для лікування та профілактики симптомів ПТСР. Окрім психотерапії, яка на сьогоднішній день являється основним методом терапії, важливим є застосування у практиці лікарів загальної практики, лікарів психіатрів, психологів, реабілітологів та інших медичних спеціальностей методів фізичної реабілітації з достатньою доказовою базою як самостійних методів лікування пацієнтів з ПТСР та розладами адаптації з перспективою включення їх до уніфікованих протоколів первинної, вторинно(спеціалізованої) та третинної(високоспеціалізованої) медичної допомоги.

Список використаних джерел:

1. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах / П.В. Волошин, Н.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова та ін. : методичні рекомендації. Харків, 2014, МОЗ України. 79 с.
2. Інноваційні підходи до організації медико-психологічної допомоги післятравматичного стресового розладу : (методичні рекомендації / О.С. Мусій, І.Я. Пінчук, О.О. Хаустова та ін. Київ : МОЗ України, 2014. 32 с.
3. Медико-психологічний супровід осіб з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження : методичні рекомендації / Б.В. Михайлов, О.М. Зінченко, Б.С. Федак, І.М. Сарвір. Харків, 2014. 23 с.
4. Михайлов Б.В. Розлади психіки і поведінки екстремально-психологічного походження. *Психічне здоров'я*. № 2 (47). 2015. С. 9–18.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2016 р. № 121 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при посттравматичному стресовому розладі». URL: <http://consultant.parus.ua/?doc=0A0D05F3B0>
6. Посттравматичні стресові розлади : навчальний посібник / Б.В. Михайлов, В.В. Чугунов, В.О. Курило, С.Н. Саржевський / за заг. ред. проф. Б.В. Михайлова. Вид. 2-е, перероблене та доповнене. Харків : ХМАПО, 2014. 285 с.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-276-3-6>

Самокиш І. І.,

*доктор педагогічних наук, професор,
завідувач кафедри загально-медичних наук
Міжнародного гуманітарного університету*

МЕТОДИКА ОЦІНЮВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНОЇ МЕДИЧНОЇ ГРУПИ

Фізична підготовленість є важливим показником стану здоров'я студентів. Між ними існує тісний взаємозв'язок [3; 4]. Відомо, що активність кістякової мускулатури значно визначає резервування енергетичних ресурсів, ощадливе їхнє використання сприяє збереженню фізичного здоров'я на різних етапах онтогенезу [1].

Фізична підготовленість характеризується рівнем функціональних можливостей серцево-судинної, дихальної та інших систем організму [2; 4].

У зв'язку з тим, що державні нормативи у вищій школі скасовано, а в оцінюванні навчальних досягнень з предмета «фізичне виховання» викладач керується системою тестів з фізичної підготовленості із розробленими для них нормативними вимогами, які затверджуються в кожному закладі вищої освіти України, у деяких випадках не знаходять досить переконливої аргументації їх використання в процесі фізичного виховання.

У наш час потрібно розробляти науково-практично обгрунтовану методику оцінювання фізичної підготовленості студентів, які відносяться до спеціальної медичної групи, що дозволить вийти на якісно новий рівень викладання фізичного виховання у вишах нашої країни й дозволить адекватно оцінювати навчальні досягнення та функціональні можливості.

Фізична підготовленість студентів спеціальної медичної групи тестувалась за комплексом контрольних вправ з фізичної підготовленості. За параметрами фізичної підготовленості розроблено модельні характеристики функціональних можливостей юнаків та дівчат 17–19 років, що базуються на середніх значеннях та стандартному відхиленні, та запропоновано п'ятибальну градацію рівнів їх оцінювання.

До складу тестових завдань з фізичної підготовленості увійшли такі випробування:

- стрибок в довжину з місця;
- піднімання прямих ніг з в. п. лежачи на спині;
- віджимання в упорі лежачи;
- віджимання в упорі стоячи на колінах;
- нахил тулуба вперед з в. п. сидячи ноги нарізно;
- присідання у низькому темпі.

Отримані результати тестувань з фізичної підготовленості за компонентами прояву рухових здібностей, згідно з розробленими орієнтовними нормативами, оцінюються по-різному.

Результати випробувань з фізичної підготовленості студентів спеціальної медичної групи у розробленій нормативній таблиці розподілились по-різному.

Для оцінки вибухової сили ніг студентів використовувалась контрольна вправа – «стрибок в довжину з місця». Основна частина результатів студентів за відповідним педагогічним тестуванням (44%) знаходилась в межах 3 балів; 27 % результатів – відповідала оцінці «незадовільно» (2 бали); 21 % – 4 бали. Лише сумарно 8% отриманих даних розташувалась на рівні оцінок «відмінно» та «погано».

Оцінка рівня розвитку силової витривалості м'язів черевного пресу здійснювалась за допомогою контрольної вправи «піднімання прямих ніг з в. п. лежачи на спині». Згідно з розробленими нормативами отримані дані розподілились таким чином: оцінку «задовільно» отримали 55 % студентів, оцінку «добре» – 22 %; оцінку «незадовільно» отримали всього 16% випробуваних. Оцінки «відмінно» та «погано» отримали 12 та 8% студентів відповідно.

Рівень силової витривалості м'язів верхніх кінцівок та тулуба оцінювався за допомогою контрольних вправ: для дівчат – «віджимання в упорі стоячи на колінах», для хлопців – «віджимання в упорі лежачи». «Задовільну» оцінку отримали 49 % студентів; оцінку «добре» – 20 % випробуваних; незадовільний результат показали 11 %; 1 та 5 балів отримали 10 % студентів.

Для оцінки гнучкості хребта використовувався тест «нахил тулуба вперед з в.п. сидячи ноги нарізно». Оцінку «задовільно» отримала більшість випробуваних (47 %); оцінку «незадовільно» – 20 % студентів; оцінку «добре» – 18 %; 1 та 5 балів отримали 7 та 8 % випробуваних відповідно.

Силова витривалість м'язів ніг діагностувалася за допомогою тестування «присідання у низькому темпі». Результати на рівні задовільної оцінки спостерігались у 48 % студентів; оцінку «незадовільно» отримали 22% випробуваних; 4 бали – 18 %; 5 та 1 бал отримали 7 та 5 % студентів відповідно.

Таким чином, аналіз даних проведених випробувань студентів 17–19 років, які відносились до спеціальної медичної групи виявив деякі особливості розподілу отриманих результатів фізичної підготовленості у відсотковому вираженні. Майже половина студентів (47,3 %), які брали участь в усіх запропонованих контрольних вправах мали середній рівень фізичної підготовленості; 21,1 % випробуваних мали нижче за середній рівень; вище за середній рівень фіксувався у 15,3 % студентів; низький та високий рівень мали лише 8,5 та 7,8 % випробуваних відповідно.

Список використаних джерел:

1. Апанасенко Г.Л. Эволюция биоэнергетики и здоровье человека / Г.Л. Апанасенко. СПб. : Петрополис, 1992. 124 с.
2. Аршавский И.А. Физиологические механизмы и закономерности индивидуального развития (основы негэнтропийной теории онтогенеза). Москва : Наука, 1982. 270 с.
3. Самокиш І.І. Взаємозв'язок структурних елементів функціональних можливостей студентів 17–19 років. *Інженерні та освітні технології*. 2016. № 4 (16). С. 15–23. URL: <http://eetecs.kdu.edu.ua>

4. Samokish I. Monitoring system of functional ability of university students in the process physical education / I. Samokish, A. Bosenko, O. Pryimakov, V. Biletskaya. *Central European Journal of Sport Sciences and Medicine*. Vol. 17. № 1. 2017. P. 75–80.

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-276-3-7>

Шестопад Н. О.,

*викладач кафедри фізичної терапії і ерготерапії
Національного університету фізичного виховання і спорту України*

КОМПЛЕКС ЗАХОДІВ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ВНАСЛІДОК ВОГНЕПАЛЬНИХ ПОРАНЕНЬ ВЕРХНЬОЇ КІНЦІВКИ

Вступ. В умовах війни в Україні основним видом ушкодження, який призводив до травми сегмента кінцівки, були мінно-вибухові (74,8%), осколкові (9,4%), кульові вогнепальні (6,9%) поранення [12; 15]. Вогнепальна рана характеризується пошкодженням тканин і органів з порушенням цілості їх зовнішнього покриву (шкіри, слизової або серозної оболонки) і змінами, які супроводжуються ушкодженням сухожиль, судин, нервів та дефектами кісток [7]. Травматичні ураження верхньої кінцівки та їх негативні наслідки, що полягають у різкому зниженні професійних та соціальних можливостей людини, вимагають пильної уваги фахівців до цієї категорії постраждалих.

При вогнепальних ураженнях складання типових програм фізичної терапії має певні складності і потребує індивідуалізації до кожного пацієнта в зв'язку з різними порушеннями, якими супроводжується діагноз та особливостями потреб кожного пацієнта і членів їх родини. Тому вибір засобів реабілітаційної допомоги постраждалим внаслідок вогнепальних поранень верхньої кінцівки вимагає особливих зусиль в пошуках можливостей зменшення анатомічних, функціональних та косметичних порушень [2].

Мета дослідження – обґрунтувати впровадження комплексу заходів реабілітаційної допомоги постраждалим внаслідок вогнепальних поранень верхньої кінцівки.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури, моніторинг інформаційних ресурсів мережі Інтернет, аналіз зарубіжного і вітчизняного досвіду.

Результати дослідження. У роботах більшості авторів, які займаються даною проблемою, зазначено, що обов'язковою умовою для досягнення бажаних результатів реабілітації осіб із вогнепальними ураженнями є розуміння її концепції та основних положень таких, як ранній початок і своєчасність, послідовність та наступність, комплексність у поєднанні з індивідуальним підходом, контроль і корекція, етапність та об'єктивна оцінка результатів поранених [5; 7; 10; 13]. Під фізичною терапією при травмах верхньої кінцівки, вітчизняні фахівці зазвичай розуміють виключно застосування з лікувальною метою фізичних вправ, доповнених впливом лікувального масажу та методів апаратної фізіотерапії [2]. Через обмежений підхід реабілітації постраждалих, внаслідок вогнепальних поранень, а саме функціональне відновлення кінцівок без врахування мобільності, самообслуговування та соціальної адаптації – це призводить до необхідності тривалого, нерідко повторного лікування. З цього випливає вирішення питання розробки та впровадження ефективних реабілітаційних заходів, спрямованих не тільки на відновлення порушених функцій, а досягнення незалежності та підвищення якості життя в осіб із вогнепальними пораненнями верхньої кінцівки і відповідає основним положенням МКФ, яку вже певний час впроваджує в діяльність працівників медичної, соціальної та освітньої сфер Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України. Основні сфери активності та участі, за МКФ, включають мобільність (пересування у просторі, використання допоміжних засобів), самообслуговування і самоорганізацію, навчання і комунікації (спілкування, міжособистісну взаємодію), громадське і цивільне життя [1].

На сьогоднішній день не існує універсальних підходів як до прогнозування результатів реабілітаційних заходів, так і до оцінки отриманих результатів. Тому комплекс заходів фізичної терапії обумовлює диференційований підхід до вибору термінів початку реабілітації, інтенсивності й частоти здійснення всіх реабілітаційних заходів [11].

В наукових роботах зарубіжних авторів відмічено, що при реабілітації пацієнтів після вогнепальних поранень кінцівок використовують три фази відновлення. В 1 фазі використовують позиціонування кінцівки і пасивні рухи. В 2 фазі – мобілізація пацієнта і легкі вправи і лише в 3 фазі активні вправи для ураженої кінцівки [9].

На думку авторів O'Sullivan SB, Schmitz TJ, Fulk G. та Willand MP, Lopez JP, de Bruin H, Fahnstock M, Holmes M, Bain JR [11; 16], здебільшого пацієнтам після вогнепального поранення у комплексному лікуванні призначають терапевтичні вправи, що є доцільними, оскільки вони активують трофічні процеси.

Вправи на тренажерах при травмах верхньої кінцівки у післяопераційний період – є однією з важливих складових рухової терапії

(еспандери, пластини, набори вантажів). Більш сучасні є тренажери системи Thera-bend, які сприяють вдосконаленню координаторних навичок кисті, тренуванню різних видів захоплення предметів, зміцненню м'язів верхньої кінцівки та відновленню м'язової сили кисті [14].

Також ефективні терапевтичні вправи в воді, які сприяють поліпшенню функції м'язів, зменшенню застійних явищ при контрактурі у суглобах. Тому рухи в воді ($t = 36-37\text{ }^{\circ}\text{C}$) у всіх фізіологічних напрямках, а також з предметами (стиснення губки з поролону, м'якого гумового м'яча) значно підвищує їх рухливість [8].

Використання бімануальної терапії корисно для підвищення функціональної незалежності під час повсякденної діяльності та самообслуговування з використанням обох рук [6].

Тож організація комплексних заходів реабілітаційної допомоги постраждалим внаслідок вогнепальних поранень сьогодні входить до основних пріоритетів державної системи охорони здоров'я, що знайшло відображення в появі відповідних нормативних документів і наукових робіт [3; 4].

Висновки. Комплексного, науково обґрунтованого підходу до вирішення проблеми реабілітації осіб з вогнепальними пораненнями верхньої кінцівки, перебігу захворювання, впливу реабілітаційних заходів на якість життя пацієнтів на даний момент у доступній літературі обмаль. Подальше вивчення цієї проблеми та узагальнення описаного в літературі наукового досвіду може стати передумовою до формування чітких й універсальних правил установлення реабілітаційного прогнозу, відновлення та найбільш інформативних та ефективних критеріїв оцінки проведеного реабілітаційного втручання.

Список використаних джерел:

1. Волошко Л.Б. Основні компоненти та характеристики професійної взаємодії фахівців з фізичної реабілітації. *Молодь і ринок*. 2017;(9(152)):77-81.
2. Герцик А.М. Створення програм фізичної реабілітації/терапії при порушеннях діяльності опорно-рухового апарату. *Слобожан. науково-спорт. вісн.* 2016;(6(56)):37-45
3. Закон України. Верховна Рада України. Основи законодавства України про охорону здоров'я : Закон України № 2802-ХІІ. 1992 Лист 19 [Internet]. Київ : Відомості Верховної Ради України ; 1992 [оновлено 2021 Груд 01; цитовано 2021 Груд 24]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
4. Іващенко С.Н., Шахліна Л.Я., Лазарева О.Б. Особливості побудови фазової моделі фізичної реабілітації військовослужбовців, що

- постраждали внаслідок бойових дій. *Наук. часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова*. 2016; (3(72)):63-7.
5. Калмиков С., Калмикова Ю. Актуальні питання фізичної терапії при вогнепальних ушкодженнях діафізу плеча. *Слобожан. науковоспорт. вісн.* 2018;(1(64)):24-30.
 6. Кипервас И.П. Тунельные синдромы. Москва : Ньюдиамед. 2010. 520 с.
 7. Страфун С.С., Борзих Н.О., Ярмолук Ю.А., Шипунов В.Г., Лакша А.А., Безуглий А.А. Використання контрольованого негативного тиску в комплексному лікуванні потерпілих з вогнепальними пораненнями кінцівок. *Клінічна Хірургія*. 2017;(7):45-7.
 8. Юстин О.Й., Козік Н.М., Стратійчук Н.А. Відновлення посттравматичних станів ушкоджених кінцівок засобами гідрокінезотерапії та бальнеотерапії. *Young Scientist*. 2018;(3.3):187-91.
 9. Baldan M., Giannou C. War surgery. Working with limited resources in armed conflict and other situations of violence. In: Addis Ababa combined surgical congress; 2002 Dec 14-20; Addis Ababa. Addis Ababa; 2002.
 10. Kalinkina O., Lazarijeva O., Kalinkin K., Nikanorov O., Kuropiatnyk V., Kovelska A. et al. Influence of PNF therapy on the active range of motion in proximal humerus gunshot injury patients. *Sport Mont*. 2021;19 Suppl 2:177-81.
 11. O'Sullivan S.B., Schmitz T.J., Fulk G. Physical rehabilitation. 7th ed. Philadelphia : F.A. Davis Company; 2019. 1504 p.
 12. Schoenfeld A.J., Dunn J.C., Bader J.O., Belmont P.J. Jr. The nature and extent of war injuries sustained by combat specialty personnel killed and wounded in Afghanistan and Iraq, 2003–2011. *J Trauma Acute Care Surg*. 2013;75(2):287-91.
 13. Shestopal N., Balazh M., Kovelska A., Kikh A., Tomanek M., Grygus I. Effect of rehabilitation program on the quality of life of people with forearm or hand gunshot wounds using physiotherapy methods. *JPES*. 2021;21(5 Art 347):2591-600.
 14. Topp R., Slaski J.L., Bishop B.N., Page P. Adhesion of Three Brands of Elastic Therapeutic Tape. Adhesion of three brands of elastic therapeutic tape. *J Perform Health Res*. 2017;1(2):16-22.
 15. Tsema Ie., Bepalenko A. Analysis of limb amputations during armed conflict at the East of Ukraine. *Norweg J Dev Int Sci*. 2016;(1):79-80.
 16. Warren A. An evaluation of the Canadian model of occupational performance and the Canadian occupational performance measure in mental health practice. *BJOT*. 2002;65(11):515-20.

Яцишин З. М.,

*кандидат медичних наук, доцент,
завідувач кафедри фізичної терапії, ерготерапії
Прикарпатського національного університету
імені Василя Стефаника*

Попель С. Л.,

*кандидат медичних наук,
доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії
Прикарпатського національного університету
імені Василя Стефаника*

МОНІТОРИНГ ПАРАМЕТРІВ ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ З МІО-ФАСЦІАЛЬНИМ БОЛЬОВИМ СИНДРОМОМ ПРИ ВПРОВАДЖЕННІ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Вступ. Пацієнти при ІХС мають широкий спектр симптомів, що істотно погіршують якість життя (ЯЖ) [8; 12].

Основна мета лікування такого стану полягає в інтегральному покращенні/підтримці достатнього рівня ЯЖ пацієнтів та усунення/зменшення вираженості патологічних симптомів характерних для ІХС [5; 10].

У зв'язку з цим оцінка ЯЖ, спектру і вираженості симптомів в процесі розвитку захворювання є невід'ємним компонентом фізичної реабілітації таких хворих [9; 11].

Дихальна терапія довільного зменшення хвилинного об'єму дихання (ДОЗ ХОД) – новий ефективний метод лікування ІХС, що дозволяє впливати на окремі ланки патогенезу даного захворювання на регуляторному рівні [6; 7].

Поряд з традиційними клінічними та інструментальними параметрами (EDSS, MPT, ЕНМГ), оцінка параметрів ЯЖ в процесі лікування і на етапі фізичної реабілітації є важливим компонентом оцінки ефективності різних відновлюючих заходів у хворих з міо-фасціальним больовим синдромом при РС. Результати ефективності кріотерапії у поєднанні з голкотерапією та фізичним вправами на розтягування спастично скорочених м'язів на підставі клінічних та інструментальних даних представлені у наших більш ранніх окремих публікаціях [6; 7].

У даній публікації представлений аналіз показників ЯЖ у хворих з РС в різні терміни після дихальної терапії.

Мета роботи: обґрунтувати включення кріотерапії в базові програми фізичної реабілітації для пацієнтів при РС.

Матеріали та методи. У дослідження включено 105 пацієнтів у віці від 25 до 54 років з верифікованим діагнозом розсіяний склероз ускладнений міо-фасціальним больовим синдромом. Критеріями включення були також: проведення локальної чи загальної кріотерапії, значення за шкалою EDSS від 1,5 до 8,5 ум. од., відсутність когнітивних порушень, наявність супутнього міо-фасціального больового синдрому. Залежно від типу заходів фізичної реабілітації пацієнтів розділили на дві групи [1, 3]: 1-а група – пацієнтам проведена загальна кріотерапія (EDSS 3,5–8,5) у поєднанні з голкотерапією і фізичними вправами на розтягування спастично скорочених м'язів; 2-а група – пацієнтам проведена тільки локальна кріотерапія (EDSS 1,5–3,0). Треба зазначити, що раніше до протоколу програм з фізичної реабілітації при РС не включали різні види дих. терапії, тому така методика є авторською, базується на механізмі впливу кріотерапії на імунну систему і загальному покращенню самопочуття, вперше застосовується у такому поєднанні з іншими засобами фізичної реабілітації і вимагає експериментальної перевірки її ефективності. Більше того в сучасній системі фізичної реабілітації все ширше знаходять застосування засоби медичної реабілітації, які при комплексному застосуванні показують високу ефективність для пацієнтів при РС.

Для оцінки ЯЖ використовували загальний опитувальник RAND SF-36 [4]. Інструмент складається з 36 питань, які формують вісім шкал: фізичного функціонування, рольового фізичного функціонування, болі, загального здоров'я, життєздатності, рольового емоційного функціонування і психічного здоров'я. Дані опитувальника в результаті опитування виражають в балах від 0 до 100 за кожною з восьми шкал. Чим вище бал за шкалою опитувальника SF-36, тим кращий показник ЯЖ. Хворі заповнювали опитувальник до і через 3, 6, 9 і 12 міс після впровадження програми фізичної реабілітації.

На підставі даних опитування SF-36 був розрахований інтегральний показник якості життя для кожного хворого і дана характеристика розподілу хворих згідно градацій зниження ЯЖ. Для цього проводили порівняння показника якості життя хворого за величиною інтегрального показника популяційної норми.

Виділяли такі градації зниження інтегрального показника ЯЖ: відсутність зниження (немає відмінностей у значенні інтегрального показника хворого та інтегрального показника популяційної норми); незначне зниження інтегрального показника якості життя (зниження

інтегрального показника < 25 % від інтегрального показника популяційної норми); помірне зниження інтегрального показника якості життя (зниження інтегрального показника 25–50 % від інтегрального показника популяційної норми); значне зниження інтегрального показника ЯЖ (зниження інтегрального показника 51–75 % від інтегрального показника популяційної норми); критичне зниження інтегрального показника якості життя (зниження інтегрального показника > 75 % від інтегрального показника популяційної норми) [1; 2].

Оцінку відповідей визначали за допомогою інформаційного показника ЯЖ методом інтегральних профілів. Виділяли три градації відповідей пов'язаних з ЯЖ: покращення, стабілізацію і погіршення.

Результати дослідження. При порівнянні показників ЯЖ хворих РС ускладненого міо-фасціальним больовим синдромом, включених в дослідження, з показниками популяційної норми були виявлені статистично значущі відмінності ($p < 0,05$) за всіма шкалами опитувальника SF-36, крім шкали «рольове емоційне функціонування» (табл. 1).

Таблиця 1

Показники якості життя пацієнтів РС

Показник	Популяційна норма	Пацієнти до фізичної реабілітації	Пацієнти після фізичної реабілітації
Фізичне функціонування	82,5 ± 2,34	62,7 ± 2,49	76,4 ± 2,02
Рольове фізичне функціонування	77,8 ± 1,98	38,1 ± 1,05	71,5 ± 2,83
Біль	88,9 ± 2,03	69,9 ± 1,41	85,2 ± 3,14
Загальне здоров'я	68,1 ± 1,45	51,8 ± 2,04	60,4 ± 1,94
Життєздатність	76,8 ± 1,92	48,5 ± 1,17	70,1 ± 2,17
Соціальне функціонування	82,3 ± 2,61	54,1 ± 1,83	78,9 ± 2,33
Рольове емоційне функціонування	72,3 ± 2,11	66,2 ± 2,58	69,4 ± 2,16
Психічне здоров'я	80,2 ± 2,56	55,9 ± 1,81	72,1 ± 2,17

Показники ЯЖ хворих до програми фізичної реабілітації істотно нижче, ніж в популяційної нормі. Після програми фізичної реабілітації показники ЯЖ в групі хворих РС ускладненого міо-фасціальним

больовим синдромом поліпшуються, при порівнянні показників через 3 місяці з популяційною нормою статистично вірогідних відмінностей не виявлено.

При стратифікації хворих ІХС до впровадження програми фізичної реабілітації за ступенем зниження інтегрального показника ЯЖ були отримані наступні результати: з відсутністю зниження інтегрального показника ЯЖ – 26 % хворих; з незначним зниженням інтегрального показника ЯЖ – 8 %; з помірним зниженням інтегрального показника ЯЖ – 20 %; зі значним зниженням інтегрального показника якості життя – 22 % і з критичним зниженням інтегрального показника якості життя – 24 % хворих. Таким чином, значне або критичне зниження інтегрального показника ЯЖ відзначено майже у половини пацієнтів.

У кожній групі показники ЯЖ хворих до впровадження програми фізичної реабілітації нижче, ніж в популяційній нормі. Через 12 міс. після впровадження програми фізичної реабілітації спостерігалось виражене поліпшення показників ЯЖ як в групі після локальної кріотерапії, так і після загальної кріотерапії в поєднанні з голкотерапією і фізичними вправами на розтягування м'язів.

Слід зазначити, що в першій групі хворих значні позитивні зміни спостерігалися за всіма шкалами опитувальника; профіль ЯЖ хворих через 6 міс. після дих. терапії відповідав популяційній нормі. Дані зміни зберігалися через 9 місяців після локальної кріотерапії. У групі хворих після кріотерапії в поєднанні з голкотерапією і фізичними вправами на розтягування м'язів через 6 міс. після використання програми фізичної реабілітації відбувалося поліпшення показників ЯЖ за більшістю шкал опитувальника, і ці зміни були більше виражені, ніж у першій групі.

Через 12 місяців після комплексної кріотерапії спостерігалось подальше поліпшення показників ЯЖ за деякими шкалами опитувальника; при цьому профіль ЯЖ характеризувався певною модульною компресією у порівнянні з профілем, що відповідає популяційній нормі.

Таким чином, ефективність кріотерапії у хворих ІХС продемонстрована не тільки на підставі клінічних та інструментальних даних, але й на підставі моніторингу параметрів ЯЖ.

У групі хворих після комплексної фізичної реабілітації позитивний ефект спостерігався у більшій кількості хворих, ніж в групі пацієнтів тільки після локальної кріотерапії.

Висновки.

1. До впровадження програми фізичної реабілітації у хворих розсіяним склерозом ускладненим міо-фасціальним больовим синдромом у 46,3 % хворих спостерігається значне або критичне зниження інтегрального показника якості життя.

2. У 96,0% таких пацієнтів після проведення комплексної кріотерапії і у 87,0% після локальної кріотерапії відбувається поліпшення показників якості життя.

Список використаних джерел:

1. Новик А.А., Іонова Т.І. Інтегральний показник якості життя – нова категорія у концепції дослідження якості життя. *Вісник Міжнародного центру дослідження якості життя*. 2006;7–8:7-8.
2. Шевченко Ю.Л., Новик А.А., Іонова Т.І., Киштович А.В. Метод інтегральних профілів у вивченні якості життя хворих ревматоїдним артритом. *Вісник Міжнародного центру дослідження якості життя*. 2004;3-4:5-10.
3. Шевченко Ю.Л., Кузнецов А.Н., Іонова Т.І., Мельниченко В.Я., Федоренко Д.А., Курбатова К.А., Новик А.А. Моніторинг параметрів якості життя у хворих розсіяним склерозом при проведенні високодозної імуносупресивної терапії з трансплантацією кровотворних стовбурових клітин. *Вісник Національного медико-хфрургічного Центру ім. М.І. Пирогова*. 2012;7(3):7-10.
4. Hays R.D., Sherbourne C.D., Mazel R.M. User's Manual for Medical Outcomes Study (MOS) Core measures of health-related quality of life. RAND Corporation, MR-162-RC (available at www.rand.org).
5. Hemmett L., Holmes J., Barnes M, Russe N. What drives quality of life in multiple sclerosis? *Ass. Physic*. 2004;97(10):185-187.
6. Lysenko Y. Multiple Sclerosis: Methods of Treatment and Rehabilitation. *Physical education, sports and health culture in modern society* : sb. sciences works of Eastern Europe. nats un-th them Lesia Ukrainka / way. A.V. Tsos, S.Ya. Indyk. Lutsk : Eastern Europe. nats Un-t them. Lesia Ukrainka, 2017. Т. 38, № 2. Р. 157–163.
7. Łysenko J, Mytskan B, Mytskan T. An alternate alternative to the midsummer night scenes. Youth Scientific Bulletin of the Lesia Ukrainka Eastern European National University. *Physical education and sports*. 2017;27:166-170.
8. Nortvedt M.W., Riise T., Myhr K.M. Quality of life in multiple sclerosis: measuring the disease effects more broadly. *Neurology*. 1999;22(53): 1098-1103.
9. Nortvedt M.W., Riise T., Myhr K.M. Quality of life as a predictor for change in disability in MS. *Neurology*. 2000;55(12):98-109.
10. Ramp M., Khan F., Misajon R.A., Pallant J.F. RASCH analysis of the Multiple Sclerosis Impact Scale (MSIS–29). *Hlth Quality Life Outcomes*. 2009;7:58.

11. Rice GP, Oger J, Duquette P. Treatment with interferon beta-1b improves quality of life in multiple sclerosis. *Can. J. Neurol. Sci.* 1999;26(4):276-282.
12. The Canadian Burden of Illness Study Group. Burden of illness of multiple sclerosis: Part II: Quality of life. *Can. J. Neurol. Sci.* 1998;25:31-38.

НАПРЯМ 4. ЛІКУВАЛЬНА І ОЗДОРОВЧА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА

DOI <https://doi.org/10.36059/978-966-397-276-3-9>

Карпіляньський Д. А.,

*кандидат медичних наук, доцент,
доцент загальноузівської кафедри фізичного виховання,
спорту і здоров'я людини*

Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського

Дрозд Н. В.,

*студентка 2 курсу магістратури
спеціальності 227 – Фізична терапія, ерготерапія
Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського*

РОЛЬ НІМЕЦЬКОЇ АСОЦІАЦІЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ВПРОВАДЖЕННІ НОВАЦІЙ В СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ КРАЇНИ

Німецька асоціація реабілітації (Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation – DVfR) є єдиною асоціацією в Німеччині, в якій об'єднані учасники сфери реабілітації: організації самопомоги та соціальні організації, постачальники соціальних послуг, реабілітаційні установи та служби, експерти з реабілітації, а також професійні та спеціалізовані асоціації. Члени DVfR, їхні партнери в політиці, бізнесі та суспільстві та всі співробітники беруть участь у міждисциплінарному та міжгалузевому, орієнтованому на консенсус дискурсі щодо подальшого розвитку системи реабілітації в країні.

Асоціація була заснована 14 квітня 1909 року як «Німецька асоціація допомоги калікам» у Берліні.

За участю всіх членських груп та перевірених експертів з реабілітації DVfR детально обговорила своє визначення терміну «реабілітація» та схвалила його 19 лютого 2020 року на головній раді. Визначення складається з п'яти речень.

1. Реабілітація підтримує людей з існуючою або загрожуючою інвалідністю.

2. Метою є зміцнення фізичних, розумових, соціальних і професійних навичок, а також самовизначення та рівноправної участі в усіх сферах життя.

3. Вона включає медичні, терапевтичні, доглядові, соціальні, професійні, освітні чи технічні пропозиції, включаючи адаптацію до середовища, в якому знаходиться особа.

4. Реабілітація – це плановий, мультипрофесійний та міждисциплінарний процес, орієнтований на індивідуальні цілі участі.

5. Вона поважає право на самовизначення.

Перше речення описує, про кого йдеться в реабілітації, а саме про всіх людей із наявною або хронічною інвалідністю, незалежно від того, чи визнані вони важкими інвалідами. Мета реабілітації сформульована в другому реченні. Йдеться про зміцнення навичок, а також про самовизначення та рівноправну участь. У статуті DVfR також йдеться про самовизначення та рівноправну участь у житті суспільства. Третє речення визначення чітко пояснює все, що належить до реабілітації: з одного боку, широкий спектр послуг, з іншого боку, посилення підтримки та зменшення гальмівних факторів «адаптація людини до середовища». Таким чином, визначення також посилається на Міжнародну класифікацію функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я (ICF) Всесвітньої організації охорони здоров'я. У четвертому реченні названі основні особливості процесу реабілітації: вона спрямована на індивідуальну реабілітацію або цілі участі та складається із взаємодії елементів з дуже різних дисциплін і різних професійних груп. Нарешті, п'яте речення підкреслює важливість самовизначення не тільки як мети реабілітації, а й для здійснення реабілітації.

Баченням Асоціації є інклюзивне суспільство, в якому кожен може повною мірою брати участь у житті та робити внесок у збагачення життєвого середовища кожного. Участь і самовизначення як права людини були реалізовані – це означає, що кожна людина може жити максимально незалежно і з якомога вищою якістю життя, здоров'ям і здатністю функціонувати. Рівна участь стосується всього життєвого середовища: політичного, соціального, економічного, громадського та культурного життя, освіти, роботи та зайнятості, повсякденного життя, родини та друзів.

Люди, які не можуть повноцінно брати участь у житті суспільства через тривалі фізичні, розумові, інтелектуальні або сенсорні порушення взаємодії з навколишнім середовищем і тому вважаються інвалідами (стаття 1 Конвенції ООН про права людей з інвалідністю), а також люди яким загрожує інвалідність, наприклад через хворобу, отримують підтримку в досягненні цих цілей відповідно до їхніх індивідуальних потреб та обставин. Цьому сприяє абілітація та реабілітація.

Робота DVfR спрямована на реалізацію сучасної та визнаної системи реабілітації, яка надійно забезпечує людям з обмеженими можливостями всю індивідуально необхідну підтримку для їхньої самовизначеної та

рівноправної участі в житті суспільства, одночасно мобілізуючи всі ресурси. Вирішальним орієнтиром тут є стаття 26 Конвенції ООН про права людей з інвалідністю (абілітація та реабілітація). Таким чином DVfR сприяє розвитку всебічно інклюзивного суспільства. DVfR базує свою роботу на таких пріоритетних сферах діяльності:

1. Подальший розвиток етичних, техніко-економічних і наукових основ реабілітації

2. Підвищення обізнаності в політиці та суспільстві про соціальну місію абілітації та реабілітації, для участі та інклюзії, особливо для незахищених груп людей

3. Подальша розробка та впровадження закону про реабілітацію та участь

4. Подальший розвиток реабілітаційних послуг і програм з точки зору пропозицій, заснованих на потребах, доступних і безбар'єрних

5. Активне включення та участь людей з обмеженими можливостями

6. Міжнародна співпраця для реабілітації, участі та інклюзії.

Як неурядова організація вона поєднує інтереси людей з обмеженими можливостями з інтересами тих, хто пропонує або фінансує послуги з реабілітації та участі.

Список використаних джерел:

1. Rehabilitation in Deutschland. *Die Deutsche Vereinigung für Rehabilitation*. URL: <https://www.dvfr.de/rehabilitation-und-teilhabe/rehabilitation-in-deutschland/>
2. Forum des Rehabilitations- und Teilhaberecht. *Onlineportal für Rehabilitations- und Teilhaberecht*. URL: <https://www.reha-recht.de/>
3. Rehabilitation und Teilhabe. *Das Forum des Sozialen DVfR*. URL: <https://www.deutscher-verein.de/de/pflege-rehabilitation-rehabilitation-teilhabe-1436.html>

НОТАТКИ

МАТЕРІАЛИ
МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ

**АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ
ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ,
СПОРТУ ТА ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ
РОЗВИТКУ ДЕРЖАВИ**

17–18 листопада 2022 року

м. Київ, Україна

Підписано до друку 21.11.2022. Формат 60×84/16.
Папір офсетний. Гарнітура Times New Roman. Цифровий друк.
Умовно-друк. арк. 2,33. Тираж 100. Замовлення № 1222-027.
Ціна договірна. Віддруковано з готового оригінал-макета.

Українсько-польське наукове видавництво «Liha-Pres»
79000, м. Львів, вул. Технічна, 1
87-100, м. Торунь, вул. Лубіцка, 44
Телефон: +38 (050) 658 08 23
E-mail: editor@liha-pres.eu
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 6423 від 04.10.2018 р.