

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА КОНФЕРЕНЦІЯ «МАЙБУТНЄ
БЕЗ БАР'ЄРІВ: РЕСУРСИ ТА ПІДТРИМКА СІМЕЙ З
ДІТЬМИ З АУТИЗМОМ ТА ІНШИМИ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ»



**НАВЧАЛЬНО-НАУКОВИЙ ІНСТИТУТ УПРАВЛІННЯ, ЕКОНОМІКИ ТА
ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ ТАВРІЙСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО
УНІВЕРСИТЕТУ ІМЕНІ В. І. ВЕРНАДСЬКОГО
БЛАГОДІЙНА ОРГАНІЗАЦІЯ "АКАДЕМІЯ РОЗВИТКУ, ПІДТРИМКИ ТА
СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ДИТИНИ "КІДДОМ"**

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНА
КОНФЕРЕНЦІЯ «МАЙБУТНЄ БЕЗ БАР'ЄРІВ:
РЕСУРСИ ТА ПІДТРИМКА СІМЕЙ З ДІТЬМИ З
АУТИЗМОМ ТА ІНШИМИ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНИМИ ПОРУШЕННЯМИ»**

15 травня 2025 року

м. Київ

Київ • 2025

Оргкомітет:

1. Благодійна організація "Академія розвитку, підтримки та соціальної адаптації дитини "КІДДОМ", e-mail: kiddom.fond@gmail.com, hope_well@ukr.net
2. Навчально-науковий інститут управління, економіки та природокористування Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського, nuiuep@tnu.edu.ua

Контактні особи:

Горник Володимир Гнатович - співголова оргкомітету, доктор наук з державного управління, професор, директору Навчально-наукового інституту управління, економіки та природокористування Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського (моб.:

Козак Вячеслав Іванович - співголова оргкомітету, кандидат наук з державного управління (моб.: 093-55-22-303).

Величко Надія Сергіївна - секретар конференції (моб.: 067-506-18-86)

Матеріали опубліковані в авторській редакції.

Повну відповідальність за достовірність та якість поданого матеріалу несуть учасники конференції, рецензенти та структурні підрозділи вищих навчальних закладів та установ, які рекомендували ці матеріали до друку.

Науково-практична конференція «Майбутнє без бар'єрів: ресурси та підтримка сімей з дітьми з аутизмом та іншими інтелектуальними порушеннями» (м. Київ, 15 травня 2025 року) / упоряд. Д. В. Починок. – Київ 2025. – 99 с.

У збірнику представлено стислий виклад доповідей і повідомлень, поданих на науково-практичну конференцію «Майбутнє без бар'єрів: ресурси та підтримка сімей з дітьми з аутизмом та іншими інтелектуальними порушеннями», яка відбулася на базі Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського 15 травня 2025 р.

ЗМІСТ

1. ЕКОНОМІКА ТА ФІНАНСИ	6
Гололобов Сергій Миколайович КУЛЬТУРНА ПОЛІТИКА ТА АГРОВОЛЬТАІКА: НОВІ МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ РОЗВИТКУ СІЛЬСЬКИХ ГРОМАД В УКРАЇНІ	6
2. МЕНЕДЖМЕНТ ТА ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ	12
Ковальчук Володимир Олександрович АДМІНІСТРАТИВНІ ПОСЛУГИ ЯК ЕЛЕМЕНТ ДЕРЖАВНОЇ ПІДТРИМКИ СІМЕЙ З ДІТЬМИ З АУТИЗМОМ: СУЧАСНИЙ СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ	12
Лущик Уляна Богданівна КРИМСЬКА ПЛАТФОРМА: ПРОГРАМА ЗАХОДІВ КАФЕДРИ ТА КАДРОВОЇ ПІДГОТОВКИ В УМОВАХ ПІСЛЯВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ	16
Чудновець Іван Сергійович КАДРОВА ПОЛІТИКА ЯК ОБ'ЄКТ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ	20
3. ТЕХНОЛОГІЇ ТА ІННОВАЦІЇ	23
Бахмутов К.А., Горбунов Олег Анатолійович, Голуб Валентин Петрович ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ КОМП'ЮТЕРНОГО ВІДЕОАНАЛІЗУ ДЛЯ ПІДТРИМКИ ТА РОЗВИТКУ КОГНІТИВНИХ ЗДІБНОСТЕЙ У ДІТЕЙ В УМОВАХ СТРЕСУ	23
Голуб Валентин Петрович, Лущик Уляна Богданівна, Ікаєв Андрій Русланович ОЗДОРОВЧІ ТЕХНОЛОГІЇ В СПОРТІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ	27
Горбунов Олег Анатолійович, Лущик Уляна Богданівна, Голуб Валентин Петрович, Коваленко Вікторія Володимирівна БІОМЕХАНІКА НЕЙРОМІОТОМУ В РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ РУХОВИХ РОЗЛАДІВ	30
Коваленко Вікторія Володимирівна, Лущик Уляна Богданівна ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ ВІДНОВЛЕННЯ ПРИ НЕСПЕЦИФІЧНИХ ХВОРОБАХ СУЧАСНОСТІ	33
Лущик Уляна Богданівна ЗНАЧЕННЯ ДІАГНОСТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ В МЕДИЧНОМУ СУПРОВОДІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ	37
4. СОЦІАЛЬНА ПОЛІТИКА ТА ПРАВО	41

Ікаєв Андрій Русланович, Лущик Уляна Богданівна МЕДИКО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОДІЇ ХВОРОГО ТА ЙОГО РОДИЧІВ В УМОВАХ МЕДИКО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЗАКЛАДУ	41
ГОРЕЛКІНА КІРА ГЕОРГІЙВНА ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ, ЗОКРЕМА З АУТИЗМОМ, В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНОГО СТАНУ ТА ВОЄННИХ ДІЙ: АНАЛІЗ ТА ПЕРСПЕКТИВИ АДАПТАЦІЇ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ	44
ГУБАРЄВ СЕРГІЙ ВОЛОДИМИРОВИЧ ПРАВО НА СУДОВИЙ ЗАХИСТ ЯК ІНСТРУМЕНТ БОРОТЬБИ З ПРАВОВИМИ БАР'ЄРАМИ ДЛЯ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ	47
МАКАЛЕВИЧ АРІНА СЕРГІЙВНА СІМЕЙНЕ ПРАВО ЯК ІНСТРУМЕНТ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА ДИТИНИ З АУТИЗМОМ НА ТУРБОТУ ТА ЗАХИСТ У СІМЕЙНОМУ СЕРЕДОВИЩІ	50
ШАБАЛІН АНДРІЙ ВАЛЕРІЙОВИЧ ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІШІ В КИТАЇ	54
5. ОСВІТА ТА НАУКА	57
ГОРБУНОВ ОЛЕГ АНАТОЛІЙОВИЧ, Лущик Уляна Богданівна, Голуб Валентин Петрович, Коваленко Вікторія Володимирівна ПРИКЛАДНА МІОЛОГІЯ В ПРАКТИЦІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА ТА ЕРГОТЕРАПЕВТА	57
Ікаєв Андрій Русланович, Коваленко Вікторія Володимирівна, Лущик Уляна Богданівна, Голуб Валентин Петрович ЕТИКА ТА ВАЛЕОЛОГІЯ В РОБОТІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА	60
МІТІНА СВІТЛАНА ВОЛОДИМИРІВНА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРА АУТИЗМУ В ОСВІТНЬОМУ ПРОСТОРІ	63
6. МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ТА МАСШТАБУВАННЯ	67
Ікаєв Андрій Русланович, Голуб Валентин Петрович, Лущик Уляна Богданівна ЄВРОІНТЕГРАЦІЯ КРАЩИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ТЕХНІК В УКРАЇНСЬКУ СИСТЕМУ ВІДНОВНОЇ МЕДИЦИНИ	67
Лущик Уляна Богданівна, Новицький Віктор Володимирович ІНТЕГРАЦІЯ КРАЩИХ ВІТЧИЗНЯНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ВІДНОВНУ МЕДИЦИНУ КРАЇН ЄС ТА СВІТУ	70

7. ПСИХОЛОГІЯ ТА СУСПІЛЬСТВО	75
Голуб Валентин Петрович, Горбунов Олег Анатолійович, Лущик Уляна Богданівна ЛІКУВАЛЬНА ТЕРАПІЯ ВПРАВАМИ ТА ЛІКУВАЛЬНА ФІЗКУЛЬТУРА — ГРА ТЕРМІНІВ В РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ	75
Голуб Валентин Петрович, Коваленко Вікторія Володимирівна, Лущик Уляна Богданівна ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З М'ЯЗЕВИМИ СПАЗМАМИ ПОСТКОВІДНОГО ГЕНЕЗУ	77
Даниско Оксана Володимирівна ОЗДОРОВЧО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ВПЛИВ СКАНДИНАВСЬКОЇ ХОДЬБИ НА СТАН ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ	80
Дудкінова Марія Олегівна, Лущик Уляна Богданівна, Манжос Олена Юрійвна ОСНОВИ РАЦІОНАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ ТА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ПРИ ОЖИРІННІ ТА МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ	83
Небесійчук Світлана Миколаївна РОБОТА З ЗАПИТОМ "ПРИЙНЯТТЯ ДІАГНОЗУ ДИТИНИ", ЯК КЛЮЧОВИЙ ЕЛЕМЕНТ У ПРОЦЕСІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПІДТРИМКИ МАТЕРІ 86 THE REQUEST "ACCEPTANCE OF THE CHILD'S DIAGNOSIS" AS A KEY ELEMENT IN THE PROCESS OF PSYCHOTHERAPEUTIC SUPPORT FOR THE MOTHER	86
Шитіков Тимофій Олександрович, Великий Юрій Миколайович ПРО ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ	89
Шитіков Тимофій Олександрович, Коваленко Вікторія Володимирівна, Лущик Уляна Богданівна СУЧАСНІ АСПЕКТИ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ВАЖКОХВОРИХ МЕТОДАМИ ПАСИВНОЇ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ	91
Шитіков Тимофій Олександрович, Лущик Уляна Богданівна ДИФЕРЕНЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА ПРИ УРАЖЕННІ ПЕРИФЕРИЧНОГО ЧИ ЦЕНТРАЛЬНОГО МОТОНЕЙРОНА ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ	95

1. ЕКОНОМІКА ТА ФІНАНСИ

Гололобов Сергій Миколайович

кандидат наук з державного управління, докторант ДНП «ДУ «Київський авіаційний інститут», доцент кафедри національної безпеки, менеджменту та публічного управління Чернігівського інституту інформації, бізнесу і права Закладу вищої освіти «Міжнародний науково-технічний університет імені академіка Юрія Бугая»

КУЛЬТУРНА ПОЛІТИКА ТА АГРОВОЛЬТАІКА: НОВІ МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ РОЗВИТКУ СІЛЬСЬКИХ ГРОМАД В УКРАЇНІ

Актуальність дослідження. Інтеграція агровольтаїки у культурну політику сільських територій є інноваційним підходом до сталого розвитку громад, що поєднує економічні, екологічні та соціально-культурні вигоди. Агровольтаїка – це технологія подвійного використання земель, яка дозволяє одночасно вирощувати сільськогосподарські культури та виробляти електроенергію за допомогою сонячних панелей [1]. Такий підхід підвищує ефективність використання земельних ресурсів і сприяє енергетичній автономності громад. В умовах кліматичних змін та енергетичних викликів агровольтаїка допомагає адаптувати сільське господарство: встановлено, що дана технологія не зменшує продуктивність земель більш ніж на 15% і водночас забезпечує виробництво «зеленої» електроенергії для місцевих потреб [2]. Отже, поєднання аграрного виробництва з відновлюваною енергетикою здатне зміцнити продовольчу та енергетичну безпеку сільських громад, підвищити якість життя населення та стимулювати місцевий розвиток. *Актуальність інтеграції агровольтаїки* саме у культурну політику зумовлена тим, що культура на місцевому рівні відіграє значну роль у згуртуванні громади та духовному розвитку населення [4]. Інноваційні екологічні проєкти, впроваджені як елемент культурної політики, можуть бути краще сприйняті мешканцями, формуючи у них екологічну культуру та почуття причетності до модернізації своєї громади. Таким чином, агровольтаїка виступає актуальним механізмом розвитку сільських громад, який одночасно відповідає цілям культурного відродження, економічного зростання та екологічної стійкості.

Теоретико-методологічні засади. Теоретично дослідження спирається на міждисциплінарні концепти сталого розвитку, культурної політики та адаптації державного управління до інновацій. Ключовими поняттями є «агровольтаїка» як симбіоз аграрного виробництва і альтернативної енергетики, «культурна

політика» як діяльність суб'єктів державного управління та громад, що спрямована на розвиток культурного середовища, а також *«сталій розвиток сільських територій»*, що передбачає збалансоване поєднання економічних, соціальних і екологічних складових. Методологічною основою є системний підхід до державного управління, який вимагає врахування різних галузевих інтересів (аграрної, енергетичної, культурної) та участі зацікавлених сторін – влади, бізнесу і громадськості – у формуванні політики. Державне управління має адаптуватися до викликів сучасності через інтеграцію нових технологій у традиційні сфери політики. Зокрема, перехід до *культурно-енергетичних* інновацій потребує оновлення концептуальних засад культурної політики, щоб остання охоплювала не лише збереження культурної спадщини та підтримку мистецтва, але й формування екологічної свідомості та підтримку проєктів, корисних для громади. Вагомість культурної складової підтверджується тим, що культурна політика на місцевому рівні значною мірою визначає духовний і соціальний розвиток населення [4]. Тому залучення населення до інноваційних екопроєктів через інструменти культурної політики (просвітницькі програми, участь у кооперативах, тематичні заходи) формує підґрунтя для успішної реалізації агровольтаїчних ініціатив. Теоретичний аналіз включає також вивчення зарубіжних підходів до інтеграції політик (культурної, аграрної, екологічної) та концепцію *«екологічної культури»* – системи цінностей і знань, що визначає екологічно відповідальну поведінку громади. Саме поєднання цих теоретичних складових дозволяє розробити основу цілісної методології дослідження, в якій агровольтаїка розглядається не лише як технологічна чи економічна новація, а і як культурно-соціальний феномен, адаптація якого потребує відповідних управлінських рішень та науково обґрунтованих підходів.

Державне регулювання. Розвиток агровольтаїки в Україні вимагає активної ролі держави та вдосконалення нормативно-правової бази. На сьогодні законодавство лише частково охоплює питання подвійного використання земель сільгосппризначення для енергетики, тому необхідні нові *законодавчі ініціативи*, які чітко визначають статус агровольтаїчних установок і умови їх впровадження. В європейських країнах вже запроваджено стандарти і «правила» для агровольтаїки: наприклад, в Італії вимоги до конструкцій передбачають встановлення сонячних панелей на висоті ~2 м над землею – вище, ніж зазвичай, що забезпечує доступ сільськогосподарської техніки та зручність обробітку ґрунту під панелями [5]. В Україні доцільно імплементувати подібні норми, аби фермери могли впроваджувати енергетичні елементи без ризику порушити цільове призначення землі. Державне регулювання має також включати механізми стимулювання: субсидії, податкові пільги, гранти та інші преференції для фермерів і інвесторів, що вкладають кошти у агровольтаїчні проєкти. Співпраця органів влади з територіальними громадами може стати дієвим інструментом прискорення таких інвестицій. Зокрема, державно-приватне партнерство здатне залучити приватний капітал у розвиток сільських енергетичних проєктів, розподіливши ризики між державою та бізнесом. Світовий досвід підтверджує, що участь приватних інвесторів у відновлюваній енергетиці значно прискорюється за наявності дієвого правового

поля для державно-приватного партнерства та державних гарантій підтримки [1]. В Україні вже діє законодавство про державно-приватне партнерство та про альтернативні джерела енергії, проте його потрібно адаптувати до специфіки агровольтаїки. На рівні державної політики доцільно розробити окремі програми чи підпрограми у межах аграрної та регіональної політики, що підтримують створення «культурно-енергетичних кластерів» – об'єднань, де місцева влада, громада і бізнес спільно реалізують проєкти з виробництва відновлюваної енергії та спрямовують отримані ресурси на розвиток місцевої інфраструктури і культури. Державне регулювання має забезпечувати спрощення дозвільних процедур, пільгові умови підключення до мережі та гарантії викупу надлишкової електроенергії (наприклад, через механізми «зеленого» тарифу або аукціонів для відновлюваної генерації). Важливим напрямом є також стандартизація професійної підготовки: потрібні освітні програми для підготовки фахівців з проєктування і обслуговування агровольтаїчних систем, що може бути реалізовано за підтримки відповідних суб'єктів державного управління та профільних наукових установ. Отже, роль суб'єктів державного управління полягає у створенні сприятливих умов (правових, фінансових, адміністративних) для впровадження агровольтаїки, а також у контролі за дотриманням екологічних і технічних стандартів при реалізації таких проєктів.

Соціокультурні фактори. Успіх агровольтаїчних ініціатив значною мірою залежить від сприйняття їх місцевими громадами та врахування соціокультурного контексту. Місцеві громади виступають безпосередніми бенефіціарами агровольтаїки, тому їх активна участь і підтримка є критичною. Важливо забезпечити прозорість і інклюзивність процесів планування та впровадження проєктів: мешканці сіл мають бути проінформовані про переваги агровольтаїки (додаткові робочі місця, зменшення витрат на електроенергію, екологічні вигоди) та залучені до обговорення можливих ризиків чи побоювань. Освіта і просвітництво формують *екологічну культуру* населення – розуміння важливості ощадливого ставлення до природи і переходу на чисті джерела енергії. Підвищення екологічної свідомості через культурно-освітні заходи (тренінги для фермерів, тематичні сільські ярмарки, демонстраційні проєкти на базі місцевих шкіл чи клубів) сприяє позитивному ставленню громади до агровольтаїки. Соціологічні дослідження вказують, що у сучасному світі культура і екологічні цінності стають дедалі важливішими складниками якості життя населення [1]. Тому інтеграція принципів сталого розвитку в місцеву культурну політику – через підтримку зелених ініціатив – підвищує її ефективність. Практичним інструментом можуть стати згадані *культурно-енергетичні кластери*, коли, приміром, навколо агровольтаїчного парку формується комплекс додаткових активностей: еко-туризм, освітні еколого-культурні центри, кооперативи з переробки агропродукції тощо. Це забезпечує синергетичний ефект: підвищення добробуту громади поєднується з розвитком місцевої культури та збереженням довкілля. Крім того, агровольтаїка може стати чинником зміцнення соціального капіталу громади – спільна робота над впровадженням проєкту гуртує мешканців, підвищує довіру між владою і

громадою. Екологічна культура, що формується в процесі реалізації таких ініціатив, закладає основу для подальших позитивних змін – від сортування відходів до підтримки інших інновацій у майбутньому. Соціокультурні аспекти включають і повагу до місцевих традицій: впровадження нових технологій має відбуватися з урахуванням історико-культурного ландшафту села, аби зберегти автентичність і гармонійно вписати сучасні об'єкти (сонячні панелі) в простір громади. Загалом, успішна інтеграція агровольтаїки потребує формування в громаді почуття «співвласника» проєкту – коли мешканці усвідомлюють, що вони отримують пряму користь і контролюють розвиток своєї території. Це досягається через постійний діалог, участь громадськості в ухваленні рішень та розподілі вигод, а також через демонстрацію перших *пілотних* успіхів, які можуть слугувати прикладом для інших.

Європейський досвід і кращі практики. У країнах Європи агровольтаїка вже перетворюється на дієвий інструмент розвитку сільських територій, від якого Україна може перейняти чимало корисного. Провідні держави ЄС активно впроваджують проєкти агро-фотовольтаїки, інтегруючи їх у свої політики сталого розвитку. Наприклад, у *Німеччині* та *Франції* реалізовано низку пілотних агровольтаїчних ферм, де доведено можливість одночасного збільшення врожайності та генерації електрики [2; 5]. *Італія* однією з перших запровадила стандарти будівництва сонячних панелей на сільгоспугіддях: підняті на висоту конструкції дозволяють фермерам обробляти землю під ними без втрат для сільського господарства. У *Греції* реалізовано успішний приклад симбіозу відновлюваної енергетики з традиційним тваринництвом: на території великої сонячної ферми запроваджено випас овець, що дає змогу утримувати рослинність під панелями на оптимальному рівні та зменшує витрати на обслуговування станції [3]. Цей підхід забезпечив місцевим фермерам нові пасовища, а енергетичній компанії – природний механізм догляду за об'єктом, додатково мінімізуючи ризик пожеж. Європейський Союз загалом підтримує розвиток агровольтаїки на політичному рівні. Зокрема, у межах Європейського зеленого курсу агровольтаїчні системи розглядаються як засіб досягнення кліматичних цілей та розвитку відновлюваної енергетики в сільській місцевості. Аналітичні дослідження ЄС свідчать, що використання лише 1% сільськогосподарських земель під агровольтаїку може забезпечити близько 944 ГВт встановленої сонячної потужності – більше, ніж достатньо для досягнення цілей ЄС щодо сонячної енергії на 2030 рік [5]. Такий колосальний потенціал підтверджує доцільність активного впровадження цієї технології. Європейські країни також наголошують на важливості *державної підтримки* та *просвітництва*: уряди надають фінансування та податкові стимули фермерам, які впроваджують сонячні панелі на полях, а також проводять інформаційні кампанії щодо переваг агровольтаїки [3]. У багатьох державах діють програми досліджень і розвитку, створені консорціями за участі науковців, бізнесу і влади, що напрацьовують оптимальні моделі агроенергетичних господарств. Для України особливо цінним є досвід *державно-приватного партнерства* в реалізації таких проєктів (наприклад, у Іспанії та Португалії успішно працюють моделі кооперації фермерів із енергетичними компаніями), а також практика

створення місцевих кооперативів відновлюваної енергетики (як у Німеччині та Данії, де громади самі інвестують у сонячні й вітрові станції). Європейський досвід підкреслює необхідність чіткого планування: попередня оцінка впливів на екологію та ландшафт, врахування думки місцевих мешканців та довгострокова стратегія використання отриманого прибутку на потреби громад. Адаптація кращих практик в Україні має враховувати наші специфічні умови – структуру земельних відносин, законодавство, рівень децентралізації. Проте загальні принципи залишаються спільними: прозорі правила, фінансова підтримка, освітня робота з населенням і демонстрація успішних кейсів. Використання європейського досвіду дозволить уникнути багатьох помилок та прискорити впровадження агровольтаїки у вітчизняні реалії.

Висновки та рекомендації. Проведене дослідження підтверджує, що інтеграція агровольтаїки у культурну політику сільських територій може стати дієвим механізмом розвитку сільських громад. Агровольтаїчні проєкти, впроваджені за підтримки відповідних суб'єктів державного управління і активної участі громади, сприяють одночасно економічному зростанню (через додаткові джерела доходів, нові робочі місця, підвищення конкурентоспроможності аграрного сектору), соціальному розвитку (через покращення якості життя, згуртування мешканців, формування сучасної ідентичності громади) та екологічній стійкості (через зменшення викидів парникових газів, адаптацію до змін клімату, раціональне використання ресурсів). На основі аналізу зроблено такі узагальнення та рекомендації для державної політики: по-перше, *необхідно удосконалити нормативно-правову базу* – внести зміни до земельного та енергетичного законодавства, що легалізують і спрощують ведення агровольтаїчної діяльності (визначити термін «агровольтаїка», дозволити установку сонячних панелей на землях сільгосппризначення без зміни цільового статусу, встановити технічні стандарти і вимоги до безпеки). По-друге, *забезпечити державну підтримку і стимулювання*: розробити державну програму розвитку агровольтаїки з відповідним фінансуванням; передбачити пільгові кредити, субсидії чи гранти для фермерів, що бажають реалізувати такі проєкти; запровадити «податкові канікули» або знижені ставки податків на обладнання для відновлюваної енергетики в агросекторі. Доцільно ініціювати пілотні проєкти агровольтаїчних станцій у різних регіонах України (наприклад, Полісся, Степ, Карпати) для відпрацювання моделей і демонстрації ефекту. По-третє, *розвивати державно-приватне партнерство та міжнародну співпрацю*: залучати інвестиції від приватних компаній і міжнародних донорів у проєкти на селі, використовуючи механізми державно-приватного партнерства, гранти ЄС та міжнародних фінансових установ; стимулювати участь громад у проєктах через енергетичні кооперативи. По-четверте, *посилити інформаційно-просвітницьку роботу*: Міністерству культури та стратегічних комунікацій України спільно з Міністерством енергетики України варто проводити кампанії, що популяризують ідею агровольтаїки, поширювати успішний досвід (через ЗМІ, освітні програми, тренінги для голів громад і фермерів), пояснювати економічні вигоди та екологічну необхідність переходу до таких систем. Важливо також

інтегрувати тематику відновлюваної енергетики та екологічної культури в освітні програми шкіл у сільській місцевості, аби з юного віку формувати відповідні знання і цінності. *Практичні рекомендації* органам влади включають створення робочих груп за участю фахівців аграрного, енергетичного та культурного профілю для розробки регіональних планів впровадження агровольтаїки; налагодження партнерств із профільними асоціаціями (наприклад, Асоціацією агровольтаїки України) для експертної підтримки громад; проведення аудитів придатності територій громад до таких проєктів (враховуючи рівень сонячної радіації, наявні електромережі, структуру землекористування). Висновки дослідження однозначно вказують, що синергія культурної політики та відновлюваної енергетики відкриває нові можливості для післявоєнного відродження українського села. Реалізація наведених рекомендацій сприятиме формуванню самодостатніх, економічно розвинених і екологічно свідомих сільських громад, інтегрованих у сучасний європейський простір розвитку. Уряду та місцевим органам влади варто розглядати агровольтаїку не тільки як галузевий проєкт у сфері енергетики, але і як елемент гуманітарної політики, що здатен об'єднати людей спільною метою та забезпечити сталий розвиток на десятиліття вперед.

Список використаних джерел

1. Агровольтаїка в Україні: фактори успіху для розвитку сільських територій, чому важлива Асоціація Агровольтаїки України та співпраця з нами. *Асоціація Агровольтаїки України*. 15.09.2024. URL: <https://agrivoltaic.org.ua/post-1/> (дата звернення: 01.03.2025).
2. Губарева В. Агровольтаїка – нове слово для українських фермерів. Чому це рішення, яке варто розвивати? *Рубрика*. 20.02.2025. URL: <https://rubryka.com/article/shho-take-agrovoltayika/> (дата звернення: 02.03.2025).
3. Зінкевич Д. А що як 40°C повернуться? Агровольтаїка – як сховати рослину від спеки і заробити на «тіні». *Latifundist.com*. 01.08.2024. URL: <https://latifundist.com/blog/read/3096-agrovoltayika-finansova-vigoda-energon-ezalezhnist-ta-prikladi-vikoristannya-u-krayinah-svitu> (дата звернення: 04.03.2025).
4. Кіналь Н. Особливості розвитку сфери культури в територіальних громадах. *Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України*. 2021. Вип. 4 (150). С. 3-8. DOI: <https://doi.org/10.36818/2071-4653-2021-4-1>.
5. Joint Research Centre. Agrivoltaics alone could surpass EU photovoltaic 2030 goals. *An official EU website*. 12.10.2023. URL: https://joint-research-centre.ec.europa.eu/jrc-news-and-updates/agrivoltaics-alone-could-surpass-eu-photovoltaic-2030-goals-2023-10-12_en (дата звернення: 03.03.2025).

2. МЕНЕДЖМЕНТ ТА ПУБЛІЧНЕ УПРАВЛІННЯ

Ковальчук

Володимир

Олександрович

аспірант кафедри державно-правових і
гуманітарних наук,
Навчально-наукового гуманітарного
інституту Таврійського національного
університету імені В. І. Вернадського

АДМІНІСТРАТИВНІ ПОСЛУГИ ЯК ЕЛЕМЕНТ ДЕРЖАВНОЇ ПІДТРИМКИ СІМЕЙ З ДІТЬМИ З АУТИЗМОМ: СУЧАСНИЙ СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ

У тезах розглядається роль адміністративних послуг як одного з ключових інструментів державної підтримки сімей, які виховують дітей з аутизмом. Здійснено аналіз нормативно-правової бази, що регулює надання адміністративних послуг у сфері соціального захисту, освіти, медицини та реабілітації осіб з інтелектуальними порушеннями. Особлива увага приділяється питанням доступності, якості, швидкості та інклюзивності таких послуг. Висвітлено основні проблеми, з якими стикаються родини у взаємодії з органами влади, зокрема складність процедур, нестачу спеціалізованого супроводу, відсутність адаптованих цифрових сервісів, а також недостатню поінформованість батьків щодо доступних послуг.

Ключові слова. адміністративні послуги, державна підтримка, інклюзія, аутизм, сім'ї з дітьми з особливими потребами, соціальний захист, доступність послуг, інтелектуальні порушення, цифровізація, інклюзивне обслуговування.

Постановка проблеми. Підтримка сімей, які виховують дітей з аутизмом, є одним з пріоритетних напрямів сучасної соціальної політики держави. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, розлади аутистичного спектру діагностуються у 1 з 100 дітей, що свідчить про масштабність проблеми та необхідність системного державного підходу до її вирішення. Адміністративні послуги виступають ключовим механізмом реалізації державної підтримки таких родин, проте їх ефективність часто обмежується бюрократичними бар'єрами та недостатньою адаптацією до специфічних потреб цільової групи.

Аналіз чинного законодавства України виявив наявність розгалуженої системи нормативно-правових актів, що регулюють надання адміністративних послуг у сфері соціального захисту осіб з інвалідністю. Базовим документом залишається Закон України "Про адміністративні послуги" від 2012 року, який встановлює загальні принципи надання публічних послуг. Національна стратегія розвитку інклюзивної освіти на 2020-2030 роки визначає стратегічні

орієнтири державної політики у сфері інклюзії, проте її реалізація ускладнена воєнним станом та обмеженістю ресурсів [1].

Водночас виявлено фрагментарність регулювання специфічних потреб дітей з аутизмом та їхніх родин. Особливо гостро це питання постало після початку повномасштабної російської агресії [3], коли багато сімей з дітьми з особливими потребами були змушені евакуюватися, що створило додаткові виклики для системи адміністративних послуг.

Особливого значення набула робота мобільних бригад та виїзних консультаційних пунктів, що забезпечують надання послуг у віддалених районах та місцях тимчасового розміщення внутрішньо переміщених осіб. Водночас координація між різними рівнями системи залишається недостатньою, що призводить до дублювання функцій та втрати часу для сімей.

Емпіричне дослідження виявило основні проблеми у наданні адміністративних послуг, які особливо загострилися в умовах війни. Процедурні бар'єри включають складність та тривалість процедур оформлення інвалідності, яка в мирний час становила в середньому 3-6 місяців, а в умовах воєнного стану може затягуватися на невизначений термін через евакуацію медичних закладів та втрату документів. Сім'ї часто змушені звертатися до різних органів влади в різних містах, що створює додаткові фінансові та психологічні навантаження[3].

Інформаційні бар'єри залишаються критичними: лише третина респондентів володіє повною інформацією про доступні послуги, а в умовах постійних змін законодавства та переміщення установ ця ситуація ще більше ускладнюється. Технологічні обмеження проявляються у низькому рівні цифровізації спеціалізованих послуг, відсутності онлайн-сервісів для дітей з особливими потребами та неадаптованості веб-ресурсів для осіб з когнітивними порушеннями. Водночас саме цифровізація могла б стати рятівним кругом для сімей, які змушені часто переміщуватися[4].

Аналіз міжнародної практики показав ефективність моделі "одного контакту", що успішно функціонує у Фінляндії та Швеції, де сім'я взаємодіє з одним координатором, який забезпечує доступ до всіх необхідних послуг. Досвід Великої Британії демонструє важливість персоніфікованого супроводження сімей, особливо в кризових ситуаціях. Цифрові платформи для координації послуг, розроблені в Данії та Нідерландах, показують можливості дистанційного надання підтримки [6].

Український контекст вимагає адаптації цих підходів з урахуванням воєнних реалій. Зокрема, досвід європейських країн у роботі з біженцями стає особливо актуальним для України, де мільйони родин з дітьми з особливими потребами потребують термінової підтримки в нових місцях проживання. Важливим є досвід Польщі та Чехії у швидкому налаштуванні систем підтримки для українських сімей з дітьми з аутизмом.

Першочергові заходи по удосконаленню системи адміністративних послуг мають бути спрямовані на створення спеціалізованих підрозділів у Центрах надання адміністративних послуг для обслуговування сімей з дітьми з особливими потребами, зокрема тих, хто перебуває у статусі внутрішньо

переміщених осіб. Критично важливою є підготовка адаптованих інформаційних матеріалів про адміністративні послуги, які б враховували специфіку сприйняття інформації дітьми та дорослими з аутизмом. Система персонального супроводження родин повинна забезпечувати підтримку на всіх етапах отримання послуг, особливо в період адаптації після переміщення.

Середньострокова перспектива передбачає розробку та впровадження цифрової платформи "Єдине вікно послуг для сімей з дітьми з аутизмом", яка могла б функціонувати навіть в умовах обмеженого доступу до стаціонарних установ. Створення міжвідомчої бази даних для координації надання послуг дозволить уникнути дублювання та забезпечить безперервність підтримки при переміщенні сімей між регіонами. Особливої уваги потребує система моніторингу якості послуг з урахуванням специфіки цільової групи та умов воєнного стану.

Довгострокові перетворення мають бути спрямовані на формування інтегрованої екосистеми підтримки сімей з дітьми з аутизмом, стійкої до кризових ситуацій. Впровадження технологій штучного інтелекту для персоналізації послуг може значно підвищити ефективність системи в умовах обмежених ресурсів. Створення мережі спеціалізованих центрів комплексної підтримки має передбачати їх територіальну доступність та можливість швидкого розгортання в нових локаціях.

Дослідження системи адміністративних послуг для сімей з дітьми з аутизмом в умовах сучасних викликів виявило критичну необхідність трансформації державного підходу до підтримки цієї вразливої категорії населення. Повномасштабна російська агресія не лише загострила існуючі проблеми системи, але й створила нові виклики, пов'язані з масовими переміщеннями населення, руйнуванням інфраструктури та обмеженістю ресурсів.

Попри наявність нормативно-правової бази, практичне впровадження інклюзивних принципів у сфері адміністративних послуг залишається фрагментарним. Складність та розпорошеність процедур, недостатня поінформованість батьків, низький рівень цифровізації спеціалізованих послуг та відсутність персоніфікованого підходу створюють додаткові бар'єри для сімей, які перебувають у надзвичайно складній життєвій ситуації. В умовах війни ці проблеми набувають особливої гостроти, оскільки сім'ї часто втрачають доступ до звичних джерел підтримки та змушені швидко адаптуватися до нових умов.

Запропоновані рекомендації базуються на кращих міжнародних практиках, адаптованих до української специфіки та воєнних реалій. Створення інтегрованої системи надання адміністративних послуг на основі принципів "єдиного вікна", персонального супроводження та використання сучасних цифрових технологій може стати основою для розбудови стійкої до кризових ситуацій системи державної підтримки. Особливого значення набуває міжвідомча координація та підготовка кваліфікованих фахівців, здатних працювати в умовах невизначеності та постійних змін.

Успішна реалізація запропонованих заходів дозволить не лише підвищити доступність та якість адміністративних послуг в поточних умовах, але й створити фундамент для розбудови інклюзивного суспільства в повоєнний період. Це відповідає європейським стандартам у сфері прав людини та сучасним тенденціям розвитку публічного адміністрування, що особливо важливо в контексті євроінтеграційних прагнень України.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з моніторингом ефективності адаптаційних механізмів системи в умовах тривалої кризи, розробкою методик швидкого реагування на потреби переміщених сімей з дітьми з аутизмом, а також вивченням можливостей використання досвіду воєнного часу для побудови більш стійкої та інклюзивної системи публічних послуг у майбутньому

Список використаних джерел

1. Закон України "Про адміністративні послуги" від 6 вересня 2012 року № 5203-VI. *Відомості Верховної Ради України*. 2013. № 32. Ст. 409.
2. Національна стратегія розвитку інклюзивної освіти на 2020-2030 роки : схвалено розпорядженням Кабінету Міністрів України від 15.07.2020 № 881-р. *Урядовий кур'єр*. 2020. № 148.
3. Біла І. М., Петрович Ж. В. Соціальна підтримка сімей з дітьми з особливими потребами в Україні: виклики воєнного часу. *Демографія та соціальна економіка*. 2023. № 4(54). С. 112-127.
4. Іванова Л. В. Цифрова трансформація публічних послуг в умовах кризи: європейський досвід та українські реалії. *Публічне управління і адміністрування в Україні*. 2024. № 31. С. 78-85.
5. Тищенко О. В. Адаптація адміністративних послуг для внутрішньо переміщених осіб з інвалідністю: проблеми та шляхи вирішення. *Теорія та практика державного управління*. 2023. № 3(82). С. 201-208.
6. European Commission. Supporting People with Autism in Crisis Situations: Lessons from the Ukrainian Refugee Response. Luxembourg : Publications Office of the European Union, 2023. 45 p.
7. Lord C., Charman T., Havdahl A. et al. The Lancet Commission on the future of care and clinical research in autism. *The Lancet*. 2022. Vol. 399, No. 10321. P. 271-334.
8. OECD. Public Service Delivery in Times of Crisis: Lessons from COVID-19 and War in Ukraine. Paris : OECD Publishing, 2023. 134 p.

Лущик Уляна Богданівна

доктор медичних наук, завідувачка
кафедри медичної реабілітації,
валеології та оздоровчих технологій в
спорті Навчально-наукового
гуманітарного інституту Таврійського
національного університету ім. В. І.
Вернадського

КРИМСЬКА ПЛАТФОРМА: ПРОГРАМА ЗАХОДІВ КАФЕДРИ ТА КАДРОВОЇ ПІДГОТОВКИ В УМОВАХ ПІСЛЯВОЄННОГО ВІДНОВЛЕННЯ

У контексті викликів сучасності, пов'язаних із війною та необхідністю національного відновлення, кафедра медичної реабілітації, валеології та оздоровчих технологій в спорті активно долучилася до впровадження реабілітаційних програм, підготовки фахівців та участі в науково-практичних ініціативах. Діяльність кафедри орієнтована на забезпечення комплексної допомоги постраждалим та реінтеграцію соціально вразливих груп.

Загальна характеристика кафедри. Кафедра є структурним підрозділом Навчально-наукового гуманітарного інституту та спеціалізується на підготовці фахівців з фізичної терапії, реабілітації, валеології, оздоровчих технологій у спорті. У роботі кафедри поєднуються освітній, науковий і прикладний компоненти, що дозволяє оперативно реагувати на суспільні потреби та інтегрувати сучасні методики у навчальний процес.

Стратегічні рішення. Реінтеграційна політика передбачає:

- Участь у розробці наукової тематики, що стосується реінтеграції окупованих територій України (АР Крим і м. Севастополь).
- Формування понятійного апарату та теоретичної основи реінтеграції.
- Співорганізація Форуму «Український Крим майбутнього» разом із Центром реінтеграції і розвитку Криму.

Реабілітаційні програми передбачають:

- Розробка методичних рекомендацій для фізкультурно-спортивної реабілітації ветеранів та осіб, які постраждали від війни.
- Планується формування центру роботи з ветеранами на базі науково-практичної лабораторії кафедри, є досвід роботи з особами з втраченими кінцівками та відновлення рухової активності на протезах як на рівній поверхні, так і адаптація ходи в рекреаційних зонах (<https://tnu.edu.ua/laboratoriya-dlya-vidpracyuvannya-praktichnix-navikiv/>).
- Інтеграція досвіду у освітні програми та кваліфікаційні курси.
- Планується створення Ресурсного центру реабілітації.

Практичні кроки реалізації програм передбачають наступні ключові моменти:

Аналіз потреб

Проведено дослідження потреб цільових груп через опитування, інтерв'ю, фокус-групи. Визначено ключові запити на:

- фізичну реабілітацію;
- психологічну допомогу;
- соціальну адаптацію.

Модульна програма

Розроблено освітні модулі:

- фізична терапія, ерготерапія;
- арт-терапія та тілесно-орієнтовані практики;
- телереабілітація;
- спортивно-оздоровчі програми.

Інфраструктура

- Оснащено науково-практичну лабораторію для відпрацювання практичних навиків роботи з ветеранами.
- Планується створення онлайн-платформи для дистанційного консультування.
- Завершується розробка відеотеки (цифрові ресурси) для самостійного навчання та відпрацювання практичних навичок.

Партнерство

- Планується співпраця з держустановами (Мінветеранів, МОЗ), ГО, медичними центрами.
- Планується участь у грантових програмах.
- Планується залучення міжнародних експертів та обмін досвідом.

Моніторинг ефективності

- Впроваджено систему збору даних щодо ефективності реабілітації.
- Проведено адаптацію змісту курсів на основі зворотного зв'язку.
- Здійснено оцінювання результатів пілотного запуску програм.

В рамках роботи кафедри передбачена підготовка фахівців:

Цільова компетентність

Фахівці мають володіти:

- техніками фізичної реабілітації;
- знанням роботи з ПТСР;
- навичками дистанційної підтримки;
- емоційною та етичною чутливістю.

Структура навчання

- Теорія: фізіологія, анатомія, психологія, правові основи.
- Професійна підготовка: реабілітація бойових травм, біосенсорні технології, телереабілітація.
- Практика: стажування, кейсові дослідження, менторство.
- Професійний розвиток викладачів: тренінги, семінари, розробка матеріалів, міжнародні обміни.

Результати та перспективи

- Понад 30 студентів успішно пройшли оновлені програми підготовки.
- Планується розширити партнерську мережу та клінічні бази: 20+ організацій.
- Оновлюється база знань, методичних посібників і онлайн-курсів.
- Розробляється стратегічний план розвитку кафедри до 2027 року з орієнтацією

на:

- постконфліктне відновлення;
- цифровізацію реабілітації;
- інтеграцію до європейського освітнього простору.

Звіт щодо виконання стратегічних завдань у межах реалізації загальної Стратегії розвитку Університету

У межах реалізації Стратегії розвитку Університету, зокрема Стратегічної мети, визначеної для Навчально-наукового гуманітарного інституту (ННГІ), здійснено ініціативу щодо формування стійкого суспільного бачення процесу мирної реінтеграції тимчасово окупованої території АР Крим.

За участі фахівців кафедри, науковців, студентів та в партнерстві з Центром реінтеграції і розвитку Криму започатковано та проведено постійно діючий Форум «**Український Крим майбутнього**». Форум слугує платформою для міждисциплінарного діалогу, де обговорюються гуманітарні, реабілітаційні, освітні та інформаційно-психологічні аспекти реінтеграційної політики.

Кафедра бере участь у створенні моделі системи впливу на позитивне сприйняття політики реінтеграції серед мешканців Кримського півострова через:

- науково-дослідні розвідки;
- аналітичні доповіді;
- публічні дискусії за участі експертів, ветеранів, переселенців, молоді та представників влади;
- підготовку студентів до комунікативного супроводу реінтеграційних процесів.

Розробка навчально-методичних рекомендацій з фізкультурно-спортивної реабілітації

Кафедра медичної реабілітації, валеології та оздоровчих технологій у спорті у 2024–2026 н.р. працює над формуванням навчально-методичних рекомендацій щодо організації та змісту фізкультурно-спортивно-рекреаційної реабілітації для наступних категорій:

- ветерани та інваліди війни;
- учасники бойових дій;
- члени родин військовослужбовців;
- інші особи, що зазнали впливу війни.

Рекомендації міститимуть розгорнуті розділи щодо цілей, принципів, технологій, психофізіологічних аспектів реабілітаційної роботи, адаптовані до українських умов.

Підготовлені матеріали будуть апробовані на базі тренінгових сесій, а також в межах освітнього процесу та курсів підвищення кваліфікації для студентів університету та фізичних терапевтів України.

Інтеграція досвіду у зміст освітніх програм

У процесі реалізації поставлених завдань, кафедрою:

- проведено аналіз та систематизацію вітчизняного і зарубіжного досвіду реабілітації ветеранів та учасників бойових дій;
- здійснюються консультації з провідними фахівцями, організаціями

- ветеранів, центрами соціальної підтримки та спортивної медицини;
- оновлено освітньо-професійні програми підготовки бакалаврів і магістрів з фізичної терапії, ерготерапії та суміжних спеціальностей;
- адаптовано програми підвищення кваліфікації для фахівців з фізичної культури та реабілітації.

Таким чином, досвід фізкультурно-спортивної реабілітації не тільки вивчено, а й впроваджено у навчальний процес, що дає змогу готувати фахівців, здатних до роботи в умовах посттравматичних розладів, стресових станів та потреб комплексного підходу до відновлення.

Програми підготовки до роботи з особами, які постраждали внаслідок війни

Кафедрою створено та впроваджено комплексні програми підготовки студентів і фахівців до ефективної роботи в умовах реалізації заходів фізичної реабілітації осіб, постраждалих внаслідок війни та бойових дій.

Програми включають:

- теоретичну базу щодо прикладної міології, біомеханіки, нейрофізіології, психотравм;
- практичні модулі з мануальних технік, кінезіотерапії, тейпінгу, стретчингу, дихальної та тілесно-орієнтованої терапії;
- алгоритми поведінки при роботі з учасниками бойових дій;
- методики безпечної комунікації з уразливими групами;
- інтердисциплінарну взаємодію з лікарями, психологами, соціальними працівниками.

Програми апробовані на клінічних базах, у партнерстві з центрами ветеранів та шпиталями.

Публікаційна діяльність: курси, підручники, посібники

Викладачами ННГІ за звітний період підготовлено:

5 курсів лекцій у форматі друкованих і електронних ресурсів для освітніх платформ;

В роботі 3 навчальні посібники, які плануються до використання в освітньому процесі;

2 монографії з комплексної медичної реабілітації

1 підручник, що знаходиться на завершальній стадії редакційної підготовки, охоплює розділи з реабілітації при бойових травмах, телереабілітації, роботи з ПТСР;

Оновлено тести, методичні кейси, чек-листи та інструктивні матеріали для клінічної практики.

Уся навчальна продукція узгоджена з чинними галузевими стандартами та адаптована під виклики воєнного і післявоєнного часу.

Створення Ресурсного центру реабілітації

На базі кафедри планується створити “Ресурсний центр фізкультурно-спортивної реабілітації”, який виконуватиме функції:

- навчально-тренінгової платформи для студентів і викладачів;
- методичного центру для розробки, збереження й поширення знань у сфері реабілітації;

- локації для майстер-класів, воркшопів і симуляційних тренінгів з міждисциплінарною командною участю;
- інкубатора освітніх та соціальних проектів, спрямованих на підтримку ветеранів, переселенців, осіб з інвалідністю.

Центр може функціонувати в офлайн- і онлайн-форматах, з використанням сучасного обладнання, цифрових технологій та партнерських ресурсів.

Чудновець Іван Сергійович

аспірант кафедри публічного управління, туризму та готельно-ресторанної справи, Навчально-наукового інституту управління, економіки та природокористування Таврійського національного університету ім. В. І. Вернадського

КАДРОВА ПОЛІТИКА ЯК ОБ'ЄКТ ПУБЛІЧНОГО УПРАВЛІННЯ ТА АДМІНІСТРУВАННЯ

У період становлення незалежної України державна служба набула особливого значення як невід'ємна складова процесу державотворення. Професійна, компетентна та відповідальна діяльність осіб, які обіймають посади в органах державної влади, установах і організаціях, виступає ключовим чинником забезпечення ефективного функціонування публічного управління. Сучасні трансформаційні процеси, що відбуваються в українському суспільстві, зумовлюють необхідність подальшого реформування й модернізації системи державного управління, що, своєю чергою, висуває підвищені вимоги до якості управлінських кадрів.

Формування високопрофесійного, стабільного та патріотично орієнтованого кадрового потенціалу є одним із пріоритетних напрямів державної кадрової політики. Цей напрям має стратегічне значення для створення ефективного, орієнтованого на результат інституту державної служби, спроможного діяти відповідно до принципів ринкової економіки, правової демократичної держави та розвиненого громадянського суспільства.

Як наголошує О. В. Батанов, кадрова політика являє собою систему визначених принципів, пріоритетів, норм і правил, які регулюють управління кадрами. Ці положення є обов'язковими для всіх учасників процесу управління персоналом і спрямовані на досягнення цілей та стратегічних завдань організації. Вони також враховують постійні зміни в умовах внутрішньої організації та вимогах зовнішнього середовища [1, с. 333-334]. Д. О. Безzubов, у свою чергу, зазначає, що кадрова політика складається з набору прийомів,

навичок, методів, форм і способів роботи з кадрами, які розробляються та застосовуються в діяльності державних органів і організацій [6, с. 125].

На думку Я. Жовнірчика, кадрова політика становить собою загальний напрям кадрової діяльності організації, який охоплює сукупність принципів, методів, форм та організаційних механізмів, спрямованих на визначення цілей і завдань у сфері формування, збереження та розвитку кадрового потенціалу. Автор підкреслює, що ефективна кадрова політика не лише забезпечує належне функціонування персоналу, а й виступає важливим інструментом реалізації стратегічних орієнтирів організації в умовах сучасних соціально-економічних трансформацій. Крім того, вчений акцентує увагу на тому, що кадрова політика передбачає наявність ціннісних орієнтирів, формалізованих процедур і методів оцінки персоналу, які слугують засобами досягнення довгострокових цілей організації та забезпечення її місії в умовах динамічного розвитку економіки [3, с. 105-106].

Узагальнюючи наведені положення, можна констатувати, що спільна мета кадрової політики полягає у досягненні балансу між економічною та соціальною ефективністю використання людських ресурсів. Це передбачає своєчасне й адекватне забезпечення органів державної влади та місцевого самоврядування кваліфікованими кадрами, створення умов для ефективного функціонування, професійного розвитку персоналу, а також врахування соціально-економічних очікувань і потреб суспільства.

Відповідно до чинних нормативно-правових актів, державна кадрова політика має комплексний характер і спрямована на створення організаційно-правових, управлінських, соціально-психологічних, матеріально-технічних, фінансових та економічних умов, необхідних для формування професійного корпусу висококваліфікованих державних службовців.

У сучасних умовах ефективність кадрової політики держави повинна оцінюватися з урахуванням актуальної суспільно-політичної та соціально-економічної ситуації в країні. Наявна кадрова ситуація в публічному управлінні не відповідає реальним потребам держави та суспільства, що вимагає принципово нового підходу до кадрового забезпечення [4]. Слід підкреслити, що формування якісного кадрового потенціалу є неможливим без створення належних умов для професіоналізації державної служби.

Кадрове забезпечення діяльності органів державної влади, як складова загальної кадрової політики у сфері державної служби, має здійснюватися за кількома взаємопов'язаними напрямками. Зокрема, йдеться про: забезпечення органів державної влади та місцевого самоврядування висококваліфікованими й компетентними фахівцями, здатними до самостійного ухвалення управлінських рішень; зниження рівня політичного впливу на діяльність державних службовців; розбудову дієвого механізму формування нової генерації публічних службовців, спроможних працювати в умовах постійного зовнішнього й внутрішнього тиску, адаптуючись до викликів і загроз сучасності [5].

Формування правової, демократичної, соціально орієнтованої держави визначається як стратегічний пріоритет державної політики. У цьому процесі

важлива роль належить державній службі та службі в органах місцевого самоврядування, які забезпечують інституційну сталість державності, виконання соціальних функцій та реалізацію конституційних прав і свобод громадян. Професіоналізм і компетентність кадрів розглядаються як вирішальні чинники забезпечення ефективної державної політики.

Одним із головних завдань публічної влади є підготовка та розвиток висококваліфікованих кадрів, спроможних забезпечити сталий розвиток держави. У цьому контексті кадрова політика виступає не лише механізмом кадрового управління, але й потужним інструментом реформування системи державного управління та місцевого самоврядування. Відповідно, кадрове забезпечення розглядається як фундамент ефективної роботи органів публічної влади.

Узагальнюючи викладене, «кадрову політику» доцільно визначити як стратегічно орієнтований напрям кадрової діяльності, що включає систему принципів, методів, форм та організаційних механізмів, спрямованих на формування, збереження та розвиток кадрового потенціалу держави. Кадрова політика охоплює також ціннісні орієнтири, процедури та методи оцінювання персоналу, що є необхідними для досягнення довгострокових цілей розвитку державної служби та ефективної реалізації місії органів публічної влади в умовах сучасних реформ.

Список використаних джерел

1. Батанов О. В. Муніципальна влада в Україні: проблеми теорії та практики : монографія. Київ : Юрид. думка, 2010. 656 с.
2. Беззубов Д. О. Кадрова політика як об'єкт науково-правових досліджень. *Вісник Донецького юридичного інституту МВС України*. 2019. № 2. С. 121–126.
3. Жовнірчик Я. Ф. Сучасна кадрова політика в органах державної влади та органах місцевого самоврядування. *Інвестиції: практика та досвід*. 2017. № 12. С. 102–107.
4. Лимар Т. А., Завада О. Г. Правові засади кадрової політики в державній службі. *Інвестиції: практика та досвід*. 2021. № 19. С. 141–148.
5. Салькова Т. В. Удосконалення механізмів державного управління кадровою політикою. *Публічне адміністрування*. 2016. № 1. С. 53–58.

3. ТЕХНОЛОГІЇ ТА ІННОВАЦІЇ

Бахмутов К.А.

магістр, аспірант кафедри фізіології та анатомії Київського національного університету імені Тараса Шевченка

Горбунов Олег Анатолійович

кандидат медичних наук,

Голуб Валентин Петрович

кандидат педагогічних наук, доцент, доцент кафедри фізичного виховання, спорту і здоров'я людини Таврійського національного університету імені В. І. Вернадського м. Київ, Україна

ПЕРСПЕКТИВИ ВИКОРИСТАННЯ КОМП'ЮТЕРНОГО ВІДЕОАНАЛІЗУ ДЛЯ ПІДТРИМКИ ТА РОЗВИТКУ КОГНІТИВНИХ ЗДІБНОСТЕЙ У ДІТЕЙ В УМОВАХ СТРЕСУ

Війна в Україні різко збільшила кількість психосоціальних стрес-факторів у житті дітей. Бойові дії, постійна загроза життю, втрата близьких і вимушене переселення створюють хронічне відчуття небезпеки та тривоги. Дитинство, проведене в умовах страху і нестабільності, негативно впливає на розвиток мозку і когнітивних здібностей, зокрема пам'ять, увагу та здатність до навчання. Наслідком є криза психічного здоров'я та навчання: за оцінками, ~1,5 мільйона українських дітей перебувають під ризиком депресії, тривожних розладів чи ПТСР [14], а рівень академічних знань 15-річних учнів після року війни еквівалентний втраті близько двох років навчання [10]. Таким чином, проблема впливу стресу викликаного війною на когнітивний розвиток дітей є надзвичайно актуальною та потребує наукової уваги.

В умовах війни на дітей одночасно діє кілька потужних джерел стресу. По-перше, це травматичні події, пов'язані з військовими діями, такі як: обстріли, перебування в укриттях, руйнування будинку, поранення або загибель членів родини. По-друге, втрата дому і близьких: багато сімей змушені покидати рідні місця, діти переживають розлуку з батьками через евакуацію або службу батька-військового, що позбавляє їх почуття безпеки [3].

Хронічний стрес негативно впливає на гіпокамп – ділянку мозку, що відповідає за пам'ять. Під дією тривалого надлишку кортизолу в гіпокампі пошкоджуються нейронні зв'язки та гальмується нейрогенез, що погіршує здатність запам'ятовувати нову інформацію. Дослідження показують стійке зменшення об'єму гіпокампа у дітей, які пережили серйозні травматичні події, та відповідне зниження пам'яті [4]. Префронтальні відділи лобних часток мозку забезпечують самоконтроль, концентрацію уваги і планування. Стресові гормони при тривалому впливі порушують роботу префронтальної кори,

послаблюючи виконавчі функції [1]. У дітей в стані хронічного стресу спостерігається імпульсивність, труднощі з концентрацією та регуляцією емоцій, що пов'язано з функціональним пригніченням префронтальних нейронних мереж. Амігдала відіграє ключову роль у формуванні відчуття страху та тривоги. Під впливом стресу активність мигдалини надмірно зростає, що призводить до постійного відчуття тривоги і гіперчутливості до потенційних загроз [12]. Хронічно травмовані діти часто демонструють підвищену схильність до страхових реакцій та тривожних розладів через гіперактивність мигдалеподібних структур.

Хронічний стрес у дитячому віці суттєво підриває вищі психічні функції. Насамперед страждає увага: травмованим дітям важче сконцентруватися, можливі симптоми гіперактивності та імпульсивності; зокрема, серед підлітків-переселенців зафіксовано зростання поширеності симптомів синдрому дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) після пережитого стресу [13].

Академічна успішність зазвичай знижується: хронічно травмовані діти мають гірші оцінки, вищі ризики не засвоїти шкільну програму або навіть залишити навчання [15]. Відставання у навчанні та труднощі в спілкуванні з однолітками можуть призвести до соціальної ізоляції: дитина починає уникати контактів і відчужується від колективу. Найбільш серйозним наслідком є розвиток психічних розладів. Діти, які пройшли через бойові дії, мають значно вищий ризик посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії та хронічних тривожних розладів у підлітковому і дорослому віці. За даними мета-аналізів, близько 20–30% дітей, які пережили воєнні дії, надалі страждають на психічні розлади, спричинені травмою [2].

Вчасне виявлення стресових розладів у дітей є важливою складовою допомоги. Психологи застосовують психометричні опитувальники – стандартизовані анкети, що дозволяють оцінити рівень тривожності, депресивності, посттравматичних симптомів. Прикладом є опитувальник CRIES-13 (Children's Impact of Event Scale) для скринінгу ПТСР у дітей або шкали оцінки емоційних і поведінкових проблем (наприклад, SDQ – опитувальник сильних сторін і труднощів). Для детальнішої оцінки когнітивних наслідків проводяться нейропсихологічні тести: перевірка пам'яті, уваги, мовлення, виконавчих функцій за допомогою відповідних методик. Також може бути корисним використання тестів для оцінки швидкості реакції. Відомо, що хронічний стрес негативно впливає на швидкість реакції та точність відповідей, що може бути викликано виснаженням ресурсів уваги та погіршенням функції префронтальних мереж [9]. Окрім формального тестування, важливим є постійне спостереження за емоційним станом дитини в динаміці – як батьками та вчителями, так і шкільними психологами. Регулярний моніторинг поведінки, настрою, сну та успішності дозволяє своєчасно помітити ознаки стресу і надати необхідну підтримку.

Незважаючи на тяжкі наслідки стресу, своєчасна психосоціальна допомога здатна суттєво покращити стан дитини. Ефективними є програми психологічної підтримки і терапії, зокрема когнітивно-поведінкова терапія, ігрова терапія, арт-терапія та інші методи, спрямовані на пропрацювання

травматичного досвіду. Важливо працювати не лише з дитиною, але й з її оточенням: проводиться консультативна робота з батьками, навчання їх навичкам підтримки і спілкування з травмованою дитиною, відновлення відчуття безпеки в сім'ї. Залучення матерів до терапевтичного процесу підвищує ефективність: наприклад, у спеціальних таборах психологічного відновлення для українських дітей за участі матерів позитивні зміни відзначено у ~75% дітей [11]. Вчителі та шкільні колективи також відіграють роль у реабілітації – підтримка вчителів, створення атмосфери прийняття у класі, гнучкий підхід до навчальних вимог (зважаючи на можливі труднощі з увагою чи пам'яттю) допомагають дитині поступово повернутися до нормального навчання. Комплексна міждисциплінарна підтримка – психологи, батьки, педагоги – є найефективнішою стратегією для подолання наслідків дитячого стресу.

Різні форми фізичної активності сприяють відновленню мозку після стресу завдяки підвищенню нейропластичності. Регулярні аеробні вправи (біг, рухливі ігри) стимулюють вивільнення нейротрофічних факторів (наприклад, BDNF), що покращує ріст нейронних зв'язків, пам'ять та настрої дитини [6]. Крім того, фізична активність знижує рівень кортизолу і зменшує симптоми тривожності [5]. Практики йоги та дихальних вправ показали ефективність у регуляції стресу: діти, які займалися йога-терапією в школі, демонстрували зниження рівня гормонів стресу і покращення концентрації [7].

Реабілітація повинна враховувати індивідуальні особливості кожної дитини. На основі результатів обстеження складаються індивідуальні програми розвитку, що беруть до уваги когнітивний профіль – які функції найбільше постраждали, а які збережені. Приміром, якщо у дитини виражені проблеми з пам'яттю, план корекції включатиме вправи на тренування пам'яті та мнемотехніки; якщо переважають труднощі з увагою – використовуються часті зміни діяльності, техніки підтримки концентрації тощо. Сучасні технологічні засоби можуть стати частиною такої програми: спеціальні освітні гаджети та комп'ютерні ігри для когнітивного тренінгу, використання відеоаналізу поведінки для відстеження прогресу, додатки для моніторингу настрою – все це допомагає зробити втручання більш цікавим та адаптивним для дитини.

Комп'ютерний відеоаналіз дає змогу безперервно й об'єктивно відстежувати міміку, позу та рухи дітей, автоматично фіксуючи ознаки стресу і зміну моторики. У реабілітації вже використовують камери й скелетний трекінг: система формує цифрову модель тіла, оцінює точність виконання вправ і одразу подає дані фахівцю [16, с. 14]. Поєднання такого моніторингу з корекційно-розвивальними іграми підсилює ефект: інтерактивні завдання на увагу, пам'ять, дихання та розпізнавання емоцій знижують тривожність і підвищують самоконтроль, а сенсори фіксують прогрес. У 12-тижневому дослідженні [8] з дітьми, що мають СДУГ, «розумний» відеомоніторинг забезпечив стабільне виконання програми й підвищення робочої пам'яті на 15 %. Таким чином, інтеграція автоматизованого відеоспостереження з інтерактивними тренувальними платформами дозволяє своєчасно виявляти негативні зміни, коригувати втручання та індивідуалізувати підтримку,

зміцнюючи когнітивний резерв дитини у стресових умовах.

Список використаних джерел

1. Arnsten A.F. Stress signalling pathways that impair prefrontal cortex structure and function. *Nature Reviews Neuroscience*. 2009. Vol. 10, No. 6. P. 410–422.
2. Charlson F., van Ommeren M., Flaxman A., Cornett J., Whiteford H., Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019. Vol. 394, No. 10194. P. 240–248.
3. Erlewein K., Gossmann E., Fegert J.M. Parental conscription and cumulative adverse experiences in war-affected children and adolescents and their impact on mental health. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. 2024. Vol. 18, No. 1. Art. 42.
4. Hanson J.L., Nacewicz B.M., Sutterer M.J. et al. Behavioral problems after early life stress: contributions of the hippocampus and amygdala. *Biological Psychiatry*. 2015. Vol. 77, No. 4. P. 314–323.
5. Heidarianpour A., Shokri E., Sadeghian E., Cheraghi F., Razavi Z. Combined training in addition to cortisol reduction can improve the mental health of girls with precocious puberty and obesity. *Frontiers in Pediatrics*. 2023. Vol. 11. Art. 1241744.
6. Jeon Y.K., Ha C.H. The effect of exercise intensity on brain derived neurotrophic factor and memory in adolescents. *Environmental Health and Preventive Medicine*. 2017. Vol. 22, No. 1. Art. 27.
7. Khalsa S.B., Butzer B. Yoga in school settings: a research review. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2016. Vol. 1373, No. 1. P. 45–55.
8. Lin L., Li N., Zhao S. The effect of intelligent monitoring of physical exercise on executive function in children with ADHD. Preprint. 2025. URL: <https://www.researchgate.net/publication/389786321>
9. Liu Q., Liu Y., Leng X., Han J., Xia F., Chen H. Impact of Chronic Stress on Attention Control: Evidence from Behavioral and Event-Related Potential Analyses. *Neuroscience Bulletin*. 2020. Vol. 36, No. 11. P. 1395–1410.
10. OECD. Recovering lost learning opportunities in Ukraine: Key education policy strategies. OECD Publishing. 2023. URL: https://www.oecd.org/en/publications/recovering-lost-learning-opportunities-in-ukraine-key-education-policy-strategies_c10085eb-en.html
11. Redlener I., Dudashvili K., Viontsek O., Grant R., Roca E. Intervention for Psychological Trauma in Children Impacted by War in Ukraine. *JAMA Network Open*. 2025. Vol. 8, No. 3. Art. e253057.
12. Shackman A.J., Fox A.S. Contributions of the Central Extended Amygdala to Fear and Anxiety. *Journal of Neuroscience*. 2016. Vol. 36, No. 31. P. 8050–8063.
13. Skrypnyk T., Martsenkovsky I., Martsenkovska I. A longitudinal study of child and adolescent psychopathology in conditions of the war in Ukraine. *European Psychiatry*. 2024. Vol. 67, Suppl. 1. P. S74–S75.

14. Unicef. War in Ukraine pushes generation of children to the brink, warns UNICEF. 2023. URL: <https://www.unicef.org/press-releases/war-ukraine-pushes-generation-children-brink-warns-unicef>

15. Vilaplana-Pérez A., Sidorchuk A., Pérez-Vigil A. et al. Assessment of Posttraumatic Stress Disorder and Educational Achievement in Sweden. JAMA Network Open. 2020. Vol. 3, No. 12. Art. e2028477.

16. Терещенко В.М., Заславський В.А., Осадчий Є.О., Горбунов О.А. Питання побудови індивідуального реабілітаційного плану для військовослужбовців за вимогами МКФ на основі використання систем візуалізації та комп'ютерного моделювання. Електронне видання. Київ, 2024. 44 с.

Голуб Валентин Петрович кандидат педагогічних наук,

Лущик Уляна Богданівна доктор медичних наук,

Ікаєв Андрій Русланович

кандидат юридичних наук, кафедри медичної реабілітації, валеології та оздоровчих технологій в спорті Навчально-наукового гуманітарного інституту Таврійського національного університету ім. В. І. Вернадського

ОЗДОРОВЧІ ТЕХНОЛОГІЇ В СПОРТІ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ

У статті висвітлено сучасні оздоровчі технології, що застосовуються в спорті для підтримки та відновлення функціонального стану спортсменів. Обґрунтовано значення інтеграції фізіотерапевтичних, психофізіологічних, біомеханічних та валеологічних підходів у побудові ефективних програм реабілітації. Окреслено основні напрями й критерії вибору технологій залежно від типу навантажень, функціонального стану та фази тренувального чи змагального циклу.

Ключові слова: оздоровчі технології, спорт, реабілітація, спортсмен, відновлення, фізіотерапія, кінезіотерапія, функціональний стан.

Професійний і аматорський спорт супроводжуються високими фізичними навантаженнями, що нерідко призводять до перевантаження систем організму, функціональних розладів, травм та перетренованості. Відновлення спортсменів і профілактика порушень здоров'я вимагають застосування спеціальних оздоровчих технологій, які базуються на принципах фізичної терапії, спортивної медицини та валеології.

Оздоровчі технології в спорті не обмежуються лише фізичним відновленням, вони спрямовані на гармонізацію психофізіологічного стану,

відновлення адаптаційних резервів і досягнення оптимального функціонального стану для подальших тренувань або участі у змаганнях. Такі технології стають складовою частиною комплексної програми реабілітації, що реалізується фахівцями міждисциплінарної команди: фізичними терапевтами, лікарями спортивної медицини, масажистами, психологами.

Оздоровчі технології – це система організаційно-методичних, фізичних, природних та психофізіологічних заходів, спрямованих на відновлення, підтримку та покращення функціонального стану організму спортсмена.

За механізмом дії оздоровчі технології в спорті поділяються на такі групи:

1. *Фізіотерапевтичні методи*: електротерапія, ультразвук, магнітотерапія, лазеротерапія, кріотерапія.
2. *Кінезіотерапевтичні методи*: лікувальна фізична культура, методи постізометричної релаксації, міофасціальний реліз, кінезіотейпування.
3. *Психофізіологічні методи*: аутогенне тренування, біологічний зворотний зв'язок (biofeedback), дихальні вправи, сенсорна стимуляція.
4. *Масаж і мануальні методи*: класичний, спортивний, сегментарний, точковий масаж, мобілізаційні техніки.
5. *Валеологічні та натуропатичні методи*: гідротерапія, ароматерапія, ландшафтотерапія, раціональне харчування, режим праці й відпочинку.

Застосування певної технології визначається типом спорту, характером навантаження, наявністю травми, фазою тренувального циклу та індивідуальними особливостями спортсмена.

Застосування оздоровчих технологій у тренувальному процесі.

Упродовж тренувального циклу оздоровчі технології виконують такі функції:

- *Підготовча фаза*: активація адаптаційних резервів, профілактика перевантажень (наприклад, динамічні вправи на гнучкість, легкий масаж, контрастні ванни).
- *Основна фаза*: збереження гомеостазу, підтримка працездатності, попередження мікротравм (використання кріотерапії після інтенсивних навантажень, компресійні втручання, біологічна регуляція).
- *Відновлювальна фаза*: регенерація м'язових тканин, усунення больового синдрому, стабілізація психоемоційного стану (міофасціальний реліз, електроміостимуляція, психотренінг).

Наприклад, у циклічних видах спорту (легка атлетика, плавання) рекомендовано системне застосування кріотерапії та відновлювального масажу. У спортивних іграх – психологічна релаксація, тренування дихання. У єдиноборствах – локальна електротерапія та кінезіотейпування травмованих зон.

Реабілітація спортсменів після травм та перевантажень. Реабілітація спортсмена – це комплексний процес відновлення функціонального стану після травм, операцій або станів перевтоми. Успішність цього процесу залежить від ранньої діагностики, персоніфікованого підходу та включення оздоровчих технологій.

Ключові етапи реабілітації:

- *Гострий період*: контроль болю, обмеження запалення, захист ушкодженої зони (кріотерапія, іммобілізація, електротерапія).
- *Підгострий період*: поступове включення рухів, стимуляція кровообігу, контроль набряку (підводна гімнастика, пасивні вправи, магнітотерапія).
- *Функціональний період*: відновлення сили, координації, гнучкості (кінезіотерапія, вправи з опором, біомеханічна корекція).
- *Фінальний етап*: повернення до тренувань, психологічна адаптація (спорт-симуляційні вправи, когнітивно-поведінкова терапія).

Особливу роль відіграє **кінезіотерапія**, яка дозволяє поступово активувати ушкоджені структури, знижуючи ризик повторного ушкодження. **Психофізіологічне відновлення** є незамінним при станах перетренованості або тривожних розладах після серйозних травм.

Роль фізичного терапевта в реалізації оздоровчих технологій

Фізичний терапевт є ключовою фігурою у виборі та впровадженні оздоровчих технологій. Його завдання:

- Проведення функціонального оцінювання спортсмена.
- Побудова індивідуального оздоровчого плану.
- Моніторинг ефективності технологій.
- Комунікація з тренером, лікарем, психологом.
- Профілактика повторних травм.

Компетентний терапевт повинен володіти техніками м'язового тестування, основами спортивної біомеханіки, принципами адаптаційної фізичної активності. Важливо також дотримуватись етичних норм, враховувати спортивні цілі пацієнта, дотримуватись принципу "не зашкодь" і забезпечити повернення до активного життя без ризику.

Оздоровчі технології в спорті – це потужний інструмент збереження здоров'я, профілактики перевантажень та ефективного відновлення спортсменів. Їх застосування має бути науково обґрунтованим, індивідуалізованим і комплексним. Успішна реалізація таких технологій можлива лише за умови високої кваліфікації фізичного терапевта, наявності міждисциплінарної взаємодії та чіткого розуміння специфіки кожного виду спорту. Саме такі умови забезпечують довготривале функціонування спортсмена, високі результати та збереження здоров'я упродовж усього спортивного життя.

Список використаних джерел

1. Дикий П. В. Методи об'єктивної оцінки ефективності реабілітаційних заходів при проведенні ЛФК Методичні рекомендації / П. В. Дикий, П. П. Добра. – Ужгород, 2016.
2. Палічук Ю.І., Гусак В.В. Дослідження впливу медико-біологічних засобів відновлення на організм легкоатлетів. Молодий вчений: [науковий журнал]. 2017. № 3.1. (43.1). С. 112–1153.

3. Ячнюк Ю.Б., Мосейчук Ю.Ю. та ін. Відновлювальні засоби у фізичній культурі і спорті: Навч. посібник для студентів ВНЗ III-IV рівнів акредитації.-Чернівці:ЧНУ, 2011.- 387с.

4. Богдановська Н. В. Фізична реабілітація засобами фізіотерапії: підруч. для здобувачів ступеня вищ. освіти магістра спец. "Фізична терапія, ерготерапія" / Н. В. Богдановська, І. В. Кальонова. - Суми : Унів. кн., 2020. - 328 с.

5. World Confederation for Physical Therapy. Position Statement: Physical therapy in sports and exercise. – 2022.

6. Михалюк Є. Л. Передпатологічні стани, захворювання та ушкодження, які виникають при нераціональних заняттях фізичною культурою та спортом: навч. посіб. для студентів IV курсів мед. ф-тів спец. 7.12010001 "Лікувальна справа", 7.12010002 "Педіатрія", 7.12010005 "Стоматологія" / Є. Л. Михалюк, В. В. Сиволап. - Запоріжжя : ЗДМУ, 2019. - 108 с.

Горбунов Олег Анатолійович

кандидат медичних наук,

Лущик Уляна Богданівна доктор медичних наук,

Голуб Валентин Петрович кандидат педагогічних наук,

Коваленко Вікторія Володимирівна

кандидат біологічних наук кафедри медичної реабілітації, валеології та оздоровчих технологій в спорті

Навчально-наукового гуманітарного інституту Таврійського національного університету ім. В. І. Вернадського

БІОМЕХАНІКА НЕЙРОМІОТОМУ В РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ РУХОВИХ РОЗЛАДІВ

У статті розглянуто значення нейроміотомної організації рухових одиниць в біомеханіці опорно-рухового апарату, а також застосування цих знань у реабілітації хворих з руховими порушеннями. Проаналізовано структуру нейроміотому, взаємозв'язок між іннерваційними сегментами та м'язово-суглобовою функцією. Запропоновано підходи до відновлення рухової активності на основі біомеханічної моделі, що враховує рівень ураження та специфіку нейрофункціональної адаптації.

Ключові слова: *нейроміотом, біомеханіка, реабілітація, рухові розлади, нейрорухова одиниця, іннервація, м'язова функція, кінезіотерапія.*

Вступ. Рухові розлади є поширеним наслідком нейрологічних, травматичних, дегенеративних та ортопедичних захворювань. Для ефективної реабілітації таких хворих необхідне глибоке розуміння нейрофізіологічних

основ руху, зокрема *організації нейроміотомів* — ділянок м'язової іннервації, які відповідають за сегментну координацію рухів.

Нейроміотом — це сукупність м'язових волокон, які іннервуються певним спинномозковим сегментом. Саме ця структура визначає просторово-функціональну активність м'язів і використовується в діагностиці, прогнозуванні та реабілітаційному втручанні при порушеннях руху.

Структурно-функціональні особливості нейроміотомів.

Нейроміотом — це функціональна одиниця, що об'єднує м'язи, іннервовані гілками одного спинномозкового сегмента через його передні (рухові) корінці.

Основні характеристики нейроміотомів:

- Кожен сегмент іннервує частину кількох м'язів;
- Один м'яз може бути частиною кількох нейроміотомів (полісегментарна іннервація);
- Сегменти розташовуються за схемою: C1–C8 (шийний), Th1–Th12 (грудний), L1–L5 (поперековий), S1–S5 (крижовий);
- Сегмент визначає специфіку м'язового скорочення та координованість руху.

Клінічне значення. Знання про іннерваційні сегменти м'язів дозволяє локалізувати рівень ураження (наприклад, ураження C5 — слабкість в *m. deltoideus* і порушення згинання у плечі).

Біомеханіка нейроміотомів: основи кінематичного аналізу

Рух у суглобі забезпечується узгодженою дією кількох м'язів, які входять до різних нейроміотомів. Це створює динамічну систему, що:

- Забезпечує *стабілізацію* (антигравітаційна функція);
- Реалізує *рух у просторі* (динаміка);
- Компенсує дисфункцію (в разі ураження одного сегмента інші беруть на себе навантаження).

У реабілітації важливо враховувати *механічні ланцюги* між м'язами одного або кількох нейроміотомів. Наприклад:

- При ураженні L4-L5 змінюється біомеханіка колінного суглоба через зниження тону *m. quadriceps femoris*;
- Порушення S1 знижує контроль над *m. triceps surae* — формуються зміни у фазі відштовхування під час ходьби.

Рухові стереотипи будуються на основі *нейром'язової координації*, яка обумовлена станом сегментарної іннервації.

Нейроміотомна оцінка в клінічній реабілітаційній практиці

Для аналізу порушень і побудови програми реабілітації доцільно використовувати *нейроміотомне тестування*, яке включає:

- *Манульне м'язове тестування (ММТ)* — визначення сили м'язів за сегментами;
- *УЗД м'язової системи* - визначення УЗД-структури м'язевих волокон та рівня перфузії в них;
- *Електроміографія (ЕМГ)* — оцінка активності м'язових одиниць;

- *Функціональна стабілометрія* — виявлення порушень в міжсегментарній стабілізації;
- *Аналіз ходи* — реєстрація змін у русі, пов'язаних із сегментною слабкістю.

В результаті формується *сегментарно-структурний профіль рухових порушень*, який дає змогу:

- Визначити уражений рівень;
- Побудувати реабілітаційну програму з фокусом на відповідні м'язові групи;
- Обґрунтувати застосування нейрофізіологічних методів (PNF, Бобат, КАБАТ тощо).

Реабілітаційні стратегії на основі нейроміотомної організації

Програма реабілітації має базуватись на принципі *фасилітації слабких сегментів та нормалізації рухових стереотипів*.

Основні підходи:

1. Сегментарна активізація:

- Цілеспрямовані вправи для активного включення м'язів ураженого сегмента;
- Стимуляція через сенсорне навантаження (тактильне, вібраційне);
- Ізометричні вправи з опором.

2. Пропріоцептивне тренування:

- Вплив на аферентні входи з метою покращення контролю;
- Вправи на баланс, нестабільні платформи;
- Робота з дзеркальним відображенням (візуальна фасилітація).

3. Нейром'язова електростимуляція (НМЕС):

- Використовується при вираженій гіпотонії або парезі;
- Моделює роботу сегментарних м'язів відповідно до їх іннервації.

4. Функціональна інтеграція:

- Перехід від ізольованої активності до комплексних рухів;
- Тренування ходи, самообслуговування, маніпулятивних дій;
- Координація між сегментами (наприклад, зв'язок плеча й тазу).

Детально розглянуто та проаналізовано наступні клінічні випадки:

Випадок 1. Постінсультна геміплегія (ліва сторона)

Пацієнт має виражене зниження сили в м'язах C7-C8, Th1. Реабілітаційна програма включала електростимуляцію m. triceps brachii, вправи з еспандером для активізації хвата, сегментарну мобілізацію плечового поясу.

Випадок 2. Післяопераційний парез нижньої кінцівки (поперековий рівень)

При ураженні L4-L5 виявлена слабкість квадрицепсу та нестабільність колінного суглоба. Застосовані вправи на біомеханічне тренування стояння, пропріоцептивна стимуляція через стабілоплатформу, електростимуляція m. vastus medialis.

Випадок 3. ДЦП, спастичний тетрапарез

Порушення міжсегментарної координації, домінування патологічних синергій. Реабілітаційна тактика — зниження спастичності S1-S2, тренування селективних рухів верхніх сегментів, фасилітація через сенсорні канали.

Висновки. Біомеханіка нейроміотомів є ключовою основою для розуміння патології руху і побудови ефективної реабілітаційної тактики. Сегментарний підхід дозволяє:

- Ідентифікувати рівень ураження;
- Створити обґрунтовану програму вправ;
- Використовувати нейрофізіологічні методики відповідно до функціонального стану;
- Системно оцінювати динаміку відновлення.

Таким чином, поєднання знань анатомії, біомеханіки та нейрофункціональної організації руху забезпечує *високоточну та результативну реабілітацію при рухових розладах різного генезу.*

Список використаних джерел

1. Клапчук В.В. Функціональна діагностика при фізичній реабілітації та оцінці її ефективності - Запоріжжя, 2022, НУ «Запорізька політехніка».
2. Kendall F.P. Muscles: Testing and Function with Posture and Pain. – Lippincott Williams & Wilkins, 2018.
3. Norkin C.C., Levangie P.K. Joint Structure and Function: A Comprehensive Analysis. – F.A. Davis Company, 2020.
4. М. Ю. Ячнюк. Біомеханіка рухових дій — навчально-методичний посібник, Чернівецький національний університет, 2023.
5. Guide to Physical Therapist Practice, Practice Patterns. Neuromuscular Rehabilitation Guidelines. - American Physical Therapy Association APTA, 2021: 23. [guide-practice-pattern-neuromuscular.pdf](https://www.apta.org/-/media/Files/Practice-Patterns/guide-practice-pattern-neuromuscular.pdf)

Коваленко Вікторія Володимирівна

кандидат біологічних наук,

Лущик Уляна Богданівна

доктор медичних наук, кафедри медичної реабілітації, валеології та оздоровчих технологій в спорті Навчально-наукового гуманітарного інституту Таврійського національного університету ім. В. І. Вернадського

ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ ВІДНОВЛЕННЯ ПРИ НЕСПЕЦИФІЧНИХ ХВОРОБАХ СУЧАСНОСТІ

У статті розглянуто сучасні підходи до впровадження здоров'язбережувальних технологій у процес відновлення осіб, які страждають на неспецифічні хвороби, характерні для ХХІ століття. Акцентовано роль мультифакторного підходу, що включає фізичну активність, психоемоційну стабілізацію, нутріціологічне забезпечення, ергономіку середовища та методи

профілактичної терапії. Обґрунтовано доцільність впровадження фізичної терапії як центрального елементу системи збереження здоров'я при метаболічному синдромі, функціональних розладах, хронічному стресі, астенії, синдромі хронічної втоми та інших функціональних захворюваннях без органічного субстрату.

Ключові слова: здоров'язбереження, неспецифічні хвороби, відновлення, фізична терапія, синдром хронічної втоми, стрес, мультидисциплінарний підхід.

Сучасна цивілізація створила для людини умови, які одночасно є і досягненням, і джерелом ризику для здоров'я. Поряд із зменшенням інфекційної смертності, зниженням травматизму та покращенням доступу до медичних послуг, у XXI столітті на перше місце вийшли **неспецифічні захворювання**, пов'язані зі способом життя, соціальним навантаженням, хронічним стресом, гіподинамією, емоційним вигоранням, метаболічними розладами. Ці стани не мають чіткої морфологічної основи, часто не підтверджуються лабораторно, але істотно впливають на якість життя, працездатність та соціальну активність.

Традиційна медична модель, орієнтована на ліквідацію патологічного агента, є недостатньою у роботі з такими пацієнтами. Потрібне впровадження **здоров'язберезувальних технологій**, які діють профілактично, відновлювально, адаптивно та комплексно, що відповідає підходу біопсихосоціальної моделі.

Неспецифічні хвороби сучасності об'єднують групу захворювань, які мають певні характеристики та особливості:

До неспецифічних хвороб належать стани, які:

- не мають чітко визначеного збудника чи анатомічного дефекту;
- мають багатофакторну етіологію;
- проявляються через системну дисфункцію;
- виникають на фоні стресу, перевтоми, гіподинамії, незбалансованого харчування;

• не завжди супроводжуються змінами в об'єктивних клінічних даних.

До неспецифічних хвороб належать стани за нозологією:

- Синдром хронічної втоми;
- Психоемоційне вигорання;
- Метаболічний синдром;
- Функціональні гастроінтестинальні розлади;
- Соматоформні вегетативні дисфункції;
- Хронічна астенія;
- Постковідний синдром.

Характерною ознакою таких станів є *відсутність ураження одного органу чи системи*, але наявність *вираженого зниження загального функціонального ресурсу організму*.

Здоров'язберезувальні технології: концепція та компоненти. Здоров'язбереження — це система дій, спрямованих на підтримку, відновлення

та розвиток потенціалу здоров'я людини, з урахуванням її індивідуальних, соціальних, психофізіологічних і екологічних особливостей.

Основні компоненти здоров'язбережувальних технологій:

1. Фізична активність і терапевтичні вправи
2. Психоемоційна регуляція (релаксація, медитація, арт-терапія)
3. Раціональне харчування (нутриціологічна підтримка)
4. Оптимізація сну та біоритмів
5. Екологізація середовища (освітлення, повітря, зниження шуму)
6. Поведінкові інтервенції (тайм-менеджмент, цифровий детокс)
7. Фізіотерапія, водні процедури, масаж

Ключовим принципом є *системність і регулярність*, а також *індивідуалізація* на основі об'єктивної оцінки функціонального стану.

Фізична терапія як основа здоров'язбережувального відновлення.

Фізична терапія виступає як провідний інструмент у роботі з неспецифічними захворюваннями, адже:

- активує кардіореспіраторну систему;
- стабілізує вегетативний баланс;
- стимулює обмін речовин і гормональну регуляцію;
- підвищує толерантність до навантаження;
- нормалізує м'язовий тонус і поставу;
- діє антистресово через вивільнення ендорфінів.

Форми фізичної терапії:

- Дозовані аеробні навантаження (ходьба, велотренажер, плавання);
- Цільові комплекси ЛФК для стабілізації хребта;
- Дихальні вправи (за Бутейком, Стрельніковою);
- Техніки розтягування та міофасціального релізу;
- Вправи на баланс і координацію;
- Практики тілесної усвідомленості (йога, тайцзіцюань).

Фізичний терапевт не лише виконує процедури, а й виступає *провідником мотивації до здорового способу життя*, навчає пацієнтів самостійно підтримувати стан рівноваги.

Мультидисциплінарний підхід до профілактики неспецифічних розладів. Успішне впровадження здоров'язбереження неможливе без участі мультидисциплінарної команди і включає роботу наступних фахівців:

- **Фізичний терапевт:** відновлює функціональний потенціал через рух;
- **Ерготерапевт:** допомагає адаптувати середовище до потреб пацієнта;
- **Психолог:** стабілізує емоційний стан, працює з поведінковими шаблонами;
- **Дієтолог:** нормалізує нутриціологічний статус;
- **Сімейний лікар:** координує медичний супровід;
- **Логопед, арт-терапевт, спеціалісти з медитації** — у разі необхідності.

Такий підхід дозволяє врахувати всі компоненти біопсихосоціального статусу, сприяє *тривалому збереженню досягнутого результату*, профілактиці рецидивів.

Приклади практичного впровадження фізичної терапії та комплексного медикаментозного впливу для отримання прогнозованого саногенного результату:

Кейс 1: Синдром хронічної втоми

Після 6-тижневої програми, що включала легкі аеробні навантаження, дихальні вправи, сеанси масажу та психологічні консультації, пацієнтка повідомила про зменшення відчуття втоми на 60%, покращення сну та відновлення працездатності.

Кейс 2: Післястресова астенія у вчителя

Програма щоденних вправ на розтягування, ергономіка робочого місця, антистресові техніки дозволили знизити частоту скарг на серцебиття, головний біль та тривожність, підвищився рівень енергії та впевненості.

Кейс 3: Метаболічний синдром

Комплексна програма, що включала вправи, харчову підтримку, водні процедури та ведення щоденника самопочуття, сприяла зниженню ваги на 6 кг за 2 місяці, нормалізації АТ та рівня глюкози.

Здоров'язбережувальні технології — це відповідь на виклики неспецифічної хронічної патології сучасної людини. Їх впровадження дозволяє не лише відновити функціональну активність, але й сформувати новий рівень особистої відповідальності за здоров'я. У центрі цієї моделі стоїть фізична терапія — універсальний, доказовий, безпечний інструмент профілактики й відновлення. Формування мультидисциплінарного підходу, адаптація програм до індивідуальних особливостей і підтримка пацієнта в його середовищі — ключові умови ефективної практики.

Список використаних джерел

1. Білик Н.М., Павленко В.І. Основи здоров'язбереження: теорія і практика. — Київ: Центр учбової літератури, 2020.
2. World Health Organization. Self-care interventions for health. — Geneva: WHO, 2021.
3. Ткаченко О.П. Фізична терапія при функціональних розладах. — Харків: ХНМУ, 2022.
4. Rosenfeld RM, Grega ML, Karlsen MC, et al. Lifestyle Interventions for Treatment and Remission of Type 2 Diabetes and Prediabetes in Adults: A Clinical Practice Guideline From the American College of Lifestyle Medicine. *American Journal of Lifestyle Medicine*. 2025;19(2_suppl):10S-131S. doi:[10.1177/15598276251325488](https://doi.org/10.1177/15598276251325488)
5. Olson K, Zimka O, Stein E. The Nature of Fatigue in Chronic Fatigue Syndrome. *Qualitative Health Research*. 2015;25(10):1410-1422. doi:[10.1177/1049732315573954](https://doi.org/10.1177/1049732315573954)

6. Shehata M, Thurston E. Lifestyle medicine: A pragmatic approach to chronic disease management. *InnovAiT*. 2020;13(11):642-649. doi:[10.1177/1755738020950009](https://doi.org/10.1177/1755738020950009)

7. Латенко, С. Синдром хронічної втоми, діагностичні критерії та напрями профілактики / Світлана Латенко, Аліна Літвінчук // Матеріали Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції «Тенденції та перспективи розвитку науки і освіти в умовах глобалізації»: збірник наукових праць. - Переяслав, 2023. - Вип. 90. - С. 208-212.

Лущик Уляна Богданівна

доктор медичних наук, кафедри медичної реабілітації, валеології та оздоровчих технологій в спорті Навчально-наукового гуманітарного інституту Таврійського національного університету ім. В. І. Вернадського

ЗНАЧЕННЯ ДІАГНОСТИЧНИХ ТЕХНОЛОГІЙ ДОКАЗОВОЇ МЕДИЦИНИ В МЕДИЧНОМУ СУПРОВІДІ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ПРОЦЕСУ

У статті висвітлено роль діагностичних технологій, що базуються на принципах доказової медицини, у структурі комплексного медичного супроводу реабілітаційного процесу. Розглянуто підходи до верифікації функціонального стану пацієнта, вибору обґрунтованих втручань та моніторингу ефективності. Особливу увагу приділено інструментальним, лабораторним, функціональним і опитувальним методам, які дозволяють побудувати цілісну стратегію індивідуалізованого реабілітаційного менеджменту.

Ключові слова: *доказова медицина, діагностика, реабілітація, функціональний стан, медичний супровід, моніторинг ефективності, клінічні протоколи.*

Ефективний реабілітаційний процес неможливий без чіткого обґрунтування діагнозу, оцінки функціонального дефіциту та регулярного контролю за динамікою стану пацієнта. У цьому контексті саме **доказова медицина** виступає методологічним фундаментом для прийняття клінічних рішень, спрямованих на досягнення реабілітаційних цілей.

Діагностичні технології, що відповідають принципам доказовості, дозволяють оптимізувати втручання, уникати надмірної чи недостатньої терапії, враховувати індивідуальні особливості пацієнта та підтримувати професійну відповідальність фахівців за результати лікування.

Доказова медицина у відновній медицині: діагностика як основа прийняття рішень. *Доказова медицина (Evidence-Based Medicine, EBM)* — це система клінічного мислення, яка поєднує найкращі наукові докази з клінічним досвідом фахівця та цінностями пацієнта. У діагностичному аспекті EBM передбачає:

- Використання валідованих діагностичних методик;
- Вибір методів із високою чутливістю та специфічністю;
- Співвіднесення результатів із клінічним контекстом;
- Розрахунок прогностичної значущості результату;
- Застосування стандартів, рекомендованих клінічними настановами.

Наприклад, для оцінки балансу пацієнта після інсульту доречно застосовувати *Berg Balance Scale*, яка має високий рівень доказовості, ніж суб'єктивна оцінка терапевта.

Інструментальні методи широко застосовуються сьогодні в реабілітаційній діагностиці та дозволяють верифікувати анатоμο-фізіологічні зміни та служать основою для об'єктивного планування відновлення. Серед найбільш поширених:

- *MPT, KT головного мозку, опорно-рухового апарату*— для встановлення локалізації ураження (ЦНС, опорно-руховий апарат);
- *УЗД опорно-рухового апарату* — неінвазивна оцінка структурної цілісності тканин, УЗД-структури кісток, суглобів та м'язів, стану їх кровопостачання;
- *Електроміографія (ЕМГ)* — для аналізу м'язового тону, функції периферичних нервів;
- *Функціональна біомеханічна діагностика (стабілографія, плантографія)* — визначення симетрії навантаження, відхилень у поставі;
- *Кардіо- та пульсометрія* — у випадках кардіореабілітації;
- *Моніторинг насичення киснем (SpO_2), частоти дихання* — при дихальній недостатності.
- *Судинний скринінг* - для оцінки стану перфузії тканин та пов'язаних з цим патофізіологічних феноменів.

Ці методи дозволяють не лише підтвердити клінічний стан, а й **кількісно оцінити прогрес у реабілітації**, що є ключовим критерієм ефективності.

Лабораторна підтримка реабілітаційного процесу. Лабораторна діагностика є невід'ємною частиною оцінки загального стану пацієнта, його здатності до навантаження, ефективності відновлення. Зокрема:

- *Загальний аналіз крові та біохімія* — оцінка запалення, білково-енергетичного обміну, функції печінки та нирок;
- *Глюкоза, HbA1c* — контроль при цукровому діабеті;
- *C-реактивний білок, феритин* — маркери запального процесу;
- *Коагулограма* — особливо важливо після травм, інсультів, операцій;
- *Маркер втоми — лактат* — при інтенсивних фізичних навантаженнях.

Врахування лабораторних даних дозволяє **індивідуалізувати дозування навантаження, коригувати харчування та медикаментозну підтримку**, прогнозувати ускладнення.

Функціональні опитувальники та шкали. Однією з основних вимог доказової реабілітації є застосування *стандартизованих шкал оцінки функціонального стану*. Вони забезпечують валідне та надійне вимірювання змін у динаміці. Наприклад:

- Barthel Index, FIM (Functional Independence Measure) — рівень самостійності;

- Borg Scale — рівень суб'єктивної втоми;
- VAS (Visual Analogue Scale) — оцінка болю;
- MoCA, MMSE — когнітивний статус;
- SF-36 — загальна якість життя.

Регулярне заповнення опитувальників до, під час і після курсу реабілітації дає змогу обґрунтувати зміну тактики, скоригувати план втручань та задокументувати результати для пацієнта, лікаря та страхової системи.

Моніторинг ефективності та безпеки реабілітації. Оцінка ефективності втручань є однією з центральних цілей доказового підходу. Це забезпечується через:

- Порівняння початкових і кінцевих значень функціональних шкал;
- Клінічне спостереження за динамікою симптомів;
- Періодичні контрольні вимірювання інструментальними методами;
- Документовану фіксацію небажаних реакцій або регресу.

Слід наголосити, що формування програми реабілітації та зміни в програмі реабілітації повинні ґрунтуватися на **об'єктивних показниках**, а не лише на відчуттях пацієнта чи припущеннях фахівця. Це убезпечує медичний персонал від медичних та юридичних ризиків та підвищує довіру пацієнта.

Клінічні настанови та алгоритми в основі діагностичного процесу. У медичному супроводі реабілітації важливо керуватися затвердженими національними або міжнародними *клінічними протоколами та настановами*. Зокрема:

- Протоколи МОЗ України (наприклад, щодо інсульту, цукрового діабету, остеоартриту);
- Настанови Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо реабілітації після травм;
- Рекомендації Американської асоціації фізичної терапії (APTA), Європейського товариства реабілітаційної медицини.

Дотримання стандартів клінічного обґрунтування забезпечує прозорість і прогнозованість процесу, дозволяє проводити міждисциплінарну комунікацію, оцінювати ефективність за уніфікованими критеріями.

Діагностичні технології, засновані на принципах доказової медицини, є основою ефективного медичного супроводу реабілітації. Вони дозволяють точно і своєчасно ідентифікувати функціональний дефіцит, планувати втручання, контролювати їх динаміку і обґрунтовано змінювати тактику. Застосування інструментальних, лабораторних, опитувальних та функціональних методів у поєднанні з клінічним досвідом створює умови для **персоналізованої, безпечної, прогнозованої та результативної реабілітаційної практики**, що відповідає сучасним вимогам світової медичної спільноти.

Список використаних джерел

1. Sackett D.L. Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM. – Churchill Livingstone, 2014.
2. Всесвітня організація охорони здоров'я. Rehabilitation in Health Systems. WHO, 2017: ISBN 978-92-4-154997-4
3. Наказ МОЗ України від 12.11.2024 № 1894 "Про затвердження суттєвих поправок до протоколів клінічних випробувань". <https://moz.gov.ua/uk/decrees/nakaz-moz-ukrayini-vid-12-11-2024-1894-pro-zatverdzhennya-suttyevih-popravok-do-protokoliv-klinichnih-viprobuvan>
4. American Physical Therapy Association. Clinical Practice Guidelines. АРТА, 2022
<https://www.apta.org/patient-care/evidence-based-practice-resources/cpgs>.
5. Плахотнік О.В., Гриб В.І. Доказова медицина у фізичній терапії. — Київ: Медицина, 2020.

4. СОЦІАЛЬНА ПОЛІТИКА ТА ПРАВО

Ікаєв Андрій Русланович кандидат юридичних наук,

Лущик Уляна Богданівна доктор медичних наук, кафедри медичної реабілітації, валеології та оздоровчих технологій в спорті Навчально-наукового гуманітарного інституту Таврійського національного університету ім. В. І. Вернадського

МЕДИКО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОДІЇ ХВОРОГО ТА ЙОГО РОДИЧІВ В УМОВАХ МЕДИКО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЗАКЛАДУ

У статті досліджуються ключові медико-правові засади взаємодії пацієнта та його родичів у системі медичної та реабілітаційної допомоги. Розкрито питання інформованої згоди, делегування прав, представництва інтересів недієздатних осіб, конфіденційності та етичних меж втручання родичів у лікувальний процес. Наведено нормативно-правові джерела, які регламентують права та обов'язки сторін, а також окреслено проблемні зони й рекомендації щодо підвищення правової грамотності персоналу медико-реабілітаційних установ.

Ключові слова: *правовий статус пацієнта, інформована згода, делегування прав, права родичів, реабілітаційний процес, етика взаємодії, правовий супровід.*

Сучасна система медичної допомоги, зокрема реабілітаційна, передбачає активну участь не лише самого пацієнта, а й членів його родини. У контексті довготривалого лікування, порушень рухової, когнітивної чи психоемоційної функції, взаємодія між персоналом, хворим та його родичами стає тристоронньою моделлю з особливою юридичною структурою.

Водночас розподіл повноважень, права на доступ до інформації, межі прийняття рішень, відповідальність за реабілітаційний процес вимагають чіткого правового регулювання. Відсутність правової обізнаності може призвести до конфліктів, порушення прав пацієнта, маніпуляцій з боку родичів або недотримання медичних протоколів.

Правовий статус пацієнта в медико-реабілітаційному закладі. Правовий статус пацієнта визначається низкою нормативно-правових актів України, зокрема:

- Конституцією України (ст. 3, 49);
- Законом України "Основи законодавства України про охорону здоров'я";
- Цивільним кодексом України;

- Законом "Про захист персональних даних";
- Статутом медичного закладу.

Пацієнт має право:

- на інформовану згоду чи відмову від втручання;
- на доступ до медичної інформації;
- на вибір лікувального закладу;
- на повагу до гідності та конфіденційності;
- на представництво своїх інтересів (особливо при недієздатності).

Особливої актуальності набуває питання прав пацієнтів, які *тимчасово або постійно втратили дієздатність*, що часто спостерігається у реабілітаційній практиці (інсульт, черепно-мозкові травми, психічні розлади, коматозні стани).

Інформована згода та її правова природа. *Інформована згода* — це документоване волевиявлення пацієнта або його законного представника на виконання діагностичних, лікувальних чи реабілітаційних процедур після надання повної інформації щодо їх суті, ризиків, альтернатив.

Компоненти інформованої згоди:

- Факт інформування про процедуру;
- Роз'яснення можливих ускладнень;
- Підпис пацієнта або представника;
- Дата та прізвище лікаря.

Право на інформовану згоду реалізується:

Самостійно — у разі повної дієздатності;

Через представника — при недієздатності (опікун, законний представник, нотаріально уповноважена особа).

Відсутність підписаної інформованої згоди розцінюється як порушення права пацієнта і може мати юридичні наслідки для медичного персоналу.

Родичі пацієнта: між правом, обов'язком та втручанням. Члени сім'ї пацієнта відіграють важливу роль у відновному процесі — від психологічної підтримки до прийняття рішень щодо лікування. Проте їхня участь має правові межі.

Родичі мають право:

- на отримання інформації за згодою пацієнта;
- бути присутніми під час консультацій (якщо пацієнт дозволив);
- надання догляду за пацієнтом;
- виступати уповноваженими представниками (за умови документального оформлення).

Обмеження:

Родич не має права змінювати схему лікування без згоди пацієнта та лікаря;

Втручання в медичні призначення без юридичного статусу — неприпустиме;

Поширення медичної інформації родичам без згоди пацієнта — заборонене законом.

Конфліктні ситуації: правовий супровід і вирішення. У медико-реабілітаційних установах часто виникають ситуації, коли родичі не погоджуються з тактикою лікування, вимагають альтернатив, зміни персоналу або нав'язують власне бачення втручань.

Основні джерела конфліктів:

- Брак комунікації;
- Відсутність зрозумілих правових меж;
- Недостатня поінформованість;
- Психоемоційна нестабільність родичів;
- Наявність декількох родичів із різними позиціями.

Механізми вирішення:

- Залучення юридичного консультанта закладу;
- Ведення документації з фіксацією позицій сторін;
- Проведення родинної конференції з медичним колективом;
- Письмове роз'яснення ризиків і наслідків альтернативної тактики;
- Надання можливості офіційного звернення до етичного комітету установи.

Окрім правових норм, взаємодія в реабілітаційній медицині повинна відповідати етичним засадам:

Автономія пацієнта — його рішення є пріоритетним;

Благодійність — фахівці діють в інтересах хворого;

Нон-малефіценція — не зашкодити через тиск родини;

Справедливість — рівний доступ до інформації й процедур.

Надмірне втручання родичів у терапевтичний процес може порушити принцип автономії. Водночас ігнорування родинного контексту веде до соціальної ізоляції пацієнта. Саме тому потрібен *етично виважений підхід*, який поєднує правову чіткість із людською чутливістю.

Правове врегулювання взаємодії пацієнта, родичів та медичних працівників у реабілітаційних умовах є необхідною умовою успішного лікувального процесу. Чітке визначення меж повноважень, обов'язкове документування згоди, дотримання конфіденційності та розумна участь родичів — це не лише юридична вимога, а й прояв поваги до особистості пацієнта. Навчання медичного персоналу правовим аспектам і комунікаційним навичкам є інструментом профілактики конфліктів і гарантією якості надання допомоги.

Список використаних джерел

1. Конституція України. [Конституція України | від 28.06.1996 № 254к/96-ВР](#)
2. Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" від 19.11.1992 № 2801-ХІІ.
3. Цивільний кодекс України (розділ III, ст. 285–296).

4. Закон України "Про захист персональних даних" від 01.06.2010 № 2297-VI.
5. Кодекс етики для медичних працівників. Затверджено МОЗ України, 2012.
6. Грін О.О. Медичне право в питаннях і відповідях. Загальна частина. Книга 1//Навчальний посібник, - Видавництво «ФОП Сабов А.М.», 2023, - 408с.
7. Beauchamp T., Childress J. Principles of Biomedical Ethics. – Oxford University Press, 2019.

Горелкіна Кіра Георгіївна

кандидат юридичних наук, доцент,
доцент кафедри державно-правових і
гуманітарних наук Таврійського
національного університету імені В.І.
Вернадського, Україна

**ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ
ПОТРЕБАМИ, ЗОКРЕМА З АУТИЗМОМ, В УМОВАХ
НАДЗВИЧАЙНОГО СТАНУ ТА ВОЄННИХ ДІЙ: АНАЛІЗ ТА
ПЕРСПЕКТИВИ АДАПТАЦІЇ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ**

В умовах збройної агресії та запровадження надзвичайного стану питання захисту прав найбільш вразливих категорій дітей набуває особливої гостроти. До таких категорій належать діти з особливими освітніми потребами (ООП), серед яких особливу увагу привертають діти з розладами аутистичного спектру. Їхні специфічні потреби та підвищена вразливість вимагають ретельного аналізу чинного законодавства та визначення шляхів його адаптації до умов воєнного часу. Метою даної роботи є виявлення прогалин у правовому забезпеченні дітей з ООП, зокрема з аутизмом, в умовах надзвичайного стану та воєнних дій, а також обґрунтування необхідності та напрямів удосконалення відповідного законодавства.

Чинна нормативно-правова база України у сфері освіти та соціального захисту осіб з інвалідністю, представлена Конституцією України, профільними законами та підзаконними актами, загалом визначає засади забезпечення прав дітей з ООП, включаючи право на інклюзивну освіту, психолого-педагогічну підтримку та соціальні послуги. Однак, екстраординарні обставини воєнних дій виявили низку суттєвих недоліків та прогалин у правовому регулюванні.

Перш за все, відсутні спеціальні норми, які б комплексно регулювали питання забезпечення прав дітей з ООП в умовах евакуації, переміщення, перебування у зонах бойових дій та в укриттях. Це створює правову невизначеність та ускладнює надання їм необхідної допомоги та підтримки.

Проблема доступу до освіти є однією з ключових. Перехід на дистанційне навчання не враховує специфічних потреб дітей з аутизмом, які потребують

структурованого середовища, візуальної підтримки та індивідуалізованих підходів. Технічні обмеження, такі як відсутність стабільного інтернет-зв'язку та необхідного обладнання, особливо для внутрішньо переміщених осіб, стають серйозною перешкодою для здобуття якісної освіти. Крім того, психоемоційний стан дітей, зумовлений воєнними діями, потребує спеціалізованої психологічної підтримки, доступ до якої обмежений. Відсутні також чіткі настанови щодо організації освітнього процесу в укриттях з урахуванням потреб дітей з ООП.

Ускладнюється доступ до спеціалізованої допомоги, зокрема до послуг інклюзивно-ресурсних центрів (ІРЦ) та кваліфікованих фахівців (психологів, логопедів, дефектологів), значна частина яких була змушена переміститися або припинила свою діяльність. Задоволення специфічних медичних потреб дітей з аутизмом в умовах воєнної медичної системи також є складним завданням.

Потребує посилення система соціального захисту та підтримки сімей, які виховують дітей з ООП. Втрата роботи та доходів батьками, необхідність їхньої власної психологічної підтримки, а також забезпечення належних умов при евакуації та розміщенні дітей з особливими потребами потребують чіткого правового врегулювання.

Існує підвищений ризик насильства та експлуатації щодо дітей з аутизмом в умовах соціальної нестабільності, спричиненої війною. Необхідні спеціальні правові механізми для їхнього виявлення та захисту. Крім того, недостатня міжвідомча координація між органами освіти, соціального захисту, охорони здоров'я та іншими службами ускладнює комплексне забезпечення прав даної категорії дітей.

Проведений аналіз чинного законодавства України свідчить про нагальну потребу в його адаптації до умов надзвичайного стану та воєнних дій для забезпечення належного правового захисту дітей з особливими освітніми потребами, зокрема з аутизмом. Першочерговими напрямками адаптації мають стати:

- розробка та впровадження спеціальних нормативно-правових актів або внесення змін до існуючих, що регулюють питання забезпечення прав дітей з ООП в умовах кризових ситуацій;
- удосконалення механізмів дистанційного навчання з урахуванням специфічних потреб дітей з аутизмом;
- забезпечення доступності психологічної та педагогічної підтримки;
- оптимізація роботи ІРЦ та залучення додаткових фахівців;
- посилення соціального захисту сімей, які виховують дітей з ООП;
- створення ефективних механізмів міжвідомчої координації;
- врахування міжнародних стандартів та досвіду у сфері захисту прав дітей з інвалідністю в умовах збройних конфліктів.

Адаптація законодавства є критично важливим кроком для забезпечення гідного та безпечного майбутнього для дітей з особливими освітніми потребами в Україні, які є одними з найбільш вразливих жертв воєнної агресії.

Список використаних джерел

1. Конституція України : Закон України від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80#Text> (дата звернення: 13.05.2025).
2. Про освіту : Закон України від 05.09.2017 № 2145-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19#Text> (дата звернення: 13.05.2025).
3. Про дошкільну освіту : Закон України від 06.06.2024 № 3788-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3788-20#n714> (дата звернення: 13.05.2025).
4. Про повну загальну середню освіту : Закон України від 16.01.2020 № 463-IX. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/463-20#Text> (дата звернення: 13.05.2025).
5. Про соціальні послуги : Закон України від 17.01.2019 № 2671-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19#Text> (дата звернення: 13.05.2025).
6. Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні : Закон України від 21.03.1991 № 875-XII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12#Text> (дата звернення: 13.05.2025).
7. Про затвердження Порядку організації інклюзивного навчання у закладах загальної середньої освіти : Постанова Кабінету Міністрів України від 21.07.2021 № 769. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/957-2021-%D0%BF#Text> (дата звернення: 13.05.2025).
8. Про затвердження Типового положення про інклюзивно-ресурсний центр : Наказ Міністерства освіти і науки України від 23.04.2018 № 414. — URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/545-2017-%D0%BF#Text> (дата звернення: 13.05.2025).

Губарєв Сергій Володимирович

кандидат юридичних наук, доцент,
доцент кафедри державно-правових і
гуманітарних наук,
Навчально-наукового гуманітарного
інституту Таврійського національного
університету ім. В. І. Вернадського

ПРАВО НА СУДОВИЙ ЗАХИСТ ЯК ІНСТРУМЕНТ БОРОТЬБИ З ПРАВОВИМИ БАР'ЄРАМИ ДЛЯ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ

***Ключові слова.** Судовий захист, діти з аутизмом, розлади аутистичного спектра (РАС), інклюзивне правосуддя, правові бар'єри, доступність судочинства.*

Дослідження правових бар'єрів для дітей з аутизмом набуває особливої актуальності в контексті розвитку інклюзивного суспільства та імплементації міжнародних стандартів захисту прав осіб з інвалідністю. За даними ВООЗ, близько 1% дітей у світі мають розлади аутистичного спектра [1], а питання доступу цієї вразливої категорії до правосуддя залишається недостатньо врегульованим. Відповідно до ст. 13 Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, держави-учасниці зобов'язані забезпечувати ефективний доступ до правосуддя для осіб з інвалідністю нарівні з іншими [2].

Правова система демократичної держави повинна гарантувати рівний доступ до правосуддя всім без винятку, зокрема і вразливим групам, до яких належать діти з розладами аутистичного спектра. Судовий захист виступає не лише механізмом захисту прав, але й важливим чинником подолання бар'єрів, які існують у правовому та соціальному середовищі.

1. Універсальність судового захисту і діти з аутизмом

Судова система має бути інклюзивною та відповідати принципам доступності. Для забезпечення ефективної участі дітей з РАС у судовому процесі необхідно:

Створення адаптованого середовища в судових установах. Відповідно до рішень Європейського суду з прав людини, особи з інвалідністю мають право на розумне пристосування в судовому процесі [3]. Для дітей з аутизмом це передбачає облаштування сенсорно безпечних зон очікування, відсутність яскравого освітлення та шумів, можливість використання заспокійливих сенсорних засобів.

Запровадження спеціальних процесуальних гарантій. Згідно з рекомендаціями Ради Європи щодо правосуддя, дружнього до дітей [4], судові процедури мають бути адаптовані з урахуванням темпу сприйняття інформації дітьми з РАС, з можливістю більш частих перерв та використання візуальних підказок для пояснення судових процедур.

Забезпечення професійного супроводу. Залучення спеціалізованих фахівців (поведінкових аналітиків, психологів, фасилітаторів комунікації) підвищує ефективність участі осіб з РАС у судовому процесі. В Україні такий

досвід поступово впроваджується через програми підтримки свідків та потерпілих у кримінальному процесі.

2. Компенсація витрат на правову допомогу — питання рівності доступу

Важливим аспектом забезпечення доступу до правосуддя є фінансова доступність правової допомоги. Постанова Верховного Суду у справі № 380/13261/23 від 19.02.2024 р. встановлює прецедент: витрати на правничу допомогу підлягають компенсації за наявності відповідних доказів [5]. Для сімей, які виховують дітей з аутизмом, це критично важливо, оскільки висока вартість адвокатських послуг може бути серйозною перешкодою на шляху до правосуддя.

В Україні розвиток системи безоплатної правової допомоги має враховувати особливі потреби осіб з РАС. Зокрема, потребують розробки:

1. *Спеціалізовані протоколи комунікації* для адвокатів системи безоплатної правової допомоги при роботі з клієнтами з РАС.

2. *Програми підвищення кваліфікації* для правників щодо особливостей представництва інтересів осіб з РАС. За дослідженнями правозахисних організацій, лише незначна частина українських адвокатів мають спеціалізовані знання з питань захисту прав осіб з інвалідністю.

3. *Механізми компенсації додаткових витрат*, пов'язаних із забезпеченням доступу до правосуддя (транспорт, супровід спеціалістів, підготовка адаптованих матеріалів).

3. Використання цифрових технологій у правосудді для подолання бар'єрів

Стратегія розвитку системи правосуддя передбачає широке впровадження цифрових технологій у судовий процес [6]. Це створює нові можливості для подолання бар'єрів доступу до правосуддя для дітей з РАС:

Дистанційна участь у судових засіданнях. Досвід використання відеоконференцій під час пандемії COVID-19 продемонстрував ефективність цього інструменту для осіб з РАС, які відчують дискомфорт у нових соціальних ситуаціях. Рівень стресу у осіб з РАС під час онлайн-слухань значно нижчий порівняно з фізичною присутністю в залі суду.

Електронні форми документів та візуалізація процесів. Розробка спеціальних адаптованих версій процесуальних документів з використанням піктограм, візуальних схем та спрощеної мови відповідає концепції універсального дизайну в правосудді.

Використання асистивних технологій для комунікації в судовому процесі. Додатки альтернативної комунікації (ААС) дозволяють невербальним особам з РАС ефективно брати участь у судовому процесі.

4. Розвиток спеціалізованого судочинства у справах, що стосуються дітей з аутизмом

Важливим напрямком удосконалення системи судового захисту прав дітей з РАС є розвиток спеціалізованого судочинства. В Україні в рамках імплементації Національної стратегії створення безбар'єрного простору [7] доцільно запровадити:

1. *Спеціалізацію суддів з питань захисту прав дітей з особливими потребами, включаючи дітей з РАС.*

2. *Розробку методичних рекомендацій для судів щодо розгляду справ за участю осіб з РАС, що відповідає міжнародним стандартам інклюзивного правосуддя.*

3. *Моніторинг судової практики у справах, що стосуються захисту прав дітей з РАС, для виявлення системних проблем та вдосконалення нормативно-правової бази.*

Право на судовий захист для дітей з аутизмом не може обмежуватись лише деклараціями. Воно має бути реалізовано через комплекс практичних інструментів, що включають створення інклюзивного судового процесу, компенсацію витрат на правову допомогу та впровадження інноваційних цифрових рішень.

Подолання правових бар'єрів для дітей з РАС вимагає системного підходу, що поєднує вдосконалення законодавства, зміну судової практики та підвищення правової обізнаності суспільства. Результати проведеного дослідження свідчать, що ефективний судовий захист прав дітей з аутизмом є не лише правовим, але й соціальним питанням, вирішення якого сприятиме створенню по-справжньому інклюзивного суспільства, де кожна дитина, незалежно від особливостей розвитку, має рівні можливості для захисту своїх прав та інтересів.

Список використаних джерел

1. World Health Organization. Autism Spectrum Disorders. Fact Sheet. 2023. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders> (дата звернення: 05.05.2025).

2. Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю. Ратифікована Законом України № 1767-VI від 16.12.2009. URL: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/995_g71 (дата звернення: 05.05.2025).

3. European Court of Human Rights. Case of Guzemen v. France (Application no. 68959/18). Judgment of 15 March 2022.

4. Council of Europe. Guidelines of the Committee of Ministers of the Council of Europe on child-friendly justice. Adopted by the Committee of Ministers on 17 November 2010. URL: <https://rm.coe.int/16804b2cf3> (дата звернення: 05.05.2025).

5. Постанова Верховного Суду у складі колегії суддів Касаційного адміністративного суду у справі № 380/13261/23 від 19.02.2024 р. URL: <https://reyestr.court.gov.ua/> (дата звернення: 05.05.2025).

6. Указ Президента України "Про Стратегію розвитку системи правосуддя та конституційного судочинства на 2021-2023 роки" від 11.06.2021 № 231/2021. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/231/2021> (дата звернення: 05.05.2025).

7. Розпорядження Кабінету Міністрів України "Про схвалення Національної стратегії із створення безбар'єрного простору в Україні на період до 2030 року" від 14.04.2021 № 366-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/366-2021-p> (дата звернення: 05.05.2025).

Макалевич Аріна Сергіївна

здобувач вищої освіти 3 курсу спеціальності 081 Право, кафедри державно-правових і гуманітарних наук, Навчально-наукового гуманітарного інституту Таврійського національного університету ім. В. І. Вернадського

СІМЕЙНЕ ПРАВО ЯК ІНСТРУМЕНТ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРАВА ДИТИНИ З АУТИЗМОМ НА ТУРБОТУ ТА ЗАХИСТ У СІМЕЙНОМУ СЕРЕДОВИЩІ

***Ключові слова.** Розлад спектру аутизму, сімейне право, права дитини, сімейне середовище, соціальний захист, інклюзія, дитина з особливими потребами.*

Розлад спектру аутизму (РСА) – це комплексний нейророзвитковий стан, що характеризується стійкими порушеннями у сфері соціальної взаємодії, комунікації та наявністю обмежених, повторюваних зразків поведінки, інтересів та діяльності. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, приблизно 1 з 100 дітей у світі має аутизм, а в деяких країнах ця цифра сягає 1 з 44 [1]. В Україні офіційна статистика щодо поширеності РСА є недосконалою через недостатню діагностику, але фахівці відзначають постійне зростання кількості дітей з таким діагнозом.

Сімейне середовище відіграє ключову роль у розвитку та соціалізації дитини з аутизмом. Саме у колі родини формуються базові навички спілкування, самообслуговування та адаптації до соціуму. Водночас сім'ї, які виховують дітей з РСА, стикаються з низкою специфічних викликів, що потребують не лише психологічної та педагогічної підтримки, але й належного правового регулювання.

Сімейне право, як галузь приватного права, покликана регулювати особисті немайнові та майнові відносини між членами родини. У контексті забезпечення прав дітей з аутизмом, сімейне право має виступати ефективним інструментом для реалізації їхнього права на турботу та захист у сімейному середовищі. Проте, чинні норми сімейного законодавства не завжди враховують особливі потреби таких дітей та специфіку функціонування їхніх сімей.

Право дитини з аутизмом на турботу та захист у сімейному середовищі ґрунтується на низці міжнародних документів та національних нормативно-правових актів. Фундаментальними міжнародними документами у цій сфері є Конвенція ООН про права дитини та Конвенція ООН про права осіб

з інвалідністю, які встановлюють загальні принципи забезпечення прав дітей з інвалідністю, включаючи право на виховання в сімейному оточенні.

Особливо важливими в контексті нашого дослідження є положення статті 23 Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю, яка проголошує право осіб з інвалідністю на сімейне життя та зобов'язує держави надавати відповідну допомогу сім'ям, які виховують дітей з інвалідністю. Конвенція підкреслює, що "дитина не повинна розлучатися зі своїми батьками проти їхньої волі, за виключенням випадків, коли компетентні органи визначають, що таке розлучення необхідне в найкращих інтересах дитини" [2].

На національному рівні право дитини з аутизмом на турботу та захист у сімейному середовищі регулюється насамперед Конституцією України, Сімейним кодексом України, законами України "Про охорону дитинства", "Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні", "Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні" та іншими нормативно-правовими актами.

Сімейний кодекс України у статті 152 закріплює право дитини на належне батьківське виховання, а стаття 155 встановлює обов'язок батьків піклуватися про здоров'я дитини, її фізичний, духовний та моральний розвиток. Проте, ці загальні норми не враховують специфічних потреб дітей з РСА та додаткових викликів, з якими стикаються їхні батьки.

Незважаючи на наявність нормативно-правової бази, реалізація права дитини з аутизмом на турботу та захист у сімейному середовищі стикається з низкою проблем, які можна умовно поділити на кілька груп.

Чинний Сімейний кодекс України не містить спеціальних норм, які б враховували особливі потреби дітей з РСА та регулювали специфічні аспекти їхнього виховання у сім'ї. Зокрема, відсутні положення щодо додаткових гарантій для збереження сімейного середовища для таких дітей, особливостей визначення місця проживання дитини з аутизмом у разі розлучення батьків, специфіки реалізації права на спілкування з обома батьками та іншими родичами тощо [3].

Виховання дитини з РСА потребує значних фінансових, часових та емоційних ресурсів від батьків. Недостатня державна підтримка таких сімей (як матеріальна, так і у вигляді доступних якісних послуг) підвищує ризик інституціоналізації дітей з аутизмом, тобто їх влаштування до інтернатних закладів.

Ефективна підтримка дитини з РСА у сімейному середовищі потребує комплексного підходу, який включає медичні, психологічні, педагогічні та соціальні послуги. Проте, в Україні спостерігається фрагментація цих послуг, що покладає на батьків додатковий тягар координації різних фахівців та служб [4].

Також, це проблеми, пов'язані з недостатньою обізнаністю суддів, адвокатів та інших правників у питаннях аутизму. У разі виникнення сімейних спорів щодо дитини з РСА (наприклад, про визначення місця проживання, участь у вихованні, позбавлення батьківських прав тощо), недостатнє розуміння

особливостей аутизму може призвести до рішень, які не відповідають найкращим інтересам дитини.

Сімейне право має значний потенціал для вдосконалення механізмів реалізації права дитини з аутизмом на турботу та захист у сімейному середовищі. На основі аналізу міжнародного досвіду та вітчизняних реалій можна запропонувати кілька напрямків реформування.

Перший напрямок – це внесення змін до Сімейного кодексу України, які б враховували особливі потреби дітей з РСА. Зокрема, доцільно:

- Доповнити статтю 171 СК України положеннями щодо особливостей врахування думки дитини з РСА з урахуванням її комунікативних можливостей;
- Встановити додаткові критерії для визначення місця проживання дитини з аутизмом у разі розлучення батьків, зокрема, враховувати можливість забезпечення стабільності та передбачуваності середовища, доступу до необхідних послуг тощо;
- Передбачити спеціальні положення щодо участі обох батьків у вихованні дитини з РСА після розлучення, з урахуванням потреби дитини у стабільності та рутинах;
- Встановити додаткові гарантії для збереження сімейного середовища для дітей з аутизмом, зокрема, передбачити обов'язкову соціальну підтримку сім'ї перед розглядом питання про відібрання дитини [5].

Другий напрямок – це розробка та впровадження механізмів матеріальної та нематеріальної підтримки сімей, які виховують дітей з аутизмом. Це може включати:

- Запровадження додаткових соціальних виплат для таких сімей;
- Розвиток системи тимчасового догляду (respite care), який дозволяє батькам мати короткі перерви для відпочинку чи вирішення власних справ;
- Створення мережі сімейних консультаційних центрів, де батьки могли б отримати комплексну інформацію та підтримку з питань виховання дитини з РСА;
- Розвиток послуг раннього втручання, які доведено ефективні для дітей з аутизмом та істотно покращують їхні шанси на соціальну інтеграцію.

Третій напрямок – це вдосконалення процесуальних аспектів розгляду сімейних справ, що стосуються дітей з аутизмом. Зокрема:

- Запровадження спеціалізації суддів з питань сімейного права, включаючи навчання з питань особливих потреб дітей з РСА;
- Розробка методичних рекомендацій для суддів щодо особливостей розгляду сімейних справ, що стосуються дітей з аутизмом;
- Запровадження обов'язкового залучення фахівців з питань аутизму (психологів, дефектологів тощо) до розгляду таких справ;

Розвиток практики дружніх до дитини з РСА судових процедур [6].

Четвертий напрямок – це підвищення правової обізнаності батьків дітей з аутизмом щодо їхніх прав та механізмів їх захисту:

- Розробка та поширення інформаційних матеріалів для батьків дітей з РСА;

- Створення спеціалізованих юридичних клінік для надання безоплатної правової допомоги таким сім'ям;
- Проведення тренінгів та вебінарів для батьків з питань захисту прав їхніх дітей.

Сімейне право має виступати ефективним інструментом реалізації права дитини з аутизмом на турботу та захист у сімейному середовищі. Для досягнення цієї мети необхідно комплексне вдосконалення нормативно-правової бази, яке б враховувало особливі потреби дітей з РСА та їхніх сімей.

Ключовими напрямками реформування мають стати: внесення змін до Сімейного кодексу України, розробка та впровадження механізмів матеріальної та нематеріальної підтримки сімей, вдосконалення процесуальних аспектів розгляду сімейних справ, підвищення правової обізнаності батьків.

При розробці відповідних змін доцільно враховувати успішний міжнародний досвід, зокрема, практику США, Великої Британії та Швеції у сфері підтримки сімей, які виховують дітей з аутизмом.

Реалізація запропонованих змін сприятиме забезпеченню права дитини з аутизмом на турботу та захист у сімейному середовищі, запобіганню інституціоналізації таких дітей та створенню умов для їхньої успішної соціальної інтеграції.

Список використаних джерел

1. World Health Organization. Autism Spectrum Disorders. Fact Sheet. 2022. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders> (дата звернення: 10.05.2025).
2. Конвенція про права осіб з інвалідністю: Конвенція ООН від 13.12.2006 р. Офіційний вісник України. 2010. № 17. Ст. 799.
3. Красицька Л.В. Проблеми здійснення та захисту особистих та майнових прав батьків і дітей: монографія. Київ: Ліра-К, 2023. 498 с.
4. Вовк В.М. Права дітей з розладами аутистичного спектра в Україні: проблеми правового регулювання та реалізації. Право України. 2024. № 2. С. 85-94.
5. Мироненко В.П. Сімейне право України: підручник. Київ: Правова єдність, 2023. 477 с.
6. Левківський Б.К. Особливості судового розгляду справ щодо захисту прав дітей з інвалідністю. Часопис Київського університету права. 2024. № 1. С. 115-122.
7. Palmer M., Harley D. Models and measurement in disability: an international review. Health Policy and Planning. 2023. Vol. 27. P. 357-364.

Шабалін Андрій Валерійович

кандидат юридичних наук, ст.
дослідник, завідувач відділу питань
захисту прав інтелектуальної власності,
Науково-дослідного інституту
інтелектуальної власності,
Національної академії правових наук
України, доцент кафедри
державно-правових і гуманітарних наук
ТНУ імені В.І. Вернадського, адвокат

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІІІ В КИТАЇ

Сьогодні вже ні в кого не викликає сумнівів, що подальша траєкторія розвитку як глобального суспільства, так і світової економіки тісно пов'язана з інтенсивним упровадженням новітніх цифрових технологій. Однією з таких ключових технологій, що вже зараз має системний вплив на соціальне, економічне та правове середовище, є штучний інтелект (ІІІ).

Штучний інтелект поступово перетворюється на базовий інструмент у діяльності людини, виступаючи цифровим асистентом, аналітиком, модератором даних і генератором рішень. Водночас така трансформація породжує як значні переваги, так і низку нових ризиків — зокрема, етичних, правових і безпекових. Варто наголосити, що, незважаючи на свою автономність, штучний інтелект залишається продуктом людської творчості, що має відповідно врегульовуватись у правовому полі.

До ключових сфер застосування ІІІ сьогодні належать охорона здоров'я, реабілітація, освіта, публічне управління, оборона. Це обумовлює потребу у формуванні комплексної системи правового регулювання, яка б забезпечила баланс між інноваційністю і відповідальністю.

На глобальному рівні правова система, що регулює використання ІІІ, перебуває в стадії активного формування. Водночас ряд країн уже створили дієві правові моделі — серед них, безумовно, варто виокремити Китайську Народну Республіку. Китай має одну з найрозвиненіших систем регулювання штучного інтелекту, що охоплює питання захисту даних, алгоритмічного управління, етики та цифрової безпеки.

Китайська модель вирізняється багаторівневою структурою, в якій поєднуються загальнодержавні нормативно-правові акти з численними галузевими, регіональними та відомчими положеннями. У центрі правового поля перебувають два основоположні закони — Закон про захист персональної інформації та Закон про безпеку даних, обидва прийняті у 2021 році. Вони визначають механізми обробки персональної інформації, класифікацію даних за рівнями важливості, умови передачі й використання. У 2025 році набуде чинності ще один важливий акт — Положення про управління мережею та безпекою даних (NDSM), який деталізує вимоги щодо роботи з великими масивами даних, у тому числі у сфері ІІІ.

Суттєву увагу Китай приділяє етичному регулюванню. Закон про науково-технічний прогрес (редакція 2022 року) запровадив обов'язковий етичний моніторинг новітніх технологій. Крім того, у 2023 році було запущено пілотні етапи етичної експертизи інноваційних проєктів, зокрема пов'язаних із використанням ШІ. Це передбачає обов'язкову оцінку потенційних ризиків для суспільства перед комерційним застосуванням технологій.

Особливо розвинене регулювання у КНР сформовано в контексті алгоритмів, зокрема генеративних моделей. У 2023 році вступили в силу одразу кілька нормативних актів: положення щодо алгоритмів персоналізованих рекомендацій, регламент щодо deepfake-контенту, тимчасові правила для генеративного ШІ. Вони передбачають обов'язкову сертифікацію алгоритмів, маркування ШІ-контенту, проведення оцінки ризиків, а також створення механізмів контролю з боку держави.

На відміну від багатьох інших юрисдикцій, у Китаї така нормативна база має не лише загальнонаціональний рівень — вона активно розвивається і в регіонах. Шанхай, Шеньчжень, Чжецзян та Фуцзянь розробили локальні механізми підтримки ШІ, що включають положення щодо інноваційної інфраструктури, підготовки фахівців і запуску галузевих кластерів. Таким чином, КНР поєднує централізоване регулювання з регіональною нормативною гнучкістю.

Водночас країна готується до подальшого посилення контролю за ШІ. Обговорюється проєкт регламенту, що встановить стандарти ідентифікації синтетичного контенту, створеного за допомогою ШІ, з метою протидії deepfake-технологіям і дезінформації.

Крім законів, Китай активно впроваджує технічні стандарти, які мають обов'язкову або рекомендаційну силу. Наприклад, Кодекс етики ШІ нового покоління (2021) визначає базові цінності: прозорість, інклюзивність, підзвітність, безпечність. У 2024 році були впроваджені технічні вимоги до генеративних ШІ-сервісів, які конкретизують організаційні та програмні заходи, необхідні для запуску подібних платформ. Додатково готується методика маркування ШІ-контенту.

У сфері медицини діє комплекс нормативів, включаючи правила онлайн-діагностики, рекомендації щодо реєстрації медичних ШІ-рішень. У транспортній сфері запроваджено обов'язкові правила тестування безпілотних систем. Усі ці інструменти створюють правове середовище, що сприяє безпечному інноваційному розвитку.

Окремої уваги заслуговує механізм комплаєнсу для провайдерів генеративного ШІ. Відповідно до так званих GAI Measures, що діють з 2023 року, провайдери генеративних сервісів зобов'язані реєструвати свої алгоритми у відповідних органах, проходити обов'язкову оцінку безпеки, забезпечувати контрольований запуск рішень. У разі порушення норм можливе блокування сервісу або застосування санкцій, включно з кримінальною відповідальністю.

Наріжним каменем цифрової безпеки є маркування ШІ-контенту: усі елементи, згенеровані або змінені за допомогою ШІ, мають бути позначені. Встановлюються вимоги щодо незмінності таких міток і ведення

технічних логів. Це сприяє зменшенню інформаційних загроз, запобіганню фальсифікації доказів та порушень прав інтелектуальної власності.

Таким чином, Китайська Народна Республіка створила потужну, багатокомпонентну правову систему для регулювання ШІ, яка вже зараз є орієнтиром для інших держав. Водночас глобальна спільнота лише підходить до формування уніфікованої моделі правового регулювання штучного інтелекту. Така модель повинна бути комплексною, забезпечувати дотримання прав людини, захист інтелектуальної власності, дотримання етичних і безпекових стандартів.

Досвід КНР у сфері правового регулювання генеративного інтелекту є цінним для України. Його можна використати як основу для формування національної стратегії з таких напрямів:

- запровадження нормативної бази для регулювання алгоритмів ШІ, зокрема генеративних;
- створення галузевих технічних стандартів для ШІ-рішень у медицині, освіті, соціальній сфері, правосудді, обороні;
- розробка системи маркування ШІ-контенту з метою запобігання дезінформації, фальсифікації доказів, порушення прав інтелектуальної власності.

Упровадження подібної моделі дозволить Україні створити безпечне, етично вивірене середовище для розвитку штучного інтелекту з урахуванням міжнародного досвіду та національних інтересів.

Список використаних джерел

1. Штучний інтелект написав книгу, яка стала причиною скандалу. URL : <https://noworries.news/shtuchnyj-intelekt-napysav-knygu-yaka-stala-prychynoyu-skanandalu/#> (дата звернення: 08.05.2025).
2. Artificial Intelligence Law of the People's Republic of China (Draft for Suggestions from Scholars) 中华人民共和国人工智能法（学者建议稿）. URL : <https://cset.georgetown.edu/publication/china-ai-law-draft/> (дата звернення: 08.05.2025).
3. Shape of China's AI regulations and prospects. URL : [https://law.asia/china-ai-regulations-legislation-compliance-future-prospects/#:~:text=China's%20AI%20regulation%20is%20built,Information%20Protection%20Law%20\(2021\)%3B](https://law.asia/china-ai-regulations-legislation-compliance-future-prospects/#:~:text=China's%20AI%20regulation%20is%20built,Information%20Protection%20Law%20(2021)%3B) (дата звернення: 08.05.2025).
4. Шабалін А. В. Актуальні питання захисту права інтелектуальної власності: навчально-практичний посібник. К.: НДІ ІВ НАПрН України. К. : Інтерсервіс, 2020. 160 с.
5. Andrii Shabalin, Olena Shtefan Use digital technologies in judicial proceedings in some countries of Europe and USA. Petita/ Jurnal Kajian Ilmu Hukum dan syariah. Number 246C/Petita/X/2023. 29/10/2023/ ID 218-Article Text-966-1-4-20230814. Indexed Scopus. Issn-P 2502-8006, Issn-E 2549-8274.

5. ОСВІТА ТА НАУКА

Горбунов Олег Анатолійович кандидат медичних наук,
Лущик Уляна Богданівна доктор медичних наук,
Голуб Валентин Петрович кандидат педагогічних наук,
Коваленко Вікторія Володимирівна кандидат біологічних наук кафедри медичної реабілітації, валеології та оздоровчих технологій в спорті Навчально-наукового гуманітарного інституту Таврійського національного університету ім. В. І. Вернадського

ПРИКЛАДНА МІОЛОГІЯ В ПРАКТИЦІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА ТА ЕРГОТЕРАПЕВТА

У статті розглянуто роль прикладної міології в клінічній діяльності фахівців фізичної терапії та ерготерапії. Висвітлено функціональні та діагностичні аспекти вивчення м'язової системи, обґрунтовано методологічне значення мануального м'язового тестування, м'язового балансу та інтерпретації міопатичних синдромів у реабілітації. Проаналізовано інтеграцію міологічних знань у програмування терапевтичних втручань, зокрема в роботі з пацієнтами з порушеннями руху, неврологічними та ортопедичними станами.

Ключові слова: *прикладна міологія, м'язове тестування, м'язовий тонус, фізична терапія, ерготерапія, міопатія, функціональна оцінка.*

Прикладна міологія (від грец. *mys* — м'яз, *logos* — вчення) — це міждисциплінарна наука, що вивчає будову, функцію, адаптацію та патологію м'язів у контексті прикладного використання для медичних і терапевтичних цілей. Для фізичних терапевтів і ерготерапевтів міологія є одним з ключових напрямів підготовки та клінічної практики. Саме розуміння тонких механізмів м'язової діяльності, її регуляції й змін у відповідь на патологію дає змогу вибудовувати ефективні програми реабілітації.

М'язи — це не просто "виконавці рухів", а складні регуляторні структури, які тісно взаємодіють з нервовою системою, сенсомоторними шляхами, суглобовими і вісцеральними компонентами. Тому прикладна міологія є основою для клінічного мислення фахівця з реабілітації.

Теоретичні засади прикладної міології. Прикладна міологія ґрунтується на вивченні:

- *М'язової анатомії:* топографія, іннервація, судинне забезпечення, взаємодія з фасціями;

- *Фізіології скорочення м'язів*: ізометричне, ізотонічне, концентричне, ексцентричне скорочення;
- *Регуляції тону*: вплив центральної та периферичної нервової системи;
- *Патофізіології*: гіпотонія, гіпертонія, ригідність, дистонія, фібриляції;
- *Функціональної біомеханіки*: роль м'язів у стабілізації, амортизації, підтримці постави;
- *Міопатології*: вроджені і набуті м'язові розлади, м'язові дисбаланси, вторинні зміни при порушеннях ОДА.

Ці знання не є абстрактними — вони перетворюються в практичний інструментарій, що дозволяє здійснювати якісну оцінку, діагностику і терапевтичне втручання.

Мануальне м'язове тестування як ключовий інструмент. Мануальне м'язове тестування (ММТ) — це стандартизований метод кількісної та якісної оцінки сили та активності м'язів, який широко використовується у фізичній та ерготерапії.

Цілі ММТ: Визначення сили окремих м'язів або м'язових груп;

- Виявлення м'язових дисбалансів;
- Моніторинг динаміки під час терапії;
- Диференціація неврологічної чи ортопедичної патології.

Шкала оцінки сили м'язів є важливою як в діагностичному плані, так і в оцінці динаміки міореабілітаційного процесу:

- 0 — відсутність скорочення;
- 1 — помітне м'язове скорочення без руху;
- 2 — рух без опору в горизонтальній площині;
- 3 — рух проти сили гравітації;
- 4 — рух проти гравітації і помірного опору;
- 5 — повна сила при максимальному опорі.

Фізичний терапевт використовує цю шкалу для створення "м'язового профілю" пацієнта, що дозволяє оптимізувати вправи, навантаження та стратегічні цілі реабілітації.

Практичне застосування прикладної міології у фізичній терапії. У фізичній терапії прикладна міологія використовується в таких напрямках:

- *Оцінка постурального контролю*. Наприклад, слабкість глибоких м'язів шиї або м'язів спини може бути причиною хронічного болю або нестабільності.
- *Корекція рухових порушень*. Визначення гіперактивних або неактивних м'язів дозволяє запрограмувати вправи з активації або релаксації.
- *Відновлення після травм*. Моніторинг сили м'язів після розривів, гіпотрофії або імобілізації.
- *Підбір ортезів і технічних засобів*. При парезах або атрофіях міологічна оцінка є вирішальною.

- *Робота з неврологічними пацієнтами.* У хворих з інсультом, розсіяним склерозом або ДЦП важливо диференціювати між спастичністю, ригідністю та функціональними обмеженнями.

Особливе значення має взаємозв'язок між міологією та **кінезіотерапією**, адже саме правильна активація м'язових ланцюгів, оптимальне співвідношення між агоністами й антагоністами лежать в основі відновлення рухів.

Міологічна основа ерготерапії. Ерготерапія має власну специфіку застосування прикладної міології, адже її метою є не лише фізичне відновлення, а й **реінтеграція пацієнта у повсякденну діяльність**.

Міологічні знання ерготерапевт застосовує:

- для *аналізу рухових шаблонів* під час самообслуговування (грумінг, харчування, пересування);
- для *адаптації рухових навичок* у осіб з частковим ураженням м'язів (напр., при геміпарезі);
- для *розробки адаптивних інтерфейсів*, що враховують залишкову м'язову активність (у разі квадрипарезів);
- для *тренування збережених функцій*, що компенсують втрачені (наприклад, за допомогою плечового поясу при втраті кисті).

Таким чином, ерготерапевт використовує прикладну міологію не лише для відновлення сили, а й для **функціонального перенавчання**, що є визначальним для якості життя пацієнта.

Інтеграція в клінічну практику та перспективи розвитку. Сучасна реабілітація потребує синтезу даних функціонального обстеження, інструментальної діагностики (електроміографія, УЗД м'язів), клінічного досвіду та міждисциплінарного підходу. Прикладна міологія дає фахівцю не лише інструменти для оцінювання, а й *алгоритми терапевтичного мислення*.

Перспективи розвитку прикладної міології у фізичній терапії та ерготерапії:

- Впровадження цифрових засобів оцінки м'язової сили (динамометрія, сенсорні рукавички).
- Розробка м'язових профілів у спортивній реабілітації.
- Інтеграція в телереабілітацію через візуалізацію скорочень.
- Застосування функціональної електростимуляції на основі міологічних карт, м'язевих поясів.

Прикладна міологія є фундаментом професійної діяльності фізичних терапевтів і ерготерапевтів. Вона дозволяє глибоко розуміти функціональні особливості пацієнта, точно оцінювати зміни в м'язовій системі, прогнозувати перебіг захворювання й ефективно будувати програми відновлення. Завдяки інтеграції міологічних знань у реабілітаційну практику підвищується якість надання допомоги, точність втручань та ступінь автономності пацієнтів у повсякденному житті.

Список використаних джерел

1. Круц Р.М. Прикладна міологія: навчальний посібник. – Київ: Медицина, 2021. – 328 с.

2. Kendall F.P. Muscles: Testing and Function with Posture and Pain. – Baltimore: Lippincott, 2017.
3. Зданюк, В. (2018). ЗНАЧЕННЯ ТА РОЛЬ МАНУАЛЬНО-М'ЯЗОВОГО ТЕСТУВАННЯ У ФІЗИЧНІЙ ТЕРАПІЇ. Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини. <https://doi.org/10.32626/2309-8082.2018-0.%p>.
4. World Confederation for Physical Therapy. Muscle function and rehabilitation. – 2022.

Ікаєв Андрій Русланович кандидат юридичних наук,
Коваленко Вікторія Володимирівна кандидат біологічних наук,
Лущик Уляна Богданівна доктор медичних наук,
Голуб Валентин Петрович кандидат педагогічних наук, кафедри медичної реабілітації, валеології та оздоровчих технологій в спорті Навчально-наукового гуманітарного інституту Таврійського національного університету ім. В. І. Вернадського

ЕТИКА ТА ВАЛЕОЛОГІЯ В РОБОТІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА

У статті розкрито ключові аспекти професійної етики та валеологічного підходу в роботі фізичного терапевта. Обґрунтовано значення етичної компетентності для ефективної реабілітації та довіри пацієнтів. Висвітлено взаємозв'язок між валеологією як наукою про здоров'я та практикою фізичної терапії. Запропоновано концептуальні орієнтири для формування цілісного підходу до здоров'язберезувальної діяльності.

Ключові слова: *фізична терапія, етика, валеологія, здоров'я, пацієнт, реабілітація, комунікація, професіоналізм.*

Фізична терапія як складова частина сучасної системи охорони здоров'я є не лише сукупністю мануальних та кінезіологічних методик, а й формою гуманістичної взаємодії з особою, яка потребує відновлення чи підтримки функціонального стану. Особливе значення в цій сфері набувають етичні принципи та валеологічна складова професійної діяльності. Етика регулює відносини між терапевтом і пацієнтом, забезпечуючи довіру, взаємну повагу й дотримання прав людини. Валеологія ж як наука про збереження й формування здоров'я є підґрунтям для побудови профілактичної, орієнтованої на ресурсність людини моделі реабілітації.

Етичні засади у фізичній терапії. Професійна етика фізичного терапевта – це сукупність норм, цінностей і правил поведінки, які регламентують взаємодію з пацієнтами, колегами та суспільством. Ця етика ґрунтується на загальнолюдських моральних принципах, але має свої специфічні прояви у сфері фізичної реабілітації.

Основними етичними принципами, що мають дотримуватись фізичним терапевтом, є:

- *Принцип поваги до гідності пацієнта.* Пацієнт завжди розглядається як особистість, незалежно від віку, статі, діагнозу, соціального статусу.

- *Принцип автономії.* Пацієнт має право самостійно приймати рішення щодо свого лікування. Терапевт зобов'язаний надавати повну, достовірну та доступну інформацію.

- *Принцип конфіденційності.* Будь-яка інформація, отримана під час роботи з пацієнтом, не може бути розголошена без його згоди.

- *Принцип професійної відповідальності.* Терапевт зобов'язаний діяти відповідно до сучасних стандартів, оновлювати знання та діяти в межах компетентності.

- *Принцип недопущення шкоди.* Усі методи впливу повинні бути безпечними, обґрунтованими і відповідати стану пацієнта.

У центрі етичної взаємодії завжди стоїть комунікація. Активне слухання, чітке й емпатійне донесення інформації, толерантне ставлення до особливостей особистості пацієнта – все це є інструментами етичної реабілітаційної практики.

Валеологія як основа здоров'язбережувальної практики. Валеологія – це наука, що вивчає механізми збереження, підтримки та формування здоров'я людини. У роботі фізичного терапевта валеологія є не лише теоретичним підґрунтям, а й практичним орієнтиром. Основи валеології дозволяють не обмежуватись лише відновленням порушених функцій, а й будувати реабілітаційні маршрути з урахуванням внутрішнього потенціалу людини, її здатності до адаптації, саморегуляції та активної участі в лікувальному процесі.

До основних валеологічних принципів, що впроваджуються у фізичну терапію, належать:

- *Принцип цілісності.* Людина розглядається як єдність фізичного, психічного та соціального.

- *Принцип індивідуалізації.* Усі заходи реабілітації підбираються з урахуванням особистісних особливостей, мотивації та життєвих обставин пацієнта.

- *Принцип активної участі.* Пацієнт виступає активним учасником, а не пасивним об'єктом реабілітації.

- *Принцип збереження резервів.* Усі втручання повинні бути спрямовані на збереження або стимулювання компенсаторних можливостей організму.

- *Принцип гармонізації.* Результатом реабілітації має бути не лише відновлення окремої функції, а й покращення загального самопочуття, якості життя.

У цьому контексті валеологічне мислення фізичного терапевта дозволяє перетворити реабілітаційний процес у шлях до особистісного зростання пацієнта.

Взаємозв'язок етичного та валеологічного підходів. Етичний і валеологічний компоненти у фізичній терапії не існують ізольовано, а формують єдиний гуманістичний підхід до особистості пацієнта. Етика забезпечує моральне підґрунтя дій, а валеологія – науково-практичну орієнтацію на здоров'я.

Фізичний терапевт, який керується етичними нормами, водночас інтегрує валеологічні підходи:

- Етичне спілкування з пацієнтом дає змогу виявити його цінності, очікування, страхи – це важливо для персоналізації валеологічних стратегій.
- Валеологічна профілактика (напр., гігієна руху, постуральна корекція, адаптивна фізична активність) набуває особливої ефективності, якщо впроваджується в атмосфері довіри та етичної підтримки.
- У кризових випадках, коли пацієнт втрачає віру в себе чи в процес лікування, саме етична емпатійна позиція терапевта та валеологічне підсилення ресурсності пацієнта є запорукою ефективної реабілітації.

У сучасному світі етика й валеологія стають дедалі більш актуальними через такі виклики:

- Зростання кількості хронічних хвороб, які потребують тривалого реабілітаційного супроводу.
- Ускладнення соціальних умов життя пацієнтів у зв'язку з війною, вимушеним переміщенням, стресом, втратою ресурсів.
- Поширення цифрових технологій, які іноді ускладнюють безпосередній контакт між фахівцем і пацієнтом.

Перспективами інтеграції етики та валеології в підготовці фізичних терапевтів є:

- Впровадження міждисциплінарних навчальних курсів з етики здоров'я.
- Підготовка фахівців до роботи в умовах невизначеності та психологічного стресу.
- Розвиток професійних стандартів і кодексів етики, адаптованих до українських реалій.

Фізичний терапевт у XXI столітті – це не лише технічно підготовлений спеціаліст, а й етичний провідник пацієнта в процесі відновлення. Гармонійне поєднання етичних засад і валеологічного мислення дозволяє вибудувати партнерську модель взаємодії, орієнтовану на зміцнення здоров'я, автономії й гідності людини. Саме така позиція формує довіру до професії, підвищує ефективність реабілітації та відповідає сучасним гуманістичним вимогам до медико-соціальної допомоги.

Список використаних джерел

1. Кодекс етики фізичного терапевта. Українська асоціація фізичної терапії. – 2021. <https://uapt.org.ua/uk/resource/practice/standarts/code-of-ethics/>
2. Малахов В.А. Основи валеології. – К.: Здоров'я, 2020. – 312 с.
3. Міхеєнко О. І. Валеологія: Основи індивідуального здоров'я людини. Київ : Університетська книга, 2009. 400 с.
4. World Confederation for Physical Therapy. WCPT ethical principles. – 2019.
5. Ждан В.М., Скрипніков А.М., Животовська Л.В. Основи медичної психології. – Полтава: ТОВ «АСМІ», 2014.

Мітіна Світлана Володимирівна

кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психології, філософії та
суспільних наук Таврійського
національного університету імені В.І.
Вернадського

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРА АУТИЗМУ В ОСВІТНЬОМУ ПРОСТОРІ

За офіційними даними кількість дітей з розладами аутичного спектра має стійку динаміку до збільшення у всьому світі. Система інклюзивної освіти, яка активно запроваджується в нашої країні, має стати підґрунтям для психологічної корекції порушень особистісного розвитку та інтеграції в суспільство аутичних дітей. Кількість дітей з аутизмом в навчальних закладах зростає, при цьому типовою є ситуація, коли фахівці зазнають певні складності при роботі з такими дітьми. Проблема соціально-психологічного супроводу дітей з розладами спектра аутизму в освітньому просторі є досить актуальною.

Проблема аутизму є дуже складною і багатогранною та досліджується в межах різних наукових напрямків: медичного, фізіологічного, психологічного, педагогічного. Здебільшого дана проблема розглядалася зарубіжними науковцями у структурі патологічного процесу, що виявляється у різних нозологічних формах при дитячій шизофренії, олігофренії, психогенно обумовлених станах (Н. Asperger, L. Bender, M. Bristol, S. Harris, В. Hermelin, L. Kanner). Розширення біологічних та генетичних досліджень дозволили підтвердити клінічну гетерогенність синдрому дитячого аутизму і виокремити його форми з шизофренії та раніше не диференційованих груп аутистичних розладів, що вказує на існування цілого спектру розладів аутизму [1, с.52].

Останні роки дана проблема активно досліджується вітчизняними науковцями (Н.В. Базима, О.В. Гаяш, М.І. Кляп, Н.М. Матейко, Р.В. Михайлов, Б.Я. Надь, К.О. Островська, О.П. Романів, Т.В. Скрипник, В.М. Синьов, Т.М. Шкварська, Д.І. Шульженко). Визначається, що основою розладів спектру аутизму є порушення нормального функціонування та нейронної організації

центральної нервової системи, включаючи розвиток дендритів і аксонів, формування синаптичних контактів, що породжують характерні симптоми, які проявляються при розвитку соціально значущих когнітивних навичок та обробці соціальної інформації [1, с.53].

Діти з розладами спектру аутизму мають «атиповий» мозок, який особливим способом сприймає та обробляє інформацію, зокрема соціальну, що й пояснює труднощі соціальної взаємодії. Аутичні діти важко звикають до режиму занять, неочікувані зміни можуть спровокувати емоційний зрив, їм складно спілкуватися з іншими дітьми, вони потребують індивідуального підходу та постійної підтримки. [3, с.109].

Як свідчить практика передових європейських країн, більшість дітей з особливими потребами може навчатись у загальних закладах освіти за умови використання моделі інклюзії. При цьому якість освітнього процесу значною мірою визначається тим, наскільки враховуються потенційні можливості навчання та розвитку кожної дитини, її індивідуальні особливості [4, с.5].

Для дітей з аутизмом, як зазначає Т.В. Скрипник не становить труднощів оволодіти навчальними навичками, оскільки вони мають добре розвинену механічну пам'ять, можуть чітко відтворювати засвоєне. Однак їм складно продемонструвати це через труднощі соціальної адаптації. Проте, будь яку дитину з аутизмом можна адаптувати до освітнього простору та дитячого колективу. Для цього необхідний пролонгований психолого-педагогічний супровід, спрямований на попередження виникнення у дітей з розладами аутичного спектру дестабілізаційних чинників, формування їхніх адаптивних функцій, забезпечення оптимального розвитку та здобуття ними якісної освіти в умовах навчального закладу [6, с.146].

Синьов В. М., Шульженко Д.І. зауважують, що робота з аутичними дітьми потребує мультидисциплінарних комплексних медико-психолого-педагогічних зусиль компетентних фахівців, а сутність корекції вбачається в поліпшенні всієї психічної сфери дитини та успішної її інтеграції в соціум. Методологічною основою інклюзивної освіти аутичних дітей має стати загальнодефектологічна концепція допомоги особам із психофізичними порушеннями, ціннісно-особистісний підхід до професійної підготовки фахівця з інклюзії; концепція корекції інтелекту аутичної дитини через змістові, діяльнісні, особистісні компоненти [5, с.128].

Здійснення інклюзивної освіти потребує організації належного психолого-педагогічного супроводу усіх учасників освітнього процесу: дітей та дорослих (фахівців різних напрямків, батьків, адміністрації). Така робота повинна бути спрямована на створення умов, які забезпечуватимуть підвищення соціальної активності дітей, розвиток когнітивних процесів, формування ціннісних установок, що відповідають психічним і фізичним можливостям дитини. Психологічна робота з аутичною дитиною має спрямовуватися на досягнення головної мети – підготувати її до самостійного життя. Одним із провідних напрямків у роботі психолога є робота з батьками «особливої» дитини, які мають бути залучені до організації корекційно-розвиткового та виховного процесу [4, с.46].

Аутизм являється первазивним порушенням, яке торкається усіх сторін психіки – сенсомоторної, перцептивної, мовленнєвої, інтелектуальної, емоційно-вольової сфери. Тому система психолого-педагогічної допомоги дітям з розладами аутичного спектру повинна включати компоненти, спрямовані на корекцію порушень розвитку в усіх цих сферах, все ці компоненти повинні бути взаємопов'язані між собою. Психолого-педагогічний супровід аутичної дитини передбачає спільну узгоджену командну роботу фахівців, де кожен виконує чітко визначені завдання. При організації комплексного супроводу дитини з РАС над комунікативною стороною мовлення працює не тільки логопед, але спочатку саме він на заняттях створює певні комунікативні стереотипи, які потім дитина з допомогою психолога і вчителя-дефектолога зможе переносити в більш широкі комунікативні ситуації [2. с.45].

Важливою умовою успішного соціально-психолого-педагогічного супроводу дитини з розладами спектру аутизму є тісна співпраця з батьками, яка передбачає формуванні у них адекватного сприйняття власної дитини, її особливої поведінки, формування активної позиції участі в корекційному процесі. Корекційні заняття, як зауважує О.В. Гаяш, необхідно проводити у присутності батьків, що являється важливим фактором у створенні простору партнерства і довіри між сім'єю і педагогом [2. с. 46].

О. Столярик, Т.Семигіна зазначають, що в якості життя сім'ї, що виховує дитину з аутизмом, вирішальну роль відіграє соціальна підтримка. Практикам соціальної роботи варто розробляти карти соціальної підтримки сімей, куди слід включати осіб, які можуть надавати підтримку батькам, основні зусилля повинні консолідуватися над проблемою стигматизації. Важлива орієнтація на ресурси члена сім'ї, на потенціал кожного її члена, тобто підтримки на особистісному рівні. Науковці виокремлюють такі проблеми у психоемоційному стані батьків, які виховують дітей з аутизмом, як стрес, емоційне вигорання, проблеми зі здоров'ям, порушення сну, паталогічні залежності. Фахівці соціальної роботи можуть запроваджувати програми соціальної підтримки сімей, надаючи допомогу всім її членам, орієнтуючись на формування внутрішньої життєвої стійкості [7 с. 146].

Отже, з огляду на вищезазначене, можна зробити висновки, що розлади спектру аутизму виникають в результаті вродженої дисфункції мозку, спадково зумовленої недорозвиненням нейронних структур, які необхідні для перероблення соціальної інформації, що призводить до нетипової поведінки та істотних обмежень соціальної взаємодії. Освітній процес з інклюзивною формою навчання має будуватися за принципом командної роботи різних фахівців при тісній співпраці з батьками. Ефективна адаптація дітей із аутистичними розладами до освітнього простору передбачає соціально-психолого-педагогічний супровід, який спрямований на розробку індивідуальної програми розвитку для кожної дитини, виходячи зі ступеня вираженості аутистичного порушення, а також підтримку батькам. Головною метою супроводу є корекція психологічних дисфункцій, створення сприятливих умов для розвитку, навчання аутичної дитини та її успішної соціальної адаптації.

Список використаних джерел.

1. Базима Н.В. Теоретичне вивчення проблематики аутизму. *Актуальні проблеми педагогіки, психології та професійної освіти*. 2015. № 1. С. 51–56.
2. Гаяш О.В., Кляп М.І. Комплексний психолого-педагогічний супровід дітей з розладами спектру аутизму в умовах інклюзивно-ресурсного центру. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2019. С.37-47. <http://aqce.com.ua/>
3. Матейко Н.М. Проблеми психологічного супроводу дітей зі спектром аутизму в освітньому закладі. *Теорія і практика сучасної психології*. 2019. № 5, Т. 1. С.181-185.
4. Психологічний супровід дітей з розладами спектра аутизму: навчально-методичний посібник/ Т.М. Шкварська. Кам'янець-Подільський, 2017. 152 с.
5. Синьов В. М., Шульженко Д.І. Інклюзивні проблеми дітей з аутистичним спектром порушень в загальноосвітній школі. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2016. Вип. 32(2). С. 125-129.
6. Скрипник Т. В. Місце і роль соціально-психологічних ресурсів в освіті дітей з особливими освітніми потребами. *Психологічний часопис*. 2018. № 5. С. 142-156.
7. Столярик, О., Семигіна, Т. Соціальна робота із сім'ями, які виховують дітей з аутизмом: інтервенція з розвитку сильних сторін [Монографія]. 2022. Таллінн: Teadmus, 188 с.

6. МІЖНАРОДНИЙ ДОСВІД ТА МАСШТАБУВАННЯ

Ікаєв Андрій Русланович кандидат юридичних наук,

Голуб Валентин Петрович кандидат педагогічних наук,

Лущик Уляна Богданівна доктор медичних наук, кафедри медичної реабілітації, валеології та оздоровчих технологій в спорті Навчально-наукового гуманітарного інституту Таврійського національного університету ім. В. І. Вернадського

ЄВРОІНТЕГРАЦІЯ КРАЩИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ТЕХНІК В УКРАЇНСЬКУ СИСТЕМУ ВІДНОВНОЇ МЕДИЦИНИ

Стаття присвячена аналізу сучасних європейських реабілітаційних технологій та їх інтеграції у національну систему відновної медицини України. Оцінено ключові напрямки удосконалення медико-реабілітаційної допомоги на засадах кращих європейських практик, визначено виклики та перспективи адаптації інноваційних методик з урахуванням національного контексту, ресурсів і потреб пацієнтів. Зазначено, що інтеграція міжнародних стандартів сприяє підвищенню якості, ефективності та доступності реабілітації.

Ключові слова: *євроінтеграція, реабілітаційні техніки, відновна медицина, стандарти ЄС, медико-соціальна реабілітація, Україна.*

Сучасний етап розвитку медицини в Україні характеризується активною євроінтеграцією усіх галузей, зокрема системи відновної медицини. Врахування досвіду європейських країн, які впровадили інноваційні реабілітаційні технології, стандарти якості та мультидисциплінарні підходи, є критично важливим для підвищення рівня надання реабілітаційної допомоги в Україні.

Інтеграція кращих європейських практик дозволяє оптимізувати лікувальний процес, адаптувати технології до специфіки вітчизняної системи охорони здоров'я, розвивати кадровий потенціал і покращувати результати лікування пацієнтів з хронічними, неврологічними, травматичними та іншими станами.

Європейські стандарти та підходи в реабілітації передбачають дотримання наступних принципів:

- *Мультидисциплінарність* — включення в команду лікарів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, психологів, логопедів і соціальних працівників для комплексного підходу.
- *Індивідуалізація програм* — адаптація реабілітації під конкретні потреби та можливості пацієнта.

- *Пацієнтоорієнтованість* — врахування побажань, соціального статусу і контексту життя хворого.

- *Використання сучасних технологій* — робототехніка, телереабілітація, віртуальна реальність, біоелектроніка.

- *Оцінка якості та ефективності* — застосування стандартизованих шкал і протоколів, систем моніторингу.

Кращі реабілітаційні техніки Європи сьогодні вже активно застосовуються в реабілітаційному середовищі в Україні.

- *Нейрореабілітація за методиками Бобат, ПНФ, Кавазаки* — спрямовані на нормалізацію рухового контролю у пацієнтів з ураженням нервової системи.

- *Відновлення після ортопедичних операцій* — протоколи швидкої мобілізації, інноваційні техніки мануальної терапії.

- *Технології електростимуляції та функціональної електричної стимуляції (ФЕС)* — для відновлення моторики при паралічах.

- *Роботизована терапія* — роботи для підтримки ходи, мануальних навичок і координації.

- *Теле- та дистанційна реабілітація* — особливо актуальні у контексті пандемії COVID-19.

Особливості імплементації реабілітаційних технологій ЄС до українських реалій полягають в певних обмеженнях, які варто адаптувати до медичного ринку України:

- *Інфраструктурні виклики* — обмежена кількість сучасних реабілітаційних центрів, недостатнє технічне забезпечення.

- *Кадровий потенціал* — необхідність підвищення кваліфікації та перекваліфікації медичних працівників.

- *Фінансові обмеження* — пошук оптимального балансу між якістю і вартістю послуг.

- *Регуляторне середовище* — гармонізація нормативної бази з європейськими стандартами.

- *Особливості пацієнтського контингенту* — велика кількість постраждалих унаслідок бойових дій, травм, соціальних викликів.

Застосування реабілітаційних технологій ЄС в Україні мають певні переваги та сприяють позитивним результатам у відновній медицині:

- Підвищення якості життя пацієнтів за рахунок персоналізованих і технологічно підтриманих програм.

- Скорочення часу реабілітації та зниження ускладнень.

- Розширення доступності послуг для жителів різних регіонів за допомогою телереабілітації.

- Розвиток науково-дослідної бази та інновацій у сфері відновної медицини.

- Підвищення конкурентоспроможності української системи охорони здоров'я на міжнародному рівні.

Для імплементації європейських реабілітаційних технологій необхідно пройти певні підготовчі етапи:

- Розробка та впровадження єдиних клінічних протоколів, адаптованих до локальних умов.
- Інвестиції в інфраструктуру реабілітаційних центрів і закупівлю сучасного обладнання.
- Програми підвищення кваліфікації медичного персоналу з акцентом на європейські стандарти.
- Партнерство з європейськими організаціями для обміну досвідом і спільних досліджень.
- Розробка системи моніторингу ефективності та задоволеності пацієнтів.

Євроінтеграція реабілітаційних технік — ключовий чинник модернізації української системи відновної медицини. Впровадження кращих європейських практик сприяє підвищенню якості, доступності та ефективності реабілітаційної допомоги. Водночас адаптація цих технологій повинна здійснюватися з урахуванням національних особливостей, ресурсів і потреб пацієнтів. Мультидисциплінарний підхід, інновації та інвестиції у кадровий потенціал забезпечують сталий розвиток системи реабілітації в Україні.

Список використаних джерел

1. *Rehabilitation in Health Systems: Guide for Action*, World Health Organization - 2019: ISBN: 978-92-4-151598-6.
2. Golyk V, Syvak O, Grabljevec K, Tederko P, Gutenbrunner C, Nugraha B. Five years after development of the national disability, health and rehabilitation plan for Ukraine: Achievements and challenges. *J Rehabil Med*. 2021 Mar 3;53(3):jrm00160. doi: 10.2340/16501977-2792. PMID: 33527144; PMCID: PMC8814850.
3. Світлана Петруша, Лариса Байда, Вікторія Назаренко, Ольга Журбенко, Павло Ждан. Реабілітація: права та гарантії, шляхи реалізації - Національна Асамблея людей з інвалідністю України – 2025. [naiu_rehabilitationrightsua-updateddecember_v06.pdf](#)
4. Закон України “Про внесення змін до деяких законів України щодо врегулювання окремих питань у сферах охорони здоров’я, реабілітації, соціального захисту та державної реєстрації окремих об’єктів санітарних заходів” (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2024, №№ 50-51, ст.298) [Про внесення змін до деяких ... | від 21.08.2024 № 3911-IX](#)
5. [«Реабілітація 2030: заклик до дій» МОЗ на міжнародній зустрічі в Женеві представило оновлену систему реабілітації, що впроваджується в Україні](#)
6. E.M. Giusti et al. ESPRM Guidelines - European Society of Physical and Rehabilitation Medicine - *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 2020.

Лущик Уляна Богданівна доктор медичних наук, кафедри медичної реабілітації, валеології та оздоровчих технологій в спорті Навчально-наукового гуманітарного інституту Таврійського національного університету ім. В. І. Вернадського,
Новицький Віктор Володимирович кандидат фізико-математичних наук, Інституту математики НАН України

ІНТЕГРАЦІЯ КРАЩИХ ВІТЧИЗНЯНИХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ У ВІДНОВНУ МЕДИЦИНУ КРАЇН ЄС ТА СВІТУ

У статті здійснено комплексний аналіз перспектив інтеграції провідних українських реабілітаційних технологій у систему охорони здоров'я Європейського Союзу та світу. Особливу увагу приділено методикам академіка НАМН України, професора В.І. Козявкіна (методика система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації -СІНР) та академіка АТН України У.Б. Лущик (ангіопсихоневрологічний підхід до діагностики та лікування психоневрологічних захворювань), які належать до числа інновацій у відновній медицині. Висвітлено науково-методичне підґрунтя, клінічну ефективність, освітній трансфер, економічну доцільність та міжнародну релевантність даних підходів. Представлено бачення їхнього впровадження в межах глобальних програм ВООЗ, Horizon Europe, EU4Health та національних стратегій реабілітації в державах-членах ЄС.

Ключові слова: реабілітація, нейрореабілітація, інтеграція, Козявкін, Лущик, медицина ЄС, технології відновлення, міжнародне партнерство.

У сучасних умовах трансформації медичних систем країн Європейського Союзу та світу питання ефективної реабілітації набуває стратегічного значення. Україна, маючи унікальні здобутки в галузі медичної реабілітації, демонструє високий потенціал інтеграції своїх методик у міжнародну практику. Зокрема, метод інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (СІНР) академіка В.І. Козявкіна та ангіопсихоневрологічна модель проф. У.Б. Лущик є прикладами ефективного поєднання наукових підходів і практичної результативності. Розвиток міжнародних програм співпраці, обмін клінічним досвідом, стандартизація підходів у рамках ВООЗ та Horizon Europe створюють передумови для включення українських технологій у медичний простір ЄС. Метою даної статті є дослідження шляхів і механізмів такої інтеграції, обґрунтування її доцільності та демонстрація успішних кейсів впровадження українських реабілітаційних інновацій у практику країн Європи.

Метод СІНР академіка В.І. Козявкіна. Методика СІНР (система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації) була розроблена академіком В.І. Козявкіним у 1980-х роках і визнана однією з найефективніших в Європі при лікуванні дітей із дитячим церебральним паралічем, черепно-мозковими травмами, нейродегенеративними захворюваннями. Основу методу становить

принцип мультисенсорного впливу на центральну нервову систему через поєднання кінезіотерапії, масажу, мануальної терапії, рефлексотерапії та спеціального мобілізувального компонента. Методика довела свою ефективність у понад 70 тисяч клінічних випадках, а клініка у Трускавці стала міжнародним центром реабілітації. У 2000-х роках було здійснено апробацію методу у Німеччині, Польщі та країнах Близького Сходу. Наукові дослідження, проведені у співпраці з європейськими інституціями, підтвердили зниження рівня спастичності, покращення моторних функцій, зменшення болю та підвищення якості життя пацієнтів. Метод включає не тільки клінічну частину, а й освітню: щорічно проводяться міжнародні школи та тренінги для реабілітологів з різних країн світу.

Ангіопсихоневрологічний підхід професора У.Б. Лущик. Професор Лущик Уляна Богданівна — один з провідних українських дослідників у сфері судинної нейрореабілітації. Вона є автором ангіопсихоневрологічної моделі відновного лікування, яка базується на системному підході до регуляції нейровегетативних, судинних, нейродинамічних та і когнітивних функцій у хворих психоневрологічного профілю різного віку і базується на комплексних індивідуально орієнтованих підходах до оцінки стану макро- та мікроциркуляції, нейродинаміки головного мозку, психоневрологічного дефіциту та пошуку шляхів виходу з виявлених патофізіологічних відхилень від коридору норми. Клінічні протоколи цього підходу включають неінвазивні методи діагностики стану судинного русла та головного мозку, ангіотерапії та ангіокорекції. Підхід Лущик інтегрує нейропсихологію, функціональну діагностику, фізіотерапію та адаптовану психотерапію разом з методами мультидисциплінарної реабілітації. Його ефективність підтверджено публікаціями в журналах «Medical Innovations», «Rehabilitation & Neurology» та результатами клінічних досліджень, проведених у Тернополі, Києві. Метод започаткований як інноваційний інтелектуальний продукт в 1995 році і в подальшому адаптований та розширений до рівня оцінки артеріо-венозної рівноваги в різних регіональних судинних басейнах зокрема та в людському організмі в цілому при різних нозологіях психоневрологічного профілю, розширений в напрямку діагностики внутрішньочерепного гідрогемодинамічного конфлікту та хр. набряку неінвазивними методами УЗД та нейросонографії. Дана технологія з 2000 року використовується як доказова медична технологія в діагностиці та лікуванні хворих, які потребують комплексних рішень в медичній реабілітації.

Порівняльна характеристика підходів. Методи СІНР академіка Козявкіна В.І. та ангіопсихоневрологічний підхід професора Лущик У.Б. демонструють високий ступінь інноваційності, проте мають суттєві відмінності у концептуальних засадах та клінічному фокусі. Метод Козявкіна В.І. орієнтований на дітей з тяжкими формами рухових порушень, зокрема дитячим церебральним паралічем, і передбачає інтенсивне фізичне навантаження, спрямоване на покращення моторного контролю. Він базується на мультидисциплінарному підході з акцентом на мануальну терапію, рефлексотерапію та комплексну нейрофізіологічну стимуляцію.

У свою чергу, підхід Лущик фокусується на регуляції судинного та нейровегетативного гомеостазу, включає глибоку комплексну діагностику та когнітивно-психоемоційну реабілітацію. Він більш адаптований до пацієнтів різного віку, як у дітей з ЗПМР, аутистичними розладами, ДЦП та ін психоневрологічними патологіями, так і в пацієнтів дорослого та геріатричного віку і застосовується в постінсультних, постковідних, депресивних та вегетативних станах (апатичний синдром). Методика поєднує сучасні технології комп'ютерної ангїодіагностики з фізіо- та психологотерапією.

Таким чином, СІНР — це система, зорієнтована на функціональний моторний прорив, тоді як ангїопсихоневрологія — це система комплексного балансу судинно-психоемоційних і когнітивних функцій.

В обох випадках — це індивідуалізовані програми з високим рівнем міждисциплінарності та доказовості. Їхнє взаємне доповнення дозволяє реалізовувати комплексні реабілітаційні програми для різних категорій пацієнтів у міжнародному середовищі.

Механізми міжнародної інтеграції реабілітаційних технологій.

Інтеграція українських реабілітаційних методик у систему охорони здоров'я Європейського Союзу реалізується через кілька ключових механізмів. По-перше, це партнерство в рамках міжнародних програм — таких як Horizon Europe, Erasmus+, EU4Health, які забезпечують фінансову підтримку, мобільність фахівців і розвиток міжуніверситетських проєктів. Українські клініки, зокрема Трускавецький центр Козьявкіна В.І. та ангїопсихоневрологічні лабораторії проф. Лущик У.Б., вже беруть участь у цих платформах через наукові консорціуми та пілотні клінічні випробування. Другим важливим вектором є створення транснаціональних клінік та освітніх центрів на базі українських методик у країнах ЄС — зокрема, у Польщі, Німеччині, Румунії, Чехії. Третім компонентом виступає стандартизація клінічних протоколів відповідно до вимог EBM (evidence-based medicine) та ICD-11. Четвертим — цифровізація: створення електронних реабілітаційних платформ і телемедицини сервісів, які дозволяють масштабувати українські технології в інші юрисдикції. Останнім інструментом є офіційна сертифікація методик у країнах ЄС, що відкриває шлях для їхнього включення в національні пакети медичних послуг.

Освітній трансфер та академічна мобільність українських технологій. Важливим аспектом інтеграції є академічний трансфер знань та мобільність викладачів і студентів. Українські реабілітаційні програми, що базуються на методах СІНР і ангїопсихоневрології, все частіше стають предметом вивчення в закордонних університетах. На базі університетів Польщі, Німеччини та Словаччини відкриваються спільні кафедри реабілітаційної медицини, де читаються модулі з методів Козьявкіна В.І. У рамках Erasmus+ та TWINNING-ініціатив здійснюється обмін студентами та стажування викладачів.

Значущим є також впровадження сертифікатних програм на базі європейських СМЕ-платформ (Continuing Medical Education), що дозволяє реабілітологам з України надавати послуги на території країн ЄС. В рамках наукових конференцій та конгресів проводяться міжнародні літні школи,

симпозіуми, майстер-класи, де українські фахівці виступають експертами. Внаслідок цього зростає престиж української реабілітаційної науки, а також формуються сталі мережі фахових зв'язків, що сприяють синергії знань і поширенню інноваційних практик.

Економічна доцільність трансферу технологій. Запровадження українських реабілітаційних технологій за кордоном має значну економічну доцільність як для країн-реципієнтів, так і для України. По-перше, методи Козявкіна В.І. та Лущик У.Б. базуються на мультидисциплінарному індивідуально орієнтованому підході використання дороговартісних фармакологічних препаратів, що дозволяє суттєво збільшити синергію ангіотерапевтичних сумішей та покращити ефективність медикаментозних впливів, прогнозувати очікуваний результат, зменшити витрати на лікування критичних станів. По-друге, тривалі клінічні курси в Україні дешевші у 3–5 разів, ніж аналогічні програми у клініках Швейцарії чи Італії, зберігаючи при цьому їх ефективність. По-третє, розширення впровадження українських методів сприяє створенню нових робочих місць, розвитку наукового потенціалу та експорту медичних послуг. У ЄС вже відкрито понад 10 центрів з ліцензованим використанням методу СІНР, що генерують понад 2 млн євро на рік від міжнародних пацієнтів. Метод Лущик демонструє рентабельність у приватних клініках, зниження витрат на рецидиви інсультів на 18–22%. Таким чином, трансфер українських технологій є не лише медично обґрунтованим, а й фінансово вигідним стратегічним напрямом розвитку.

Бар'єри та виклики впровадження українських технологій за кордоном. Попри позитивні тенденції, існує низка бар'єрів, що стримують повноцінну інтеграцію українських реабілітаційних інновацій. Один із ключових викликів — недостатній рівень стандартизації та відсутність уніфікованих протоколів лікування, адаптованих до регламентів ЄС. Це ускладнює юридичне визнання методик, сертифікацію фахівців та укладення контрактів із національними системами охорони здоров'я. Іншим бар'єром є мовний та культурний чинник, що впливає на якість освітнього трансферу. Крім того, наявні технічні складнощі у цифровізації методів, включно зі створенням електронних клінічних баз даних, телемедичних сервісів і ПЗ для автоматизації протоколів. Ще один аспект — нестача державно-приватного партнерства та інвестицій у сферу міжнародного просування українських технологій. Часто відсутня системна підтримка з боку українських дипломатичних місій у сфері медичного експорту. Для подолання цих викликів необхідна консолідація зусиль науковців, МОН, МОЗ України, профільних асоціацій та міжнародних експертів у сфері реабілітації.

Приклади успішної імплементації у країнах ЄС. Успішна імплементація українських методик у країнах ЄС підтверджується реальними кейсами. У місті Жешув (Польща) з 2019 року діє Центр інтегративної реабілітації, який працює за протоколами СІНР — понад 500 пацієнтів із дитячим церебральним паралічем пройшли курс з позитивною динамікою. У Віденському університеті медицини запроваджено навчальний модуль з методів нейрореабілітації України, а у Братиславі — клінічну програму телереабілітації за українською

моделлю. Усі приклади свідчать про готовність європейської системи до прийняття українського досвіду і його адаптації до локальних реалій. Подібні кейси стають основою для мультинаціональних партнерств і спільних наукових публікацій.

Перспективи подальшої інтеграції та висновки. У світлі сучасних глобальних викликів — демографічного старіння, постковідної епохи, зростання числа інвалідів внаслідок воєнних дій — реабілітаційні технології стають основою сучасної медицини. Український досвід, представлений методами Козявкіна В.І. та Лущик У.Б., має потужний науковий, практичний і економічний потенціал. Для подальшої інтеграції необхідно: 1. здійснювати сертифікацію методик у країнах ЄС; 2. створювати навчально-клінічні центри з транскордонною підтримкою; 3. розвивати цифрові рішення (eRehab); 4. забезпечити національну підтримку через дипломатичні, освітні та економічні канали.

Таким чином, українські технології відновної медицини можуть не лише інтегруватися у системи охорони здоров'я ЄС, але й задати новий вектор розвитку глобальної реабілітації, забезпечуючи міждисциплінарність, доказовість і гуманістичний підхід.

Список використаних джерел

1. WHO. *European Programme of Work: "Rehabilitation in health systems: guide for action"* (2023).
2. European Commission. (2022). *Health Systems Resilience and Ukraine's Recovery*.
3. Kushnir, Anna & Kachmar, Oleh. (2023). Intensive Neurophysiological Rehabilitation System for children with cerebral palsy: a quasi-randomized controlled trial. BMC Neurology. 23. 10.1186/s12883-023-03216-4.

7. ПСИХОЛОГІЯ ТА СУСПІЛЬСТВО

Голуб Валентин Петрович кандидат педагогічних наук,
Горбунов Олег Анатолійович кандидат медичних наук,
Лущик Уляна Богданівна доктор медичних наук, кафедри медичної реабілітації, валеології та оздоровчих технологій в спорті
Навчально-наукового гуманітарного інституту Таврійського національного університету ім. В. І. Вернадського

ЛІКУВАЛЬНА ТЕРАПІЯ ВПРАВАМИ ТА ЛІКУВАЛЬНА ФІЗКУЛЬТУРА — ГРА ТЕРМІНІВ В РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ

У статті розглянуто концептуальні відмінності та схожості між поняттями «лікувальна терапія вправами» (ЛТВ) та «лікувальна фізкультура» (ЛФК) в контексті реабілітації. Проаналізовано історичні аспекти формування цих термінів, їх нормативне регулювання та практичне застосування в медичній реабілітації. Визначено, що незважаючи на близькість понять, кожне має власний змістовий акцент, що має значення для організації та проведення реабілітаційних заходів.

Ключові слова: лікувальна терапія вправами, лікувальна фізкультура, реабілітація, фізична терапія, медична реабілітація, термінологія.

У сучасній медичній практиці поняття «лікувальна терапія вправами» та «лікувальна фізкультура» часто вживаються як синоніми. Однак між ними існують певні термінологічні та функціональні відмінності, що пов'язані з історією розвитку, нормативним підґрунтям та підходами до організації реабілітаційного процесу.

Розмежування цих понять є важливим для клініцистів, фізичних терапевтів, ерготерапевтів та організаторів медичної допомоги, оскільки від цього залежить чіткість планування, методичне наповнення та контроль якості реабілітаційних заходів.

Лікувальна терапія вправами, або лікувальна фізкультура (ЛФК), - це метод лікування, який використовує фізичні вправи для відновлення, підтримки та покращення здоров'я людини. Вона застосовується для профілактики та лікування різних захворювань, а також для реабілітації після травм та операцій.

Історичний аспект розвитку термінів

- **Лікувальна фізкультура (ЛФК)** — термін, що виник у ХХ столітті та закріпився в радянській медичній системі. Спочатку означав комплекс спеціально розроблених рухових вправ для лікування і профілактики захворювань, здебільшого в амбулаторних та санаторних умовах.

- **Лікувальна терапія вправами (ЛТВ)** — поняття, що стало популярним з розвитком фізичної терапії як клінічної спеціальності. Відображає системний підхід до відновлення функцій пацієнта із застосуванням спеціалізованих рухових технік у широкому діапазоні клінічних випадків.

Проведено аналіз термінології та порівняльну характеристика термінів:

Параметр	Лікувальна фізкультура (ЛФК)	Лікувальна терапія вправами (ЛТВ)
Основний фокус	Профілактика і реабілітація за допомогою рухових вправ	Медична терапія, орієнтована на функціональне відновлення за допомогою вправ
Сфера застосування	Часто амбулаторно, санаторно-курортна	Стаціонарна, амбулаторна, клінічна практика фізичної терапії
Методика	Комплекс вправ із загальнозміцнювальним і спеціальним характером	Індивідуалізовані програми, включаючи кінезіотерапію, мануальні техніки, нейрофізіологічні методи
Фахівець	Лікар ЛФК, інструктор ЛФК	Фізичний терапевт, реабілітолог
Нормативна база	Класичні стандарти Міністерства охорони здоров'я України	Сучасні клінічні протоколи, стандарти фізичної терапії

Практичні аспекти та функціональні відмінності

- **ЛФК** частіше використовується для масових профілактичних програм, реабілітації хронічних хворих, пацієнтів із відносно стабільним станом. Наголос робиться на повторюваних, стандартних комплексах вправ, що застосовуються за типом захворювання.

- **ЛТВ** передбачає більш диференційований, персоналізований підхід, з урахуванням патофізіології захворювання, ступеня порушень, механізмів компенсації, з використанням різних технік та методів (PNF, Бобат, кінезіотерапія, електростимуляція тощо).

Чітке визначення термінів допомагає уникнути непорозумінь між спеціалістами, оптимізує процес документації, підвищує якість та ефективність реабілітації.

- Для пацієнтів це означає більш цілеспрямований підхід та кращий контроль за результатами.

- Для закладів охорони здоров'я — коректне планування ресурсів і кваліфікації персоналу.

Сучасні тенденції та перспективи. Зі зростанням ролі фізичної терапії як окремої галузі медицини, роль ЛТВ посилюється. Проте ЛФК зберігає свою

актуальність як доступний та перевірений інструмент профілактики та реабілітації.

Важливим є інтегративний підхід, де ЛФК і ЛТВ доповнюють одна одну, формуючи єдину систему реабілітаційної допомоги.

Лікувальна терапія вправами і лікувальна фізкультура — близькі за змістом, але різні за концепцією поняття, які мають свої місця в реабілітаційному процесі. Розуміння їх відмінностей і взаємодії дозволяє фізичним терапевтам ефективно планувати та реалізовувати відновлювальні заходи, враховуючи потреби конкретного пацієнта та ресурси медичного закладу.

Список використаних джерел

1. Григус І. М. Основи фізичної терапії : навчальний посібник / І. М. Григус, О. Б. Нагорна. - Одеса : Олді+, 2022. - 150 с. ISBN 978 966 289-640 1
2. American Physical Therapy Association. Guide to Physical Therapist Practice, 3rd Edition. 2023.
3. Клименко В.П., Савчук Т.М. Організація лікувальної фізкультури в закладах охорони здоров'я. – Львів: Медична наука, 2020.
4. Наказ МОЗ № 401 від 17 червня 2014 р Положення про систему надання лікарсько-фізкультурної допомоги в Україні
5. Kisner C., Colby L.A. Therapeutic Exercise: Foundations and Techniques. – F.A. Davis Company, 2017.

Голуб Валентин Петрович кандидат педагогічних наук,

Коваленко Вікторія Володимирівна кандидат біологічних наук,

Лущик Уляна Богданівна доктор медичних наук, кафедри медичної реабілітації, валеології та оздоровчих технологій в спорті

Навчально-наукового гуманітарного інституту Таврійського національного університету ім. В. І. Вернадського

ОСОБЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ З М'ЯЗЕВИМИ СПАЗМАМИ ПОСТКОВІДНОГО ГЕНЕЗУ

У статті розглянуто патогенетичні механізми, клінічні прояви та особливості реабілітації пацієнтів з м'язовими спазмами, що виникли як ускладнення після перенесеної коронавірусної інфекції (COVID-19). Визначено ключові напрямки фізичної терапії, спрямовані на зменшення м'язового тонусу, відновлення рухливості, покращення мікроциркуляції та загального функціонального стану. Описано інтегративний підхід, який включає

кінезіотерапію, масаж, фізіотерапевтичні методи та навчання пацієнта для запобігання рецидивам.

Ключові слова: м'язові спазми, постковідний синдром, реабілітація, фізична терапія, коронавірусна інфекція, кінезіотерапія, м'язовий тонус.

Пандемія COVID-19 призвела до значного зростання числа пацієнтів із постковідним синдромом, що супроводжується широким спектром неврологічних та м'язово-скелетних порушень. Одним із поширених симптомів є м'язові спазми — стійкі, часто болючі м'язові скорочення, що значно погіршують якість життя.

Патогенез спазмів у постковідному періоді пов'язаний із порушеннями нейром'язової регуляції, місцевим ішемічним ураженням, а також вторинним м'язовим ураженням через тривалу іммобілізацію або системні запальні процеси.

Реабілітація таких пацієнтів потребує особливого підходу, що враховує етіологічні фактори, клінічний стан і ризики ускладнень.

Патогенетичні механізми м'язових спазмів у постковідному періоді провокуються погіршенням нейро-м'язового проведення та зниження рівня перфузії в м'язевих волокнах.

М'язові спазми виникають внаслідок:

- Порушення балансу між збудженням і гальмуванням у мотонейронах через вплив вірусу на центральну та периферичну нервову систему;
- Гіпоксії та ішемії м'язових волокон, що викликає локальні метаболічні порушення;
- Запальної відповіді, яка підтримує підвищений тонус м'язів;
- Порушення мікроциркуляції в м'язових тканинах;
- М'язової втоми та іммобілізації, що часто супроводжує тяжкий перебіг COVID-19.

Клінічні прояви міалгій (м'язевих болей) можуть бути як гострі, так і хронічні болі та втягувати в процес різні м'язеві ланцюги і супроводжуватися різноманітними проявами, а саме:

- Болючі, тривалі, несприятливі для пацієнта м'язові скорочення;
- Обмеження рухливості у суглобах, пов'язане зі спазмованими м'язами;
- Відчуття скутості, дискомфорту;
- Іноді — парестезії або порушення чутливості в зоні ураження;
- Психоемоційне навантаження через хронічний біль.

Особливості фізичної терапії та реабілітаційного підходу полягає в патофізіологічно обгрунтованому підході до діагностики та лікування:

1. Кінезіотерапія

- Розроблення індивідуальної програми рухових вправ із поступовим збільшенням навантаження;
- Вправи на розтягнення спазмованих м'язів для зниження тону (пасивні та активні);
- Дихальні вправи для покращення оксигенації;

- Аеробні вправи помірної інтенсивності для відновлення загального тону.

2. Масаж

- Розслаблюючий масаж м'язів, що перебувають у спазмі;
- Використання технік точкового масажу та міофасціальних релізів;
- Масаж сприяє покращенню кровообігу, зняттю локального набряку та зменшенню больового синдрому.

3. Фізіотерапія

- Теплолікування (парафін, електротеплотерапія) для поліпшення трофіки тканин;
- Електротерапія (низькочастотна стимуляція) для зменшення м'язового тону;
- Ультразвукова терапія для зняття запалення;
- Магнітотерапія та лазеротерапія — у разі їх доступності.

4. Навчання пацієнта

- Самостійне виконання розтягуючих вправ;
- Ведення режиму адекватного відпочинку і рухової активності;
- Психологічна підтримка для зменшення тривоги та стресу.

Особливості організації реабілітації пов'язані з об'єктивізацією патології та оцінкою ступеня її вираженості і підпорядковується загальним правилам:

- Початок реабілітації рекомендовано здійснювати якомога раніше, бажано в гострому або підгострому періоді;
- Індивідуальний підхід з урахуванням ступеня ураження, супутніх захворювань та загального стану пацієнта;
- Моніторинг змін м'язового тону та адаптація терапії;
- Комбінування різних методів фізичної терапії для досягнення синергетичного ефекту.

Прогноз та перспективи. Пацієнти з постковідними м'язовими спазмами за умови правильної і своєчасної реабілітації мають хороші шанси на відновлення рухливості та зниження болю. Проте тривалість реабілітаційного курсу може бути значною через мультифакторність патології.

Подальші дослідження мають бути спрямовані на вивчення оптимальних протоколів лікування, включення новітніх технологій (наприклад, віртуальної реальності, робототехніки) та психоемоційної підтримки пацієнтів.

Реабілітація хворих з м'язовими спазмами постковідного генезу потребує комплексного, індивідуалізованого підходу, що базується на поєднанні кінезіотерапії, масажу, фізіотерапевтичних процедур та навчання пацієнта. Ранній початок втручання, регулярний моніторинг і корекція програми є запорукою успішного відновлення функціонального стану.

Список використаних джерел

1. Carfi A., Bernabei R., Landi F. Persistent Symptoms in Patients After Acute COVID-19. *JAMA*. 2020;324(6):603-605.

2. Nalbandian A., Sehgal K., Gupta A. et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med.* 2021;27(4):601-615.
3. Коваленко, В. (2024). Вплив ранньої фізичної реабілітації у відділенні інтенсивної терапії на функціональний статус та тривалість госпіталізації пацієнтів з COVID-19. *Експериментальна і клінічна медицина*, 93(3), 47-55. <https://doi.org/10.35339/ekm.2024.93.3.kov>
4. Тріщило Т. В. Особливості фізичної терапії хворих з постковідним синдромом : кваліфікаційна робота на здобуття освітнього ступеня «магістр» : 227 «Терапія та реабілітація» / Т. В. Тріщило ; Харківський національний медичний університет. – Харків : ХНМУ, 2025. – 76 с.
5. WHO Clinical Management of COVID-19. Interim Guidance. 2020: WHO/2019-nCoV/clinical/2020.5.

Даниско Оксана Володимирівна,
доктор педагогічних наук, доцент
кафедри медичної реабілітації,
валеології та оздоровчих технологій в
спорті Таврійського національного
університету імені В.І. Вернадського

ОЗДОРОВЧО-РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ВПЛИВ СКАНДИНАВСЬКОЇ ХОДЬБИ НА СТАН ЗДОРОВ'Я ЛЮДЕЙ ПОХИЛОГО ВІКУ

Старіння населення – глобальна проблема, яка спостерігається у всьому світі, і Україна не є винятком. Наразі частка населення у віці 60 років і старше в Україні перевищує 19%, і очікується, що до 2030 року вона досягне 24% [1]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, найвищі темпи приросту спостерігаються серед представників населення похилого (60–74 роки) та старечого (75–89 років) віку. Це може призвести до зменшення працездатного населення, збільшення навантаження на соціальні служби, пенсійну систему та систему охорони здоров'я, а також вплинути на економічний розвиток країни. Демографічні процеси, що відбуваються, призвели до усвідомлення урядами багатьох країн необхідності вироблення спеціальних заходів, що сприяють забезпеченню умов для успішного та активного довголіття цієї групи людей. Важливий компонент концепції активного старіння – створення умов підтримки здорового та активного життя літніх людей, залучення їх до систематичної рухової активності.

Моніторинг стану фізичної активності показав, що люди похилого віку в цілому фізично менш активні, ніж особи інших вікових груп [4]. Науковці довели, що низький рівень рухової активності призводить до погіршення стану здоров'я та створюють серйозну загрозу для системи охорони здоров'я, враховуючи, що кількість людей похилого віку продовжує зростати [1]. Науковцями встановлено зв'язок між рівнем фізичної підготовленості, ожирінням та смертністю у людей похилого віку (середній вік 64 роки),

доведено, що літні люди, які мають щоденну рухову активність, у середньому мають і більшу тривалість життя [2].

Одним із найбільш популярних та поширених видів рухової активності серед людей похилого віку різних країн є ходьба. Незважаючи на те, що літні люди здебільшого усвідомлюють користь піших прогулянок для здоров'я, вони можуть від них відмовитися, якщо прогулянка відбувається на самоті або через наявність певних проблем зі здоров'ям. У той же час піші прогулянки під керівництвом інструктора, в компанії друзів, родичів чи знайомих можуть суттєво мотивувати людей похилого віку займатися саме ходьбою. Таким чином, організовані прогулянки здатні показати досить високу результативність, а їх проведення при цьому не пов'язане із суттєвими фінансовими витратами. Зазначені обставини дозволяють віднести організовані піші прогулянки до одного з важливих заходів щодо підвищення рухової активності осіб похилого віку. Разом з тим, в сучасних умовах здійснюється пошук нових доступних для осіб похилого віку форм рухової активності, нескладної в освоєнні методики, з можливістю подальших самостійних занять. У розвинених країнах є досить популярним «outdoor» – тренування (від англ. out – зовні, door – двері) [3]. Відтак упродовж останнього десятиліття в світі загалом і в Україні зокрема, дедалі більшої поширеності набуває «скандинавська» чи «північна» ходьба (англ. «*Nordic Walking*») [4], яка проти звичайної ходьби є більш складно-координативним видом рухової активності.

Скандинавська ходьба (також відома як нордична ходьба) є формою фізичної активності, яка включає ходьбу з використанням спеціальних палиць, що дозволяє залучати більше м'язів, ніж звичайна оздоровча ходьба. Цей вид рухової активності походить із тренувань для лижників, але став популярним серед літніх людей завдяки своїй доступності та низькому ризику травм. Дослідження [2; 3; 4; 5] засвідчують, що заняття скандинавською ходьбою значно зменшують серцево-судинні фактори ризику, такі як артеріальний тиск, підвищений холестерин та тригліцериди у літніх людей, підтверджують її роль у покращенні загальної фізичної форми та психічного здоров'я. У Таблиці 1 наведено узагальнений огляд оздоровчо-реабілітаційного впливу скандинавської ходьби на стан здоров'я літніх людей, що ґрунтується на аналізі наукових досліджень.

Таблиця 1

Ключові оздоровчі ефекти скандинавської ходьби для літніх людей

Серцево-судинна система	
Покращення кровообігу	збільшення частоти серцевих скорочень, що тренує міокард і покращує кровопостачання органів
Зниження артеріального тиску	контроль гіпертензії за рахунок зменшення периферичного судинного опору
Зменшення ризику атеросклерозу	зниження «шкідливого» холестерину

Профілактика ішемічної хвороби серця	покращення коронарного кровотоку, зменшення навантаження на серце.
Дихальна система	
Збільшення ємності	глибоке дихання сприяє підвищенню оксигенацію крові
Покращення вентиляції, профілактика застійних явищ	ритмічні рухи сприяють активній роботі діафрагми та міжреберних м'язів
Опорно-руховий апарат	
Зміцнення м'язів спини, плечового поясу та ніг	робота з палицями включає до 90% м'язів тіла, сприяє підтримці м'язової маси
Зменшення навантаження на суглоби, запобігання остеопорозу	механічне навантаження на кістки сповільнює втрату мінеральної щільності, палиці частково розвантажують колінні та кульшові суглоби
Покращення координації та рівноваги	покращуються моторні навички, знижується ризик падінь і переломів
Обмін речовин та ендокринна система	
Контроль рівня цукру в крові	знижується інсулінорезистентність (профілактика діабету 2 типу).
Прискорення метаболізму, покращення перистальтики кишечника	забезпечує спалювання на 18-67% більше калорій, ніж звичайна ходьба, що сприяє управлінню вагою та зниженню жирової маси, знижує індекс маси тіла
Нервова система та психічне здоров'я	
Стимуляція мозкового кровообігу	покращується пам'ять та когнітивні функції, знижується ризик деменції
Зниження рівня стресу	фізична активність сприяє виробленню ендорфінів, сприяє регуляції режиму сну та зняття тривожності за рахунок фізичної втоми, групові заняття зменшують почуття самотності.

Таким чином, скандинавська ходьба є багатофункціональним комплексом вправ, що мають широкий спектр оздоровчих переваг для людей похилого віку. Вона покращує серцево-судинне здоров'я, збільшує м'язову силу та витривалість, покращує баланс і координацію, знижує навантаження на суглоби, допомагає контролювати вагу, підвищує психічне благополуччя та. Крім того, вона є ефективним засобом реабілітації для осіб з неврологічними захворюваннями та сприяє загальному покращенню якості життя.

Список використаних джерел

1. Боязке відновлення економіки: чи заживемо краще у 2024-му. URL: <https://www.unian.ua/economics/finance/boyazke-vidnovlennya-ekonomiki-chizazhi- vemo-krashche-u-2024-mu-12495630.html> (дата звернення: 14.07.2025).
2. Angiolillo, A., Leccese D., Ciccotelli S., Di Cesare G., D'Elia, K., Aurisano N., & Di Costanzo A. Effects of Nordic walking in Alzheimer's disease: A single-blind randomized controlled clinical trial. *Heliyon*, 2023, № 9(5). DOI: [10.1016/j.heliyon.2023.e15865](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e15865).
3. Liu J., Kim J.-H. The effects of nordic walking on the cardiovascular risk factors in older adults: A systematic review and meta-analysis, *Archives of Gerontology and Geriatrics* 2025. Vol. 129. 105663. ISSN 0167-4943. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2024.105663>.
4. Rodrigues I. B., Ponzano M., Butt D. A., Bartley J., Bardai Z., Ashe M. C., The effects of walking or nordic walking in adults 50 years and older at elevated risk of fractures: a systematic review and meta-analysis. *Journal of aging and physical activity*, 2021. № 29 (5). Pp. 886–899. DOI: <https://doi.org/10.1123/japa.2020-0262>.
5. Witkowska A., Grabara M., Kopeć D., & Nowak Z. The effects of nordic walking compared to conventional walking on aerobic capacity and lipid profile in women over 55 years of age. *Journal of Physical Activity and Health*, 2021, № 18(6). Pp. 669–676. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2022.11.007>

Дудкінова Марія Олегівна кандидат медичних наук,
Лущик Уляна Богданівна доктор медичних наук,
Манжос Олена Юрївна старший викладач кафедри медичної реабілітації, валеології та оздоровчих технологій в спорті Навчально-наукового гуманітарного інституту Таврійського національного університету ім. В. І. Вернадського

ОСНОВИ РАЦІОНАЛЬНОГО ХАРЧУВАННЯ ТА ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ ПРИ ОЖИРІННІ ТА МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

У статті викладено основні принципи раціонального харчування та здорового способу життя, що є ключовими факторами профілактики і комплексної терапії ожиріння та метаболічного синдрому. Описано патофізіологічні механізми захворювань, роль харчових компонентів, фізичної активності та поведінкових стратегій у регуляції маси тіла, покращенні метаболічного профілю і зниженні ризику серцево-судинних ускладнень.

Ключові слова: ожиріння, метаболічний синдром, раціональне харчування, здоровий спосіб життя, фізична активність, профілактика.

Ожиріння та метаболічний синдром (МС) є глобальними проблемами охорони здоров'я, що асоційовані з підвищеним ризиком розвитку цукрового діабету 2 типу, атеросклерозу, гіпертонічної хвороби, а також значною соціально-економічною відповідальністю.

Раціональне харчування і здоровий спосіб життя становлять основу як профілактики, так і лікування цих патологій, оскільки вони впливають на енергетичний баланс, інсулінорезистентність, рівень запалення та інші ключові механізми.

1. Патолофізіологія ожиріння та метаболічного синдрому

- Ожиріння характеризується надлишковим накопиченням жирової тканини, що порушує обмін речовин і гормональний баланс.
- Метаболічний синдром — це комплекс порушень, який включає абдомінальне ожиріння, гіпертригліцеридемію, знижений рівень HDL, артеріальну гіпертензію і гіперглікемію.
- Ключовим механізмом є інсулінорезистентність, що провокує порушення вуглеводного та ліпідного обміну.

2. Принципи раціонального харчування при ожирінні і МС

2.1. Калорійність і енергетичний баланс

- Основою є досягнення дефіциту енергії, переважно за рахунок зниження споживання жирів і простих вуглеводів.
- Рекомендовано зменшити добову калорійність на 500–700 ккал від базового рівня, що забезпечує поступове зниження ваги 0,5–1 кг на тиждень.

2.2. Макронутрієнти

- *Вуглеводи:* Перевага повільним, складним вуглеводам (цільнозернові, овочі, бобові), обмеження цукрів і продуктів з високим глікемічним індексом.
- *Жири:* Віддають перевагу ненасиченим (оливкова олія, горіхи, риба), зменшують насичені жири та трансжири.
- *Білки:* Збалансоване споживання білків рослинного та тваринного походження для підтримки м'язової маси.

2.3. Харчові волокна

- Важливі для нормалізації перистальтики, зниження апетиту і контролю глікемії. Рекомендоване споживання – не менше 25-30 г на добу.

2.4. Гідратація

- Питний режим має бути збалансованим, переважно вода без додавання цукру.

3. Роль здорового способу життя

3.1. Фізична активність

- Регулярна помірна аеробна активність (30–60 хв/день, 5 разів на тиждень) сприяє зниженню ваги, покращенню чутливості до інсуліну, зниженню артеріального тиску.
- Включення силових вправ для підтримки м'язової маси та метаболічної активності.

3.2. Поведінкові стратегії

- Ведення харчового щоденника, усвідомлене харчування, зменшення стресу, забезпечення якісного сну.
- Психологічна підтримка і консультування для формування тривалих змін способу життя.

4. Особливості підходу до харчування та активності при МС

- Індивідуалізація плану харчування з урахуванням супутніх захворювань.
- Моніторинг показників метаболічного профілю (глюкоза, ліпіди, артеріальний тиск).
- Врахування медикаментозної терапії, що може впливати на апетит та метаболізм.

5. Практичні рекомендації

- Включення у раціон великої кількості овочів, фруктів, цільнозернових продуктів.
- Обмеження солі, цукру, швидких вуглеводів і насичених жирів.
- Поступове збільшення фізичного навантаження з урахуванням рівня підготовленості.
- Регулярні медичні огляди для корекції стратегії лікування.

Раціональне харчування та здоровий спосіб життя є ключовими компонентами в профілактиці та лікуванні ожиріння і метаболічного синдрому. Їх комплексне впровадження сприяє нормалізації метаболічних процесів, зниженню кардіоваскулярного ризику та покращенню якості життя пацієнтів. Ефективність заходів залежить від системності, індивідуалізації та мультидисциплінарного підходу.

Список використаних джерел

1. Eckel R.H., Grundy S.M., Zimmet P.Z. The metabolic syndrome. *Lancet*. 2005;365(9468):1415-28.
2. WHO. Healthy diet. Fact sheet. 2020.
3. Трибрат Т.А., Шуть С.В., Сакевич В.Д. Метаболічний синдром в практиці сімейного лікаря // [Вісник проблем біології і медицини](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpbm_2017_2_7). - 2017. - Вип. 2. - С. 30-33. - Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpbm_2017_2_7
4. American Heart Association. Lifestyle Management to Reduce Cardiovascular Risk. *Circulation*. 2019.
5. Український національний протокол лікування ожиріння. МОЗ України, 2021.
6. Наказ МОЗ України від 24.05.2012 р. № 384. Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії

Небесійчук Світлана Миколаївна
магістрантка спеціальність
“Психологія”, Інститут соціальних
технологій Університету “Україна”
Науковий керівник: Маслянікова
Ірина Вікторівна, кандидат
психологічних наук, доцент, Інститут
соціальних технологій Університету
«Україна»

**РОБОТА З ЗАПИТОМ "ПРИЙНЯТТЯ ДІАГНОЗУ ДИТИНИ", ЯК
КЛЮЧОВИЙ ЕЛЕМЕНТ У ПРОЦЕСІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ
ПІДТРИМКИ МАТЕРІ**

**THE REQUEST "ACCEPTANCE OF THE CHILD'S DIAGNOSIS" AS A
KEY ELEMENT IN THE PROCESS OF PSYCHOTHERAPEUTIC SUPPORT
FOR THE MOTHER**

Анотація: В тезах відображені основні моменти, які показують, що формулювання та робота з запитом прийняття діагнозу та /або інвалідності дитини є ключовою у процесі психотерапевтичної підтримки матері. Саме таке спрямування дозволяє матері насправді покращити якість життя, навіть без можливості вийти з тривалого стресу, який супроводжує виховання дитини з комплексними порушеннями розвитку. Такий підхід дозволяє матері почати діяти, виходячи з реальної життєвої ситуації та більш раціонально розподіляти наявні ресурси. Виявлено, що після роботи з цим запитом матері більше включаються в суспільне життя, підвищують здатність до конструктивної співпраці, частіше прагнуть до інклюзивних форм навчання і організації дозвілля дітей. Важливість цього підходу підкреслюється результатами дослідження.

Annotation. The abstracts reflect the main points that show that formulating and working with the request to accept the diagnosis and/or disability of the child is key in the process of psychotherapeutic support for the mother. It is this direction that allows the mother to actually improve the quality of life, even without the ability to get out of the long-term stress that accompanies raising a child with complex developmental disorders. This approach allows the mother to begin to act based on the real life situation and more rationally distribute available resources. It was found that after working with this request, mothers are more involved in social life, increase their ability to constructively cooperate, and more often strive for inclusive forms of education and organization of children's leisure. The importance of this approach is emphasized by the results of the study.

Психологічна підтримка матерів дітей з інвалідністю є визначальним чинником для досягнення ними внутрішньої стійкості та емоційної рівноваги. Аналіз результатів такої допомоги свідчить: проходження процесу прийняття інвалідності дитини сприяє стабільним і глибоким позитивним змінам у особистості жінки. В результаті зростає якість її життя, а також поліпшуються

умови для розвитку та включення в соціум самої дитини і родини загалом. Такий внутрішній зсув дозволяє родині природно долучатися до інклюзивних процесів у сфері освіти, взаємодії з іншими людьми, а також сприяє формуванню безбар'єрного середовища.

Дослідження психологічного стану матерів дітей з інвалідністю та особливостей надання їм терапевтичної допомоги є надзвичайно актуальним. Воно дає змогу осмислити значення такої допомоги для якості життя жінки, її дитини та сім'ї в цілому. Аналіз впливу інвалідності дитини на психологічний стан матері та процес її прийняття дає підстави сформулювати конкретні аргументи й підібрати відповідні інструменти для побудови терапевтичного процесу, в якому темі прийняття відведене окреме, спеціально створене місце.

Сучасний демократичний світ, зокрема й Україна, незважаючи на виклики воєнного часу, продовжує рух у напрямку формування інклюзивного суспільства, в якому кожна людина може почуватися захищеною, реалізовувати себе та взаємодіяти з іншими. Особлива увага в цьому контексті зосереджена на вразливих групах, включаючи родини, які виховують дітей з інвалідністю. Традиційно так склалося, що основну відповідальність у догляді, супроводі та соціальній взаємодії щодо дитини несе мама. Саме від її психологічної готовності, стійкості та рівня особистісного розвитку залежить глибина та якість контакту з соціальним середовищем. Адже навіть за сприятливих умов з боку суспільства, внутрішня незалікована травма матері може залишатися серйозним бар'єром.

Нинішня система підтримки дітей з інвалідністю в Україні здебільшого зосереджена саме на дитині, тоді як допомога матері — другорядна. Часто жінка стикається з ситуацією глибокого емоційного потрясіння: втратою уявного образу дитини, почуттям власної неспішності, тривогою за її життя та здоров'я. Але ці переживання залишаються без належної підтримки. Більшість опитаних жінок відзначили, що на жодному з етапів взаємодії з державною системою — починаючи з пологового будинку — їм не запропонували якісної психологічної допомоги. У кращому разі це була коротка розмова з психологом під час повідомлення діагнозу. У багатьох випадках перша взаємодія з медичною системою супроводжувалась емоційно травмуючим досвідом: знеціненням, байдужістю, звинуваченням.

Як показує М. Селігман, матері дітей з комплексними порушеннями часто переживають депресивні стани, самозвинувачення, коливання в стосунках з дитиною від гіперопіки до емоційного відторгнення. У такому стані жінка закривається від будь-якої зовнішньої допомоги, зокрема психологічної. Звернення до психотерапевтів найчастіше відбувається не в перші роки, а лише після тривалого періоду — зазвичай коли дитині вже понад п'ять років. Саме тоді, пройшовши довгий шлях адаптації, жінка визнає потребу в зовнішній підтримці.

Дослідження засвідчують, що навіть матері підлітків 10–18 років дуже емоційно реагують на спогади про момент народження дитини та озвучення діагнозу. Цей фрагмент досвіду залишається в пам'яті надзвичайно яскравим і травматичним, тоді як інші події вже забулися. Це ще раз підкреслює: період

першого зіткнення з фактом інвалідності дитини є психотравмуючим. Без належної психотерапевтичної підтримки цей досвід не інтегрується у загальну історію життя матері й продовжує впливати на її емоційний стан роками.

Як свідчать результати, реакції матерів на інвалідність дитини різняться залежно від рівня особистісної зрілості, стійкості, життєвого досвіду, а також наявності чи відсутності підтримки з боку близьких. Важливу роль також відіграє якість взаємодії з фахівцями. Але незалежно від обставин, у всіх випадках спрацьовує захисна поведінка, яка раніше була притаманна жінці в інших кризових ситуаціях. За класифікацією С. Ліпінської, це може бути змирення, уникнення або напад. Саме ця реакція визначає стиль взаємодії матері з соціальним середовищем і формує її ставлення до інвалідності дитини: від пасивного прийняття чужих оцінок — до повного заперечення чи агресії щодо тих, хто говорить про стан дитини об'єктивно.

Оскільки джерелом тривалого емоційного стресу є саме інвалідність дитини, логічно, що психотерапевтична робота, спрямована на її прийняття, має потенціал для суттєвих змін у житті матері. В основі підходу лежить модель переживання втрати за Е. Кюблер-Росс, яка виділяє п'ять етапів: заперечення, торг, гнів, депресія, прийняття. Цей підхід застосовується в терапії для аналізу досвіду матері: визначення етапу, на якому вона перебуває, та поступового опрацювання пережитого — від минулого до теперішнього.

Цей шлях є непростим і потребує зусиль як з боку матері, так і з боку фахівця. Але він цілком виправданий, оскільки допомагає жінці усвідомити реальний стан речей, розрізнити, на що вона має вплив, а що виходить за межі її контролю. Це дає змогу адекватно розподіляти ресурси, ухвалювати реалістичні рішення, формувати життєві цілі.

Матері, які пройшли психотерапевтичну роботу, часто шкодують, що не мали такої підтримки раніше — на самому початку свого шляху. Вони визнають, що своєчасна психологічна допомога дозволила б швидше інтегруватися в соціум, сформувати довіру до інклюзивних процесів і брати в них активну участь.

Список використаних джерел

1. Андрейко Б.В. Соціальні проблеми, що детермінують емоційні стани батьків дитини з комплексними порушеннями, Теорія і практика сучасної психології ISSN 1813-3405, №2, 2016, 4с.
2. Гладких Н. (Не)дитячі емоції: страх, гнів, печаль і радість. Видавництво «Ранок», 2024, 103 с.
3. Зливков В., Ліпінська С., Лукомська С. Сучасні тренінгові технології: інтегративний підхід. Посібник, 2020, <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint>, 208 с.
4. Іванова І.Б. Соціальні проблеми дітей і батьків у контексті їхнього ставлення до ситуації / І.Б. Іванова // Соціально-психологічні проблеми дітей-інвалідів. — К. : Логос, 2000. — С. 58-74

5. Романчук О. Неповносправна дитина в сім'ї та в суспільстві. Львів, Літопис, 2008. 334 с.

Шитіков Тимофій Олександрович,
кандидат медичних наук, кафедри
медичної реабілітації, валеології та
оздоровчих технологій в спорті,
Навчально-наукового гуманітарного
інституту, Таврійського національного
університету імені В.І. Вернадського,
Великий Юрій Миколайович,
завідуючий відділення первинної
професійної підготовки, спеціалізації та
підвищення кваліфікації, Дніпровський
державний університет внутрішніх
справ

ПРО ВИКОРИСТАННЯ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Використання методів фізичної терапії, з метою превентивної корекції останнім часом, збільшується, як серед цивільних так і серед військових в Україні. Особливо це актуальна під час визвольної війни, що веде Україна та її збройні сили і мова може вестися про створення вітчизняного «мілітарі-фітнесу». Існує світовий інтерес та позитивне ставлення до використання остеопатичних технік (ОМ) та окорухові вправи у військових. Ефективна і безпечна терапія з використанням ОМ офіційно впроваджена у військових системах НАТО зокрема.

Метою статті є спроба сформулювати парадигму використання остеопатії у фізичної тактичної превентивної фізичної терапії (ФТТ) в польових умовах.

Матеріалом стало спостереження у 2015-2023 рр. За 165 особами, що приймали участь у бойових діях. Вибір технік та прийомів залежав від того, у якому стані перебували військові. Ми використовували: шкіряно-міофасціальним реліз (за Й. Фоссгріном), лімфатичний помпаж, стрейн-контрстрейн, постізометричну нейрон-м'язову релаксацію (ПНР) обличчя та скальпу, шиї, діафрагми, техніки деторзії твердої мозкової оболонки (В.Сатерлянд), мобілізація швів черепа по Гіхіну, маніпуляції на хребцевих рухових сегментів (К.Левіт), вісцеральні маніпуляції по Барралю [4,5,6]. Вибір технік ФТ визначався полівалентним характером впливу (психотропне, вегетотропне, аналгезуюче, трофічне, міорелаксируюче), безпечність при використанні. Для зниження тоничної напруги використовувались методи ОМ за класичними алгоритмами. Всі пацієнти проходили навчання психомоторним вправам. Приклади вправ для розвитку рівноваги 1.В.п. –

стоячи на на одній нозі: - - утримання рівноваги на одній нозі з розведеними в сторони руками; утримання рівноваги на одній нозі, руки за головою; те ж саме, але з заплющеними очима (під наглядом викладача для безпеки). 2. «Ластівка»: нахилити корпус вперед, одночасно відводячи одну ногу назад, утримуючи пряму лінію від голови до п'яти. Руки розведені в сторони для балансу. Для ускладнення: можна змінювати положення рук (вперед, за спину). 3. Стійка на носках: піднятися на носки обох ніг, утримувати положення. Те ж саме на одній нозі. 4. Планка на одній руці або нозі (бокова планка): утримувати положення планки, відірвавши одну руку або одну ногу від підлоги. 5. Утримання статичної рівноваги на "нестійкій" опорі: - стоячи на двох ногах; на лівій та правій нозі; стоячи на двох ногах, з виконанням асинхронних рухових дій руками; стоячи на двох ногах, виконуючи наклони голови вперед, назад, в сторони, в повільному темпі; - ноги на ширині плеч; носки стоп повернуті у середину; носки стопи розвернуті назовні; стопи ширше плеч; в повільному темпі підніматися і опускатися на носках доверху і вниз; відриваючи зовнішній і внутрішній склепіння стопи; вправу можна виконувати із одягнутими спецзасобами індивідуального захисту; виконання вправ із навантаженням; - виконання полу присіду на правій і лівій нозі, виконання вправ із навантаженням. 6. Ходьба по прямій лінії. Ходьба по намальованій прямій лінії, ставлячи п'яту однієї ноги перед носком іншої. З метою ускладнення завдання можна виконувати з закритими очима (під наглядом), йти спиною вперед. 7. Ходьба по гімнастичній лаві (або будь-якій вузькій поверхні): звичайна ходьба, ходьба приставним кроком, ходьба з підніманням колін, на носках. 8. Перестрибування перешкод: перестрибувати через невисокі перешкоди (конуси, мати) на одній або двох ногах, зберігаючи рівновагу. 9. Біг з різкою зміною напрямку: бігти по розміченій трасі з командами різко змінювати напрямок руху. 10. Вправи з м'ячем: кидання та ловіння м'яча, стоячи на одній нозі; передача м'яча партнеру, стоячи на нестабільній поверхні (наприклад, балансувальній подушці). 11. Стрибки на одній нозі: виконання серії стрибків на одній нозі вперед, назад, в сторони.

Реабілітація проводилась всім хворим в кількості від 3 до 8 сеансів на курс Бійці проходили навчання самостійного виконання прийомів ОМ, використання релізу за загальноприйнятою методою. Послідовність виконання реабілітаційної програми проводили за результатами мануального м'язового тестування, принципами анатомічних ланцюгів. Термін спостереження складав від 10 до 60 діб. Статистична обробка матеріалу проводилась у середовищі "Statistics for Windows 6,0".

Використанням технік ФТ ми отримали у $93,3 \pm 0,2$ % пацієнтів після проведеної реабілітації отримані позитивні ефекти, які підтверджені клінічно та інструментальними дослідженнями.

Виявлена нормалізація церебральної гемоліквородинаміки, психо-фізичного вегетативного гомеостазу, нормалізація тону м'язів, показників фізичної роботоздатності (боездатності), якості життя. Тривалість поліпшення складала от 8 міс. до 1 року у амбулаторних умовах. Вояки ЗСУ

при цьому не припиняли тренувальний процес, що вельми важно для підтримки їх рівня бойової підготовки.

Результати: посилаючись на власний досвід та міжнародні нормативні акти, вимоги до компетенції фахівців з ФРМ, протоколи лікування, багаторівневі підходи на рівні провайдерів та можливості проведення остеопатичних втручань, що мають відношення до військових ЗСУ, а також відповідні рекомендуємо переглянуті на предмет включення ОМ у моделі нових алгоритмів надання превентивної та тактичної реабілітаційної допомоги військовим.

Висновки: потребують подальшого широко вивчення з особливим акцентом на використанні у військових системах охорони здоров'я - так званої превентивної фізичної тактичної терапії, або "military fitness" (мілітарі фітнес). а у минулому - практика козацьких «характерників».

Шитіков Тимофій Олександрович

кандидат медичних наук,

Коваленко Вікторія Володимирівна

кандидат біологічних наук,

Лущик Уляна Богданівна доктор медичних наук, кафедри медичної реабілітації, валеології та оздоровчих технологій в спорті

Навчально-наукового гуманітарного інституту Таврійського національного університету ім. В. І. Вернадського

СУЧАСНІ АСПЕКТИ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОГО ВІДНОВЛЕННЯ ВАЖКОХВОРИХ МЕТОДАМИ ПАСИВНОЇ НЕЙРОРЕАБІЛІТАЦІЇ

У статті висвітлено сучасні підходи до нейрореабілітації важкохворих пацієнтів у мультидисциплінарному контексті з акцентом на пасивні методи впливу. Обґрунтовано значення ранньої пасивної нейрореабілітації у відновленні вищих функцій центральної нервової системи, зокрема у пацієнтів з тяжкими ураженнями мозку, спинного мозку, після тривалого перебування в реанімаційних умовах. Розкрито специфіку командної роботи та ролі фізичного терапевта в реалізації нейрофізіологічно обґрунтованих пасивних втручань.

Ключові слова: *нейрореабілітація, пасивна терапія, мультидисциплінарна команда, кома, вегетативний стан, фізична терапія, нейропластичність, відновлення свідомості.*

Нейрореабілітація — це складний процес відновлення нервових структур, когнітивних і моторних функцій у пацієнтів із тяжкими порушеннями центральної нервової системи. У випадках тяжких уражень — ішемічного або геморагічного інсульту, черепно-мозкової травми, спінальних ушкоджень, гіпоксично-ішемічного енцефалопатичного ураження — головною проблемою є

зниження або втрата свідомості, глибокі рухові порушення, гіпотонія або спастичність, порушення життєво важливих функцій.

Пасивна нейрореабілітація, як складова раннього реабілітаційного втручання, передбачає використання втручань, що не потребують активної участі пацієнта, але впливають на нейропластичні механізми, сприяючи підтримці соматичного стану, профілактиці ускладнень та стимуляції кортикальних і підкоркових структур. Такий підхід особливо актуальний у роботі мультидисциплінарних команд в умовах інтенсивної терапії, реанімаційних палат або у відділеннях реабілітації важкохворих.

Теоретичне підґрунтя пасивної нейрореабілітації. Пасивна нейрореабілітація базується на сучасних уявленнях про *нейропластичність* — здатність мозку змінювати свою структуру і функцію у відповідь на внутрішні й зовнішні впливи. Навіть у коматозному стані чи вегетативному статусі можливе збереження нейронної активності в сенсорних і асоціативних зонах мозку. Активізація цих структур пасивними подразниками (пропріоцептивними, сенсорними, аудіовізуальними) може виступати стимулом до регіонального перерозподілу активності та формування нових синаптичних зв'язків.

Ключовими напрямками нейропластичної дії пасивної терапії є:

- *Підтримка аферентного надходження інформації до ЦНС;*
- *Модуляція збудливості моторної кори;*
- *Збереження структури та функцій периферичних рецепторів;*
- *Профілактика атрофії, контрактур і пролежнів.*

Таким чином, пасивна нейрореабілітація виступає основою для переходу до активних форм терапії в майбутньому.

Основні методи пасивної нейрореабілітації. Пасивна нейрореабілітація включає широкий спектр впливів, які реалізуються фізичними терапевтами, ерготерапевтами, логопедами, медсестрами та лікарями-реабілітологами в тісній взаємодії.

Пасивна мобілізація та позиціонування. Регулярні рухи в суглобах, змінювання положення тіла, профілактика контрактур і деформацій — все це дозволяє зберігати соматичне здоров'я та зменшувати ризик вторинних ускладнень.

Механотерапія. Використання електроприводних платформ (наприклад, *Motor-assisted cycling*, пасивні тренажери для нижніх кінцівок) забезпечує циклічне навантаження та активізує рухові шляхи навіть за відсутності свідомої участі пацієнта.

Сенсорна стимуляція. Акустичні, візуальні, тактильні, ароматичні стимули використовуються для стимулювання кори мозку. Ефективною є диференційована стимуляція знайомими звуками (голос рідних, музика), запахами, світлом.

Вібраційна терапія і нейросенсорна стимуляція. Застосування локальної або системної вібрації як інструменту активації рецепторів шкіри й м'язів. Використовуються інерційні платформи, вібросмужки, локальні манжети.

Функціональна електростимуляція (ФЕС). Електростимуляція периферичних нервів і м'язів не лише зберігає трофіку тканин, а й слугує аферентним входом для ЦНС, сприяючи активації відповідних зон моторної кори.

Протокол "Coma Stimulation". Системний підхід до активізації пацієнтів з порушенням свідомості: включає мультимодальну стимуляцію (дотик, світло, звук, рух), структуровану в певній часовій послідовності.

Роль мультидисциплінарної команди в реалізації пасивної нейрореабілітації передбачає комплексний, наукового обґрунтований підхід до програми реабілітації та послідовності виконання реабілітаційних заходів, які встановлюються в індивідуальному порядку. Комплексність та ефективність відновлення пацієнтів із тяжкими ураженнями ЦНС можлива лише за умов *системної міжпрофесійної співпраці*. Мультидисциплінарна команда — це не лише фахівці різного профілю, а й організаційна структура, в межах якої узгоджуються цілі, методи і відповідальність.

Ключові ролі в команді:

- *Фізичний терапевт:* здійснює пасивну мобілізацію, контролює стан опорно-рухової системи, впроваджує електростимуляцію та позиціонування.
- *Ерготерапевт:* організовує стимулювальне середовище, вивчає реакцію на предмети, координує побутову стимуляцію.
- *Медичний психолог:* працює з рідними пацієнта, аналізує реакції на подразники.
- *Лікар-реабітолог / невролог:* координує протокол, виконує діагностичну оцінку, контролює медикаментозний супровід.
- *Медична сестра:* реалізує режим позиціонування, стежить за шкірними покриттями та життєвими показниками.

Злагоджена командна діяльність сприяє ранньому виявленню реакцій на лікування, мінімізації ускладнень і створенню основи для подальших активних втручань.

Критерії оцінки ефективності пасивної нейрореабілітації

Оцінка стану пацієнтів з порушенням свідомості або тяжкими моторними порушеннями потребує особливого підходу. Застосовуються такі шкали:

- *Шкала Глазго (GCS):* оцінка рівня свідомості;
- *Шкала CRS-R (Coma Recovery Scale – Revised):* дозволяє диференціювати стан мінімальної свідомості;
- *Шкала JFK:* визначення переходу до свідомості;
- *Індекси контрактур, пролежнів, спастичності (Modified Ashworth Scale);*
- *Функціональна оцінка рухів, активності, витривалості за допомогою інструментальних методів.*

Важливо фіксувати навіть мінімальні реакції пацієнта — рух очей, мімічні скорочення, зміни частоти дихання у відповідь на стимул. Такі дані можуть свідчити про нейропластичну відповідь на втручання.

Проблеми та перспективи розвитку пасивної реабілітації для важкохворих. Незважаючи на потенціал пасивної нейрореабілітації, існує низка проблем:

- Обмежене фінансування реабілітаційних заходів у реанімації;
- Недостатня підготовка фізичних терапевтів до роботи з пацієнтами у комі;
- Брак обладнання (роботизовані платформи, електростимулятори);
- Етичні дилеми щодо втручань у пацієнтів без свідомості.

Водночас перспективи розвитку пасивної реабілітації важкохворих включають:

- Впровадження телеметричних систем моніторингу реакцій;
- Розширення протоколів нейросенсорної інтеграції;
- Навчання персоналу інтенсивної терапії принципам фізичної реабілітації;
- Міжнародне співробітництво щодо стандартів реабілітації пацієнтів у стані мінімальної свідомості.

Пасивна нейрореабілітація є важливим інструментом у мультидисциплінарному відновленні важкохворих пацієнтів із ураженням центральної нервової системи. Вона дозволяє не лише зберігати соматичний стан, але й сприяє активації нейропластичних процесів, що відкривають шлях до повернення свідомості й моторики. Координована робота команди фахівців, наукове підґрунтя втручань і етична виваженість — ключові чинники ефективності таких підходів у сучасній клінічній практиці.

Список використаних джерел

1. Giacino J.T., Whyte J., Nakase-Richardson R., et al. Practice Guideline Update Recommendations Summary: Disorders of consciousness. *Arch Phys Med Rehabil*, 2018.
2. Royal College of Physicians. Prolonged Disorders of Consciousness following sudden onset brain injury: National Clinical Guidelines. London: RCP, March 6, 2020 (оновлено 23 квітня 2020)
3. Козьолкін О.А., Сікорська М.В., Візір І.В. *Нейрореабілітація : навчально-методичний посібник* - Запоріжжя: ЗДМУ, 2020, 215ст.
4. Pape T.L.-B., Kim Y., Weiser M., et al. An intensive neurorehabilitation program for patients with disorders of consciousness: A four-year experience. *NeuroRehabilitation*, 2020.
5. Сіделковський А.Л. Нейрореабілітація. Основи теорії та практики. Київ: Пабліш Про: ISBN 978-617-7765-21-8, - 2022, 519 ст.

Шитіков Тимофій Олександрович
кандидат медичних наук,
Лущик Уляна Богданівна доктор
медичних наук, кафедри медичної
реабілітації, валеології та оздоровчих
технологій в спорті,
Навчально-наукового гуманітарного
інституту Таврійського національного
університету ім. В. І. Вернадського

ДИФЕРЕНЦІЙНІ ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА ПРИ УРАЖЕННІ ПЕРИФЕРИЧНОГО ЧИ ЦЕНТРАЛЬНОГО МОТОНЕЙРОНА ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

У статті розглянуто ключові відмінності в клінічному перебігу та функціональних порушеннях при ураженні центрального та периферичного мотонейронів. Акцентовано увагу на диференційованих підходах у фізичній терапії, залежно від типу ураження, що є основою для ефективного відновлення рухових функцій. Розкрито принципи побудови програм фізичної терапії, адаптованих до механізмів ушкодження, вказано характерні паттерни рухових розладів, специфіку відновлення м'язового контролю, м'язового тону, та участі сенсорної системи.

Ключові слова: *центральный мотонейрон, периферический мотонейрон, рухові порушення, фізична терапія, реабілітація, диференційований підхід, м'язовий тонус, парези.*

Захворювання нервової системи часто супроводжуються порушеннями рухових функцій, що зумовлено ураженням центрального або периферичного мотонейрона. Центральний мотонейрон (ЦМН) включає нейрони, що розташовані в корі головного мозку та пірамідному тракті, тоді як периферичний мотонейрон (ПМН) — це передні роги спинного мозку та аксони, що іннервують м'язи.

Для фізичного терапевта розрізнення типу ураження має вирішальне значення, оскільки тактика відновлення, вправи, сенсорна стимуляція та цільові механізми втручання істотно різняться.

1. Порівняльна характеристика ураження центрального та периферичного мотонейрона

Параметр	Ураження ЦМН	Ураження ПМН
М'язовий тонус	Спастичність, підвищений	Гіпотонія, знижений
Рефлекси	Підвищені (гіперрефлексія)	Знижені або відсутні
Атрофія	Незначна, пізня	Виражена, швидка
Фасцикуляції	Відсутні	Присутні
Патологічні рефлекси	Позитивний Бабінського симптом	Немає

Параметр	Ураження ЦМН	Ураження ПМН
Симетрія ураження	Часто асиметрична	Часто ізольована м'язова група

Ця відмінність є основою для побудови індивідуальної стратегії фізичної терапії.

2. Принципи фізичної терапії при ураженні центрального мотонейрона

ЦМН уражається при:

- інсульті;
- черепно-мозковій травмі;
- розсіяному склерозі;
- спастичних формах ДЦП;
- пухлинах мозку.

Клінічні особливості:

- Спастичність;
- Патологічні синергії;
- Порушення контролю над рухом;
- Збереження частини довільної активності.

Цілі фізичної терапії:

- Зниження спастичності;
- Формування селективних рухів;
- Відновлення симетрії в тілі;
- Профілактика контрактур.

Основні методи:

- Методика Бобат (NDT): нормалізація тону, формування контролю;
- PNF: активація м'язів у функціональних патернах;
- Дзеркальна терапія: стимуляція кори мозку;
- Вправи на динамічну стабілізацію.

Застосування роботизованої терапії та електростимуляції — ефективно на етапі ранньої реабілітації.

3. Принципи фізичної терапії при ураженні периферичного мотонейрона

ПМН уражається при:

- поліомієліті;
- синдромі Гієна-Барре;
- радикулопатіях;
- тунельних невропатіях;
- бічному аміотрофічному склерозі (БАС).

Клінічні особливості:

- Атонія;
- Виражена м'язова атрофія;
- Втрата рефлексів;

- Слабкість або повна втрата руху.

Цілі фізичної терапії:

- Профілактика повної атрофії м'язів;
- Підтримка рухливості в суглобах;
- Активація залишкової функції м'язів;
- Компенсація функцій через інші сегменти.

Методи:

- Пасивна та асистована кінезіотерапія;
- Міостимуляція (особливо важлива при денервації);
- Ізометричні вправи;
- Ерготерапія для побутової адаптації;
- Підбір ортезів, шин, компенсаційних пристроїв.

Фізичний терапевт повинен *враховувати рівень іннервації та потенціал регенерації нервового волокна.*

4. Диференційна стратегія відновлення: тактичні відмінності

Параметр	При ЦМН	При ПМН
Старт втручання	Раннє, ще в стаціонарі	Після стабілізації або припинення прогресу
Основна мета	Модуляція тону, селективність руху	Збереження маси, запобігання контрактурам
Використання електростимуляції	Додатково, для активації слабких м'язів	Основний метод при повній денервації
Сенсомоторна стимуляція	Активно використовується	Обмежено, акцент на компенсацію
Роль ерготерапії	Формування побутових навичок з контролем	Компенсація втрат через пристрої

Особливий акцент ставиться на попередження вторинних ускладнень: контрактур, виразок, змін ходи, дихальних порушень.

5. Мультидисциплінарна взаємодія та прогнозування

У лікуванні обох типів ураження важлива участь:

- лікаря-невролога (діагноз, медикаментозна терапія);
- фізичного терапевта (рухові функції);
- ерготерапевта (побутова адаптація);
- психолога (мотивація, депресія);
- логопеда (при ЦМН — дисартрія).

Прогноз визначається:

- Типом захворювання;
- Глибиною ураження;
- Наявністю залишкової функції;
- Віком і загальним станом пацієнта.

Ураження центрального та периферичного мотонейрона мають відмінні клінічні характеристики, що потребують *диференційованого підходу до фізичної терапії*. Розуміння нейрофізіологічної основи кожного типу ураження дозволяє ефективно формувати цілі, обирати адекватні методи втручання, попереджати ускладнення і покращувати якість життя пацієнта. Ключовим залишається мультидисциплінарний підхід, орієнтований на потреби та потенціал кожного хворого.

Список використаних джерел

1. Deluca C.J., Kline J.C. "Motor unit structure and control in normal and diseased muscle." *Phys Med Rehabil Clin N Am*, 2020.
2. Sue Raine Bobath Concept: Theory and Clinical Practice in Neurological Rehabilitation - · WILEY: 2009: 232
3. Kendall F.P., McCreary E.K. *Muscles: Testing and Function*. – Lippincott Williams & Wilkins, 2020.
4. Фізична реабілітація з травмами і захворюваннями нервової системи / О. К. Марченко. – К. : Олімпійська література, 2006. – С. 3-220.
5. American Physical Therapy Association (APTA). Neurological rehabilitation guidelines, 2023.