**ВІДКРИТИЙ МІЖНАРОДНИЙ УНІВЕРСИТЕТ РОЗВИТКУ ЛЮДИНИ «УКРАЇНА»**

**ВІННИЦЬКИЙ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИЙ ІНСТИТУТ**

**НАУКОВЕ ТОВАРИСТВО СТУДЕНТІВ, АСПІРАНТІВ, ДОКТОРАНТІВ І МОЛОДИХ ВЧЕНИХ ВІННИЦЬКОГО ІНСТИТУТУ УНІВЕРСИТЕТУ «УКРАЇНА»**

# «НАУКА І НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС»

## МАТЕРІАЛИ XVIII ЗВІТНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

**12 квітня 2018 року, м. Вінниця**

**Вінниця – 2018**

УДК 001.371.2(08)
ББК 72Я431
Н-34

Відповідальний за випуск: О.В. Омельченко.

Редакційна група Вінницького інституту Університету «Україна»: Г.В. Давиденко (головний редактор), С.Ю. Ілініч (заступник головного редактора), О.В. Омельченко (укладач, відповідальний за випуск), В.В. Швед, Н.І. Костенко, С.М. Ваколюк, І.О. Котик.

Рекомендовано до друку вченою радою Вінницького соціально-економічного інституту Університету «Україна» (протокол №7 від 21.06.2018 р.).

Дизайн та верстка: О.А. Закладній.

**Наука і навчальний процес.** Матеріали XVIII Звітної науково-практичної конференції, м. Вінниця, 12 квітня 2018 р. / За заг. ред. Г.В. Давиденко. – Вінниця : ТОВ «Ніланд-ЛТД», 2018. – 226 с.

У збірнику вміщено матеріали XVIII Звітної науково-практичної конференції «Наука і навчальний процес», 12 квітня 2018 р., а також наукові публікації членів наукового товариства студентів, аспірантів, докторантів і молодих вчених Вінницького інституту Університету «Україна».

Розглянуто інноваційні процеси в освіті та соціально-педагогічній діяльності; досліджено захист прав і свобод громадян у світлі вимог Конституції України; висвітлено психологічні аспекти становлення особистості в навчально-виховному процесі: теорія, досвід, практика; приділено увагу фізичній та функціональній реабілітації осіб з інвалідністю.

ISBN 978-617-7706-02-0

© Вінницький інститут
Університету «Україна», 2018

# «НАУКА І НАВЧАЛЬНИЙ ПРОЦЕС»

## МАТЕРІАЛИ XVIII ЗВІТНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

## 12 квітня 2018 року, м. Вінниця

Підписано до друку 25.06.18.
Формат 84х60/16. Папір офсетний.
Друк офсетний. Гарнітура Times New Roman.
Умов. друк. арк. 14,12. Обл.-вид. арк. 13,13.
Наклад 40 прим. Зам. № 4428.

Віддруковано з оригіналів замовника.
ФОП Корзун Д.Ю.

Видавець ТОВ «Нілан-ЛТД»
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до
Державного реєстру видавців, виготовлювачів і розповсюджувачів
видавничої продукції серія DK № 4299 від 11.04.2012 р.
21027, а/с 8825, м. Вінниця, вул. 600-річчя, 21.
Тел.: (0432) 69-67-69, 603-000.



## ВСТУПНЕ СЛОВО

Науково-дослідна діяльність вищого навчального закладу завжди була і залишається його візитівкою, способом заявити про себе як про солідного гравця на освітянському просторі. Але водночас наука має сенс і вагу тільки тоді, коли вирішує актуальні питання сьогодення чи майбутнього, змінює, творить новий час і нове суспільство.

XVIII Звітна науково-практична конференція «Наука і навчальний процес» уже самою своєю назвою засвідчує тісний зв'язок досліджень науковців нашого інституту та їхніх учнів – студентів, із навчальним процесом, а отже, розв'язує нагальні проблеми навчання й виховання сучасних конкурентоспроможних фахівців.

Головна мета науково-практичної конференції – підвищення інтересу учасників до активної наукової діяльності, а також сприяння формуванню наукових зв'язків між навчальними закладами та науковими установами.

Проводячи традиційно цей захід, наш інститут виходить із того, що виховання у майбутніх фахівців самостійності, творчого мислення та відповідальності є основним завданням вищих навчальних закладів України та світу. Важливою передумовою вдосконалення цих якостей була і залишається наука. Зрозуміло, що сучасне суспільство не в змозі розвиватися без обміну досвідом між різними науковими школами та пошуку можливостей для апробації та впровадження результатів досліджень. Наукове життя не мислиме без молодих науковців, у тому числі студентів, які тільки починають свій шлях на науковій ниві. З одного боку, їх сучасне бачення проблем дозволить винайти оригінальні рішення завдань, які ставить перед собою наука. З другого – формування професійної свідомості науковця або практичного працівника можливе лише за умови набуття навичок наукової діяльності, які, до речі, стануть у нагоді й на практиці. Для того, щоб глибоко та повно оволодіти матеріалом навчальних та наукових програм, необхідно передусім сформувати якості дослідника, розширити науковий світогляд, теоретичний кругозір і ерудицію.

Конференція повинна бути результативною. Свідченням

цього є значна кількість учасників, які виявили бажання виступати з доповіддю на науковій конференції. Конференція відбувається у формі пленарного та секційних засідань, які проходять на високому науковому та методичному рівні, в дусі дискусій та великим зацікавленням до піднятих питань.

Учасники конференції мають змогу розповісти про проблематику обраних ними тем, а також цілі і завдання, яких вони прагнули досягти у своїх роботах. Студенти показують свої нестандартні підходи до розв'язання типових проблем. Учасники та гості конференції мають нагоду поставити запитання, які виникнуть під час презентацій та доповідей, та отримати на них детальні роз'яснення та відповіді.

У наукових доповідях конференції є змога висвітлювати актуальні питання та проблеми, пов'язані з розвитком українського та світового суспільства. Підвищення ефективності науки, як правило, розв'язується зі збільшенням кількості і поліпшенням якості проведення досліджень актуальних проблем, з пошуками шляхів і засобів впровадження результатів дослідження в практичну діяльність. У ході конференції робота проводиться за такими напрямами як: інноваційні процеси в освіті та соціально-педагогічній діяльності; захист прав і свобод громадян у світлі вимог Конституції України; психологічні аспекти становлення особистості в навчально-виховному процесі: теорія, досвід, практика; фізична та функціональна реабілітація осіб з інвалідністю; сучасні напрямки розвитку економіки підприємства, регіональної економіки та менеджменту. Вказані напрями наукової діяльності дали можливість Інституту зайняти свою концептуальну наукову нішу, відмінну від інших навчальних закладів регіону.

Кількість матеріалів, що була представлена до розгляду на звітній науково-практичній конференції засвідчила не лише про актуальність заявленої проблематики, але й здатність фахової спільноти сприймати виклики різноманітних проблем та якісно напрацьовувати шляхи їх подолання. Тому науковий захід зміг об'єднати погляди різних учасників.

Сподіваємося, що плідна робота конференції для її учасників залишить тільки позитивні враження і дасть поштовх до подальших наукових досліджень. Традиція проводити

викладанні дисциплін з фізичної терапії
***Якобчук Л.М., Заболотна Ю.О.*** Якісна питна вода – запорука гарного здоров'я 181
***Якобчук Л.М., Кукуль В.М.*** Застосування лікувальної фізкультури у хворих на бронхіальну астму 184
***Якобчук Л.М., Лациба Ю.В.*** Порушення постави – одна з найпоширеніших проблем дитячого віку 190
***Якобчук Л.М., Савчук Т.О.*** Вода – основа життя 195
**ПРОГРАМА КОНФЕРЕНЦІЇ** 200





подібні заходи не буде порушена і вже наступного року ми зустрінемося на XIX Звітній науково-практичній конференції «Наука і навчальний процес».

*Директор Вінницького інституту*
*Університету «Україна»,*
*доктор педагогічних наук*
***ГАННА ДАВИДЕНКО***

# ПРО ІСТОРІЮ ТА ДІЯЛЬНІСТЬ ВІННИЦЬКОГО СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОГО ІНСТИТУТУ УНІВЕРСИТЕТУ «УКРАЇНА»

Навчально-науковий комплекс Університету «Україна» у м. Вінниця є одним із підрозділів вищого навчального закладу «Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна». Історія закладу розвивається стрімко та яскраво. Заснований наприкінці XX століття Університет «Україна» впродовж майже 20 років плекає вітчизняну еліту, розвиває і примножує багаті наукові та освітянські традиції, посідаючи гідне місце серед найавторитетніших вищих навчальних закладів нашої держави.

Останні п’ять років інститут очолює доктор педагогічних наук, кандидат філологічних наук, доцент, голова ради ГО «Соціальна перспектива» Давиденко Ганна Віталіївна.

Головне завдання діяльності інституту – це формування інтелектуальної еліти, впровадження інклюзивної освіти у навчальний процес, розвиток мислячого та свідомого суспільства, яке розуміє, що сьогодні сучасні знання – це засіб забезпечення майбутнього собі та своїм нащадкам.

Інститут формує навчально-виховне середовище, яке базується на нових інформаційних і освітніх технологіях, на партнерській, взаємній повазі між викладачами і студентами, на принципах гуманізму, демократії, загальнокультурних людських цінностях.

Незважаючи на досить юний вік, Університет має своє Ім’я. Тут працюють чудові науковці відомих у світі наукових шкіл та напрямків, талановиті педагоги-наставники молоді, динамічно розвиваються основні напрямки підготовки національних кадрів. Отже, секрет успіху інституту полягає у тому, що ядро колективу становлять висококваліфіковані фахівці зі значним досвідом роботи. Переважна більшість викладачів інституту мають учені ступені кандидатів і докторів наук, носять вчені звання доцентів і професорів. Ці люди мають свої, оригінальні погляди на більшість проблем науки і щедро діляться ними з академічною та студентською громадою.





***Желюк Л.П., Фурман Л.В., Шутяк І.П., Степанець Л.П., Синиця О.О.*** Ефективність фізичної реабілітації при метаболічному синдромі 105
***Костюк Н.Ю.*** Фізична реабілітація при спортивних травмах 111
***Куц О.О., Горбульська А.С.*** Фізична реабілітація при невритах 113
***Куц О.О., Добренко А.В.*** Основні аспекти фізичної реабілітації при інсультах 116
***Куц О.О., Дорошенко О.А.*** Дихальна гімнастика в реабілітації хворих на бронхіальну астму 118
***Куц О.О., Ковтюх Н.Р.*** Фізична реабілітація при венозній недостатності кінцівок 121
***Куц О.О., Кравчук С.Л.*** Реабілітація осіб після черепно-мозкових травм 124
***Куц О.О., Мазур О.П.*** Реабілітація при сколіозах 127
***Куц О.О., Оніщишин В.В.*** Фізична реабілітація при переломах променевої кістки 130
***Куц О.О., Опанасюк М.В.*** Фізична реабілітація при остеоартрозах у поєднанні з остеопорозом 133
***Куц О.О., Щербак А.С.*** Гідрокінезітерапія у реабілітації жінок з патологією вагітності 137
***Ломинога С.І., Журбенко Н.М.*** Застосування програми фізичної реабілітації при захворюваннях опорно-рухового апарату у дітей та підлітків на прикладі спортивно-оздоровчого клубу «Патріот» у місті Вінниці 141
***Стасюк М.О.*** Сучасний стан водних ресурсів планети 145
***Тиртичко А.П., Бабур В.А.*** Лікування термальними водами 154
***Тиртичко А.П., Базяка О.О.*** Водні ресурси України 156
***Тиртичко А.П., Дащенко С.В.*** Історія водолікування 159
***Тиртичко А.П., Негар Т.Б.*** Лікування мінеральними водами 160
***Тиртичко А.П., Стретович А.В.*** Бальнеотерапія 163
***Тиртичко А.П., Ткаченко І.М.*** Загартовування водою 164
***Тиртичко А.П., Шкуркін Є.В.*** Таласотерапія 166
***Цимбалюк А.О.*** Структурні особливості води 168
***Чаланова Р.І.*** Фізіологічна роль води у життєдіяльності організму 171
***Чаланова Р.І., Якобчук Л.М.*** Використання принципу фрактальності у якості методологічного підходу при 176

## РОЗДІЛ 2. ЗАХИСТ ПРАВ І СВОБОД ГРОМАДЯН У СВІТЛІ ВИМОГ КОНСТИТУЦІЇ УКРАЇНИ

***Заворітна О.І.*** Соціальне страхування як основна форма захисту від соціально-економічних ризиків 60
***Кирильчик Н.І.*** Особливості правових свобод та обмежень при користуванні мережею Інтернет 63

## РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СТАНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ В НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОМУ ПРОЦЕСІ: ТЕОРІЯ, ДОСВІД, ПРАКТИКА

***Ніколаєва Н.А.*** Теоретико-методологічні основи дослідження психологічних механізмів формування міжособистісної залежності у жінок 69
***Подолужна Ю.Д.*** Теоретико-методологічні засади становлення завчасної стійкості майбутнього військового професіонала 74

## РОЗДІЛ 4. ФІЗИЧНА ТА ФУНКЦІОНАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

***Арделян В.Г.*** Роль води у біологічних процесах в організмі 80
***Корчинський В.С., Пономаренко М.В., Іванов Д.А., Гірник І.М., Ігнатюк К.П., Бублик Н.П., Бартюк О.М.*** Фізична терапія хворих на гіпертонічну хворобу з супутнім остеохондрозом шийного відділу хребта 87
***Корчинський В.С., Пономаренко М.В., Пономаренко О.В., Бублик Ю.П., Чесник І.В., Іщук Д.П., Висоцька В.В.*** Ефективність диференційованих програм фізичної терапії пацієнтів із різними клінічними варіантами хвороби Шейермана-Мау 92
***Корчинський В.С., Смагло І.О., Костріков О.С., Доброгівська О.О., Килимен О.А.*** Особливості фізичної терапії при остеопорозі в поєднанні з остеоартрозом 98
***Корчинський В.С., Стратієнко М.А., Чесник І.В.,***





Колективи кафедр беруть активну участь у науково-дослідній діяльності Інституту в межах науково-дослідної теми «Методологія інклюзивного навчання осіб з інвалідністю в умовах вищого навчального закладу». Науково-дослідна робота проводиться в умовах співробітництва з провідними теоретиками і практиками інших ВНЗ та підприємств і організацій. Як наслідок – Університет «Україна» посідає шосте місце серед усіх ВНЗ України усіх форм власності – за кількістю студентів та за рівнем упровадження новітніх технологій навчання. Університет «Україна» – найбільший недержавний вищий навчальний заклад.

Керівництво і науковий відділ Інституту значну увагу приділяє підвищенню кваліфікації та професійної майстерності викладацького складу кафедр. Причому найважливішою її формою вважається підвищення кваліфікації та професійної майстерності шляхом навчання в докторантурі та аспірантурі національних і державних вищих навчальних закладів.

Високий фаховий рівень професорсько-викладацького складу підтверджує і те, що вчені інституту є академіками та членами-кореспондентами галузевих академій, вони постійно запрошуються до експертних комісій Державної атестаційної комісії України, під їх керівництвом систематично проводяться наукові дослідження в різних галузях знань.

Викладачі інституту та коледжу беруть активну участь у всіх заходах міста та області, що стосуються питань інклюзивної освіти. Завдяки активній співпраці з низкою громадських організацій області, що опікуються питаннями неповносправності, істотно зросла кількість позитивно реалізованих грантових проектів, до виконання яких долучається і наш інститут. Основний напрямок фінансування – супровід інклюзивної освіти, інформування громадськості та зміна ставлення пересічних громадян до проблем інклюзії.

У вересні 2018 року Університету «Україна» виповнюється 20 років з моменту заснування. За цей період ми підготували 102 000 фахівців. Серед наших випускників є судді, прокурори, банкіри, успішні бізнесмени та посадовці всіх рангів. Безсумнівно, за час свого існування Університет впевнено вийшов на ринок надання освітніх послуг.

У м. Вінниця Університет «Україна» представлений Вінницьким соціально-економічним інститутом – з 1999 р. та Вінницьким коледжем – з лютого 2014 року (вступ на базі 9-ти класів). По закінченню коледжу, студенти отримують диплом молодшого спеціаліста і при бажанні вступають до інституту відразу на 3-ій курс.

Підготовка студентів закладу ведеться за такими освітньо-кваліфікаційними рівнями: молодший спеціаліст, бакалавр, магістр. Організація навчального процесу в Інституті здійснюється відповідно до навчальних планів та освітньо-професійних програм з кожної спеціальності.

Штатний розклад Інституту складається відповідно до нормативів вищої школи і затверджується на кожний рік. Відповідно до нього в Інституті передбачаються посади науково-педагогічних працівників, адміністративного, наукового та допоміжного персоналу. Викладацький колектив за своїм потенціалом успішно вирішує поставлені перед ним навчально-методичні завдання. Його діяльність спрямована на забезпечення високого якісного рівня підготовки фахівців.

В Університеті «Україна» активно й цілеспрямовано залучаються до наукових досліджень молоді науковці. Вони в рамках науково-дослідної теми Інституту пишуть наукові роботи, статті, беруть участь в олімпіадах, конференціях, конкурсах, що проводяться ВНЗ області та України. З 2000 року працює Студентське наукове товариство, яке займається організацією науково-дослідної роботи студентів. З 2016 року Студентське наукове товариство переформатовано у Наукове товариство студентів, аспірантів, докторантів та молодих вчених Вінницького інституту Університету «Україна».

Значна увага приділяється дозвіллю студентів. В інституті діють колективи художньої самодіяльності, щорічно проходять мистецькі фестивалі, розмаїття творчих конкурсів, молодіжні квести, Дні відкритих дверей, вечори відпочинку, екскурсії тощо. Студенти з інвалідністю також беруть активну участь у культурному житті інституту та коледжу, міста та країни загалом, приймають активну участь у низці культурних заходів та конкурсів.

Для якісного забезпечення навчально-виховного процесу у





## ЗМІСТ

**ВСТУПНЕ СЛОВО** 3

**ПРО ІСТОРІЮ ТА ДІЯЛЬНІСТЬ ВІННИЦЬКОГО СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОГО ІНСТИТУТУ УНІВЕРСИТЕТУ «УКРАЇНА»** 6

**РОЗДІЛ 1. ІННОВАЦІЙНІ ПРОЦЕСИ В ОСВІТІ ТА СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ**

***Благодарський Б.С.*** Особливості підготовки соціальних працівників в США, Великій Британії та Україні 12

***Вацлава О.М.*** Фактори, що впливають на розвиток емоційного «вигорання» і деформацію особистості спеціаліста соціальної сфери 17

***Гончарук О.В.*** Інтернет-залежність як соціальна проблема 22

***Двінських О.Р.*** Пропаганда антифашизму в публіцистиці Ернеста Хемінгуея 26

***Колібабчук Ю.В.*** Застосування інформаційно-аналітичної діяльності в бібліотеках 29

***Ленчук О.М.*** Соціальний захист дітей від насильства в сім'ї 31

***Мазур К.С.*** Сучасний стан правового регулювання соціального захисту сім'ї, дитинства, материнства та батьківства в Україні 35

***Мазуркевич О.П., Франчук Д.В.*** Особливості діловодства в архівних установах України 41

***Приймак М.С.*** Поняття «культура ділового спілкування» майбутнього соціального працівника 45

***Сімаченко Т.С.*** Інформаційні технології і їх застосування в державних архівах 51

***Харчук Д.В.*** Підготовка соціальних працівників до роботи у багатонаціональному середовищі 55

| | | |
|---|---|---|
| 13. | Електронний документообіг в управлінні підприємством | *Шелест В.Р.,* магістрант 2 року підготовки, спеціальності «Інформаційна, бібліотечна та архівна справа» Вінницького інституту Університету «Україна».<br>Науковий керівник:<br>*Костенко Н.І.,* кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціальних технологій Вінницького інституту Університету «Україна» |





закладі створено відповідне кадрове, навчально-методичне забезпечення, матеріально-технічну базу, соціальну інфраструктуру.

Навчання студентів у формі лекцій, семінарів, тренінгів, ділових ігор дає змогу слухачам отримати сучасні знання, практичні рекомендації кваліфікованих економістів, психологів, юристів, політологів, управлінців. До того ж безкоштовно слухачам видається навчально-методична література, підручники, посібники та комплекти роздаткових матеріалів, які допоможуть застосувати отримані знання на практиці. Під час навчання слухачі отримують теоретичні знання та практичні вміння і навички, що дає можливість професійно зростати, просуватися по службі, займати керівні посади.

Прийом на навчання в Вінницький соціально-економічний інститут Університету «Україна» та Вінницький коледж Університету «Україна» триває протягом року, а зарахування на заочну форму навчання здійснюється 3 рази на рік: грудні, квітні та серпні. Випускники отримують дипломи державного та міжнародного зразків, які є дійсними у Росії, Білорусі, Чехії, Молдові та інших країнах. При оплаті за навчання діє гнучка система знижок.

Приміщення, що використовуються для забезпечення навчального процесу відповідають вимогам експлуатації, мають необхідне технічне устаткування. До послуг студентів – зручні навчальні аудиторії, лабораторії, комп'ютерні класи з доступом до мережі Інтернет (функціонує також безпровідний wi-fi доступ), науково-технічна бібліотека (фонд літератури – близько 70 тис. примірників), навчально-спортивна та актова зали. Також студенти інституту мають можливість відвідувати басейн. Іногородні студенти забезпечуються місцями в гуртожитку.

На базі інституту діють наступні програми:

1. Програма «Твій шанс» – можливість отримати два дипломи одночасно – України та Європейського Союзу. Умови програми: атестат про середню освіту + бажання навчатися в університеті у Європі. ЗНО НЕ ПОТРІБНО! Ваші кроки: 1) звернутися у приймальну комісію Вінницького інституту Університету «Україна»; 2) обрати спеціальності для навчання в

Україні та Європі. Це може бути одна спеціальність або декілька різних.

2. Вінницький інститут Університету «Україна» є активним учасником програми Європейського Союзу Erasmus+.

3. За підтримки посольства США в Україні на базі інституту діє «Молодіжний ресурсний центр», який відкриває перед студентами інституту широкі можливості працевлаштування та стажування за кордоном.

4. При інституті діє автошкола. Студенти паралельно отримують права на водіння автомобіля категорій A,B,C. Для студентів інституту 10% знижки.

5. В інституті діє Психологічний центр «Інсайт», Юридична клініка, Центр фізичної реабілітації «Україна», під керівництвом всесвітньовідомих науковців, де студенти можуть розширювати свої теоретичні знання, робити наукові напрацювання та набувати практичні навички в обраній професії.

Після закінчення Вінницького інституту Університету «Україна» та отримання диплома державного зразка випускники працюють:

*за спеціальністю «Правознавство»*: в органах правосуддя, самоврядування і виконавчої влади, внутрішніх справ, митного контролю; в установах юстиції, антимонопольному комітеті, інспектором в державній податковій службі, в юридичних службах установ і організацій державної та недержавної форми власності і видів господарювання; прокурорами, суддями, адвокатами, юрисконсультами, державними виконавцями, експертами-криміналістами при УМВС України, в органах дізнання та слідства, помічниками суддів судів загальної та адміністративної юрисдикції, провідними юристами комерційних банків тощо;

*за спеціальністю «Фізична реабілітація», «Здоров'я людини»* (диплом визнається у Росії та Білорусії): фахівцями фізичної реабілітації в лікарнях, госпіталях, медичних і санаторно-курортних закладах; в реабілітаційних центрах, інтернатних установах, школах, гімназіях, міських та районних управліннях, в обласній психоневрологічній лікарні імені Ющенка;





| | | |
|---|---|---|
| | | Університету «Україна».<br>Науковий керівник:<br>*Яблочніков С.Л.,* доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри соціальних технологій Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 10. | Фінансова стабільність як фактор конкурентоспроможності підприємства | *Муляр М.Ю.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Фінанси, банківська справа та страхування» Вінницького інституту Університету «Україна».<br>Науковий керівник:<br>*Швед В.В.,* кандидат економічних наук, доцент, професор кафедри економіки та менеджменту Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 11. | Місце капітальних вкладень в інвестиційному процесі | *Омельченко О.В.,* старший викладач кафедри економіки та менеджменту Вінницького інституту Університету «Україна»;<br>*П'ятковський В.П.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Фінанси, банківська справа та страхування», Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 12. | Удосконалення договірних конструкцій в безготівкових розрахунках | *Радзевіл К.В.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Фінанси, банківська справа та страхування» Вінницького інституту Університету «Україна».<br>Науковий керівник:<br>*Балахонова О.В.,* доктор економічних наук, доцент, професор кафедри економіки та менеджменту Вінницького інституту Університету «Україна» |

| | | |
|---|---|---|
| | аспекти | банківська справа та страхування» Вінницького інституту Університету «Україна».<br>Науковий керівник:<br>*Яблочніков С.Л.,* доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри соціальних технологій Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 4. | Ситуаційні, адміністративні та комунікативні фактори впливу на прийняття управлінських рішень | *Євась Т.В.,* старший викладач кафедри економіки та менеджменту Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 5. | Теоретико-методичні підходи до аналізу фінансового стану підприємства | *Жукова О.А.,* старший викладач кафедри економіки та менеджменту Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 6. | Система соціального аудиту та її нормативні параметри | *Закладній О.А.,* фахівець відділу науки, міжнародної діяльності та інклюзивної освіти Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 7. | Стратегічне управління конкурентоспромож-ністю підприємства | *Закладній О.А.,* фахівець відділу науки, міжнародної діяльності та інклюзивної освіти Вінницького інституту Університету «Україна»;<br>*Галецька А.Р.,* магістрант 2-го року підготовки, спеціальності «Менеджмент» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 8. | Формування ефективної системи мотивації та стимулювання праці персоналу підприємства | *Закладній О.А.,* фахівець відділу науки, міжнародної діяльності та інклюзивної освіти Вінницького інституту Університету «Україна»;<br>*Майборода Е.А.,* магістрант 2-го року підготовки, спеціальності «Менеджмент» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 9. | Концепція планування у менеджменті | *Матвієнко І.О.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Менеджмент» Вінницького інституту |





*за спеціальністю «Інформаційна, бібліотечна та архівна справа»*: спеціалістами в органах державної влади усіх рівнів; архівних органах, документознавцями, референтами-аналітиками, менеджерами органів державної влади та управління;

*за спеціальністю «Соціальна робота»*: в усіх органах соціальної сфери: в управліннях праці та соціального захисту населення, центрах зайнятості, територіальних центрах соціального обслуговування пенсіонерів та одиноких непрацездатних громадян, у міських та обласних центрах соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, в управліннях Пенсійного фонду України;

*за спеціальністю «Фінанси та кредит»*: фахівцями в галузі фінансів, банківської справи, економістами, консультантами з економічних питань, фінансових установах, органах виконавчої влади, державному казначействі, кредитних відділеннях, податкових адміністраціях;

*за спеціальністю «Менеджмент організацій»*: менеджерами з досліджень та розробок, менеджерами з права, досліджень ринку, вивчення суспільної думки, менеджерами з підбору, забезпечення та використання персоналу.

На майбутнє складено вже дуже багато планів по збагаченню наукового багажу, по здобуттю нових перемог, адже місією Вінницького інституту Університету «Україна» є формування нових поколінь ділових людей, спроможних створювати й ефективно управляти українським бізнесом у ринкових умовах, бути кращими в Україні і конкурентоспроможними у регіональному, всеукраїнському, європейському та світовому ринковому просторі.

# РОЗДІЛ 1. ІННОВАЦІЙНІ ПРОЦЕСИ В ОСВІТІ ТА СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

***БЛАГОДАРСЬКИЙ Б.С.,*** *магістрант1-го року підготовки, спеціальність «Соціальна робота», Вінницький інститут Університету «Україна».*
*Науковий керівник: КОСТЕНКО Н.І., кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри соціальних технологій, Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ОСОБЛИВОСТІ ПІДГОТОВКИ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ В США, ВЕЛИКІЙ БРИТАНІЇ ТА УКРАЇНІ

Соціальна робота – це унікальна професія, яка вимагає від фахівця володіння ґрунтовними знаннями, вміннями та навичками, розвитком відповідних професійних та особистісних якостей, високим рівнем сформованості психологічної готовності до професійної діяльності. Соціальний працівник повинен розуміти не лише ознаки, але й причини виникнення проблеми та уміти віднайти шляхи її подолання. Важливе значення в розвитку таких умінь та навичок відіграє правильно організована та скоординована професійна підготовка.

Незважаючи на те, що британська та американська системи організації соціальної роботи мають давню історію, а процес становлення соціальної роботи як науки і практичної діяльності в Україні за своїм початком є фактично рівночасним з процесами формування суверенної української держави, як і українська система підготовки соціальних працівників, вважаємо за можливе здійснити їхній порівняльний аналіз [3].

Серед основних проблем розвитку соціальної роботи в Україні сьогодні слід назвати: недостатність законодавчої бази, яка б регулювала сферу соціальної роботи; відсутність єдиної концепції здійснення підготовки фахівців соціальної сфери, стратегії її реалізації на найближчу перспективу; відсутність повного переліку стандартів соціальних послуг; відсутність





# СЕКЦІЯ 5. СУЧАСНІ НАПРЯМКИ РОЗВИТКУ ЕКОНОМІКИ ПІДПРИЄМСТВА, РЕГІОНАЛЬНОЇ ЕКОНОМІКИ ТА МЕНЕДЖМЕНТУ

12 квітня початок: 12 год. 00 хв.

**вул. Хмельницьке шосе, 23 а, ауд. 309**

***Керівник секції*** *Балахонова О.В.,* доктор економічних наук, доцент, професор кафедри економіки та менеджменту Вінницького інституту Університету «Україна»

***Секретар секції*** *Євась Т.В.,* старший викладач кафедри економіки та менеджменту Вінницького інституту Університету «Україна»

| № з/п | Назва доповіді | Доповідачі |
|---|---|---|
| 1. | Класифікація видів витрат в сучасних економічних умовах | *Балахонова О.В.,* доктор економічних наук, доцент, професор кафедри економіки та менеджменту Вінницького інституту Університету «Україна»;<br>*Гуменюк Ю.В.,* магістрант 2-го року підготовки, спеціальності «Фінанси, банківська справа та страхування» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 2. | Проблеми формування і розподілу фінансових ресурсів на підприємстві | *Вороновська І.В.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Фінанси, банківська справа та страхування» Вінницького інституту Університету «Україна».<br>Науковий керівник:<br>*Швед В.В.,* кандидат економічних наук, доцент, професор кафедри економіки та менеджменту Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 3. | Фінансова політика банку: теоретичні | *Гончарук А.В.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Фінанси, |

| | | |
|---|---|---|
| | фізичної терапії | |
| 28. | Якісна питна вода – запорука гарного здоров'я | *Якобчук Л.М.,* перекладач-дактилолог Вінницького інституту Університету «Україна»; *Заболотна Ю.О.,* студентка 1-го курсу, спеціальності «Фізична терапія. Ерготерапія» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 29. | Застосування лікувальної фізкультури у хворих на бронхіальну астму | *Якобчук Л.М.,* перекладач-дактилолог Вінницького інституту Університету «Україна»; *Кукуль В.М.,* магістрант 2-го року підготовки, спеціальності «Фізична реабілітація» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 30. | Порушення постави – одна з найпоширеніших проблем дитячого віку | *Якобчук Л.М.,* перекладач-дактилолог Вінницького інституту Університету «Україна»; *Лациба Ю.В.,* магістрант 2-го року підготовки, спеціальності «Фізична реабілітація» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 31. | Вода – основа життя | *Якобчук Л.М.,* перекладач-дактилолог Вінницького інституту Університету «Україна»; *Савчук Т.О.,* студентка 1-го курсу, спеціальності «Фізична терапія. Ерготерапія» Вінницького інституту Університету «Україна» |





єдиного стандарту підготовки соціальних працівників; недостатність орієнтирів на прикладний характер майбутньої професійної діяльності; затеоретизованість процесу навчання; недоліки наявних ОПП та ОКХ; відсутність чітких орієнтирів на подальше працевлаштування випускників. Визначальне місце у переліку зазначених проблем посідає питання вітчизняної фахової підготовки кваліфікованих соціальних працівників [1].

Спільними рисами систем підготовки соціальних працівників у США та Великій Британії є: багаторівнева система підготовки; висока якість навчальних програм; орієнтація на практику; державний нагляд за системою підготовки. Відмінності, насамперед, стосуються організаційних форм і методів здійснення навчального процесу. Багаторівневість є характерною і для системи професійної підготовки фахівців соціальної сфери в Україні, але тут ще не достатньо чітко розроблено зміст освітніх программ підготовки магістра та доктора філософії. Порівняльний аналіз систем підготовки соціальних працівників у США та Великій Британії вказує на те, що тут провідним є гуманістично-орієнтований підхід у навчанні, який звертається до особистісно зорієнтованого і диференційного навчання з передбаченням індивідуальних програм розвитку. Слід підкреслити, що американська та британська вища школа у підготовці соціальних працівників використовує найрізноманітніші форми і методи, технології: технології проблемного навчання; технології групової навчальної діяльності; технології навчання як дослідження; проективні технології; технології концентрованого навчання; технології інтерактивного навчання; особистісно-орієнтовані технології; інформаційні технології та ін. У підготовці соціальних працівників також активно використовують: навчальні ігри; рефлексивні ігри; пошуково-апробаційні ігри; дидактичні ігри; імітаційні ігри. Більша увага приділяється позааудиторній роботі студентів (індивідуальній та самостійній роботі), науково-дослідній роботі студентів, що сприяє підвищенню професійної майстерності студентів [4]. Самостійна робота студентів з фаховою літературою є важливим елементом підготовки майбутніх фахівців. В Україні зберігається тенденція до універсальних навчальних програм,

фронтального спілкування, стандартного оцінювання знань і вмінь, лекційній формі передачі інформації викладачем і пасивності студентів. Відмінною є і система оцінювання знань студентів. Так, у США та Великій Британії студенти виконують значну кількість реферативних повідомлень, ессе, випускних робіт, що не є характерним для вітчизняного навчального процесу. У Великій Британії навчання студентів оцінюється через портфоліо (portfolio). котре вважається збіркою усіх письмових робіт студента, звітів про проходження практики, звітів вчителів практики та тьютора щодо проміжного та кінцевого оцінювання навчання студента. Посада тьютора (педагога-наставника) − унікальна, історично сформована особлива педагогічна посада у Великій Британії. Тьютор забезпечує розробку індивідуальних освітніх програм студентів та супроводжує процес індивідуалізації та індивідуальної освіти в навчальному закладі. Порівняльний аналіз навчальних планів та програм ВНЗ США, Великої Британії та України свідчить про те, що принциповою різницею між їхніми моделями професійної підготовки соціальних працівників є спрямованість змісту програм підготовки фахівців цієї сфери у США та Великій Британії на попередження неблагополуччя, превентивну допомогу, соціально-правовий захист дітей, а в Україні – на терапевтичну допомогу, корекцію відхилень [2].

Як свідчать наукові дослідження і статистичні дані, для того, щоб отримати диплом бакалавра соціальної роботи потрібно успішно пройти (у американському коледжі або школі соціальної роботи, які здійснюють підготовку за програмою, що акредитована Радою з питань освіти соціальних працівників у США; у британському коледжі або університеті, які здійснюють підготовку за програмою, що акредитована в Раді з питань піклування Уельсу / Раді з питань соціального піклування Північної Ірландії / Шотландській раді з питань надання соціальних послуг / Раді фахівців з питань охорони здоров'я та опіки Англії) 4-річний денний курс навчання. На рівні бакалавра соціальної роботи в цих країнах перевагу надають підготовці соціальних працівників загальної спеціалізації.

Після завершення основної підготовки бакалаври соціальної роботи можуть або розпочати свою професійну





| | | |
|---|---|---|
| | | спеціальності «Середня освіта (здоров'я людини)» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 22. | Бальнеотерапія | *Тиртичко А.П.,* перекладач-дактилолог Вінницького інституту Університету «Україна»; *Стретович А.В.,* студентка 2-го курсу, спеціальності «Середня освіта (здоров'я людини)» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 23. | Загартовування водою | *Тиртичко А.П.,* перекладач-дактилолог Вінницького інституту Університету «Україна»; *Ткаченко І.М.,* студентка 2-го курсу, спеціальності «Середня освіта (здоров'я людини)» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 24. | Таласотерапія | *Тиртичко А.П.,* перекладач-дактилолог Вінницького інституту Університету «Україна»; *Шкуркін Є.В.,* студент 2-го курсу, спеціальності «Середня освіта (здоров'я людини)» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 25. | Структурні особливості води | *Цимбалюк А.О.,* студент 2-го курсу, спеціальності «Фізична реабілітація» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 26. | Фізіологічна роль води у життєдіяльності організму | *Чаланова Р.І.,* доктор медичних наук, старший науковий співробітник, завідувач кафедри медицини та реабілітації Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 27. | Використання принципу фрактальності у якості методологічного підходу при викладанні дисциплін з | *Чаланова Р.І.,* доктор медичних наук, старший науковий співробітник, завідувач кафедри медицини та реабілітації Вінницького інституту Університету «Україна»; *Якобчук Л.М.,* перекладач-дактилолог Вінницького інституту Університету «Україна» |

| | | |
|---|---|---|
| | | Університету «Україна» |
| 16. | Застосування програми фізичної реабілітації при захворюваннях опорно-рухового апарату у дітей та підлітків на прикладі спортивно-оздоровчого клубу «Патріот» у місті Вінниці | *Ломинога С.І.,* кандидат медичних наук, доцент кафедри реабілітаційних технологій Вінницького інституту Університету «Україна»; *Журбенко Н.М.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Фізична терапія. Ерготерапія» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 17. | Сучасний стан водних ресурсів планети | *Стасюк М.О.,* студент 2-го курсу, спеціальності «Фізична реабілітація» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 18. | Лікування термальними водами | *Тиртичко А.П.,* перекладач-дактилолог Вінницького інституту Університету «Україна»; *Бабур В.А.,* студентка 2-го курсу, спеціальності «Середня освіта (здоров'я людини)» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 19. | Водні ресурси України | *Тиртичко А.П.,* перекладач-дактилолог Вінницького інституту Університету «Україна»; *Базяка О.О.,* студент 2-го курсу, спеціальності «Середня освіта (здоров'я людини)» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 20. | Історія водолікування | *Тиртичко А.П.,* перекладач-дактилолог Вінницького інституту Університету «Україна»; *Дащенко С.В.,* студент 2-го курсу, спеціальності «Середня освіта (здоров'я людини)» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 21. | Лікування мінеральними водами | *Тиртичко А.П.,* перекладач-дактилолог Вінницького інституту Університету «Україна»; *Негар Т.Б.,* студент 2-го курсу, |





діяльність як соціальні працівники загальної спеціалізації, або продовжити навчання у магістратурі. Магістерська програма має практично орієнтований характер і враховує сферу професійної діяльності майбутнього фахівця. Підготовку соціальних працівників, які спеціалізуються на роботі з «дітьми групи ризику», здійснюють саме на магістерських програмах. У США магістри 1-го року навчання проходять загальний навчальний курс, призначений для поглибленого засвоєння теорії і практики соціальної роботи, яке забезпечується вивченням таких предметів як соціальні служби, теорія поведінки людей, динамічна психіатрія, соціокультурні концепції, соціальна стратифікація, етнічні системи, методи практичної соціальної роботи, наукові методи дослідження та ін. 2-ий рік навчання у магістратурі використовується для спеціалізації і вдосконалення рівня фахової підготовки на практиці. Відмінною рисою освіти на рівні магістратури є те, що кожна програма повинна мати базовий компонент і «концентрацію». «Концентрація» може бути організована навколо польового практикуму, проблемної галузі, груп ризику, методів чи принципів впливу, умов і напрямів практики або поєднання будь-яких перерахованих вище аспектів.

Сучасному українському суспільству притаманні всі соціальні проблеми: безробіття, криза інституту сім'ї, наявність значної кількості маргіналізованих членів суспільства, матеріальні нестатки, поширення наркоманії, алкоголізму тощо.

Основні відмінності між моделями проведення практики для студентів бакалаврів спеціальності «соціальна робота» в США та Великій Британії полягають у кількості годин, відведених на практику, кількості місць практики та організаційній структурі практики. Найбільшу кількість годин на проведення навчальної практики відведено в британських навчальних закладах – 1200, протягом яких студент має отримати навчальний досвід щонайменше в трьох місцях практики, найменшу – в американських – 400 годин на одному місці практики. Найбільш комплексною є модель в США, де в керівництві практики беруть участь три особи від університету та одна особа від бази практики [2].

Найбільш чітка організаційна структура практики у

Великій Британії, де керівництвом практики займаються керівник практики від університету та супервізор від бази практики. Між цими ключовими фігурами також відбуваються постійні зустрічі та обговорення, що сприяє активній підтримці студента та інтеграції його знань у практику. Окрім того, в США та Великій Британії визначені організаційні стандарти навчальної практики, які: декларують орієнтацію університетів на етнічне та культурнее різноманіття груп клієнтів; прописують співпрацю та зв'язки з базами практики; інструктують керівників практики та забезпечують необхідними ресурсами студентів.

Таким чином, інноваційними аспектами для України щодо організації практики студентів спеціальності «Соціальна робота» можуть бути: орієнтований на студента підхід при виборі місць практики; проведення підготовчих курсів перед проходженням практики, покликаних зорієнтувати студента щодо викликів та труднощів, з якими він зустрінеться на місці практики; проведення навчання для керівників та викладачів практики щодо розвитку потенціалу студента та створення йому умов для професійної реалізації; проведення детального відбору і, в подальшому, підтримка тісних контактів з місцями практики, які мають відповідати професійним стандартам надання послуг клієнтам.

**Список використаних джерел**

1. Шпеник С. З. Превентивна робота соціальних служб Великої Британії з дітьми та молоддю / С. З. Шпеник // Матеріали доповідей та повідомлень 20-ої ювілейної конференції «Соціальна робота та соціальне середовище» (м. Сегед, Угорщина, 20-21 травня 2010 року). − Сегед, 2010. – С. 77-78.

2. Looked after Children: Knowledge, Skills and Competences of Health Care Staff. Intercollegiate Role Framework. – London : Royal College of Paediatrics and Child Health, 2015. − 57 p.

3. Sowers K. M. Comprehensive Handbook of Social Work and Social Welfare, Social Work Practice / K. M. Sowers, W. Rowe, L. A. Rapp-Paglicci. – Vol.3. – N.Y. : John Wiley & Sons, 2008. – 676 p.

4. Youth at Risk: a Prevention Resource for Counselors,





| | | |
|---|---|---|
| 10. | Фізична реабілітація при венозній недостатності кінцівок | *Куц О.О.,* викладач кафедри медицини та реабілітації Вінницького інституту Університету «Україна»; *Ковтюх Н.Р.,* магістрант 2-го року підготовки, спеціальності «Фізична реабілітація» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 11. | Реабілітація осіб після черепно-мозкових травм | *Куц О.О.,* викладач кафедри медицини та реабілітації Вінницького інституту Університету «Україна»; *Кравчук С.Л.,* магістрант 2-го року підготовки, спеціальності «Фізична реабілітація» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 12. | Реабілітація при сколіозах | *Куц О.О.,* викладач кафедри медицини та реабілітації Вінницького інституту Університету «Україна»; *Мазур О.П.,* магістрант 2-го року підготовки, спеціальності «Фізична реабілітація» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 13. | Фізична реабілітація при переломах променевої кістки | *Куц О.О.,* викладач кафедри медицини та реабілітації Вінницького інституту Університету «Україна»; *Оніщишин В.В.,* магістрант 2-го року підготовки, спеціальності «Фізична реабілітація» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 14. | Фізична реабілітація при остеоартрозах у поєднанні з остеопорозом | *Куц О.О.,* викладач кафедри медицини та реабілітації Вінницького інституту Університету «Україна»; *Опанасюк М.В.,* магістрант 2-го року підготовки, спеціальності «Фізична реабілітація» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 15. | Гідрокінезітерапія у реабілітації жінок з патологією вагітності | *Куц О.О.,* викладач кафедри медицини та реабілітації Вінницького інституту Університету «Україна»; *Щербак А.С.,* магістрант 2-го року підготовки, спеціальності «Фізична реабілітація» Вінницького інституту |

| | | |
|---|---|---|
| | | *Кострiков О.С., Доброгівська О.О., Келемен О.А.,* санаторій «Березовий Гай», м. Хмільник |
| 5. | Методи фізичної терапії при метаболічному синдромі на санаторно-курортному етапі | *Корчинський В.С.,* доктор медичних наук, старший науковий співробітник, професор кафедри реабілітаційних технологій Вінницького інституту Університету «Україна»; *Стратієнко М.А.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Фізична терапія. Ерготерапія» Вінницького інституту Університету «Україна»; *Жилюк Л.П., Фурман Л.В., Шутяк І.П., Степаненко Л.П., Синиця О.О.,* клінічний санаторій «Хмільник», м. Хмільник |
| 6. | Фізична реабілітація при спортивних травмах | *Костюк Н.Ю.,* магістрант 2-го року підготовки, спеціальності «Фізична реабілітація» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 7. | Фізична реабілітація при невритах | *Куц О.О.,* викладач кафедри медицини та реабілітації Вінницького інституту Університету «Україна»; *Горбульська А.С.,* магістрант 2-го року підготовки, спеціальності «Фізична реабілітація» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 8. | Основні аспекти фізичної реабілітації при інсультах | *Куц О.О.,* викладач кафедри медицини та реабілітації Вінницького інституту Університету «Україна»; *Добренко А.В.,* магістрант 2-го року підготовки, спеціальності «Фізична реабілітація» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 9. | Дихальна гімнастика в реабілітації хворих на бронхіальну астму | *Куц О.О.,* викладач кафедри медицини та реабілітації Вінницького інституту Університету «Україна»; *Дорошенко О.А.,* магістрант 2-го року підготовки, спеціальності «Фізична реабілітація» Вінницького інституту Університету «Україна» |





Teachers, and Parents / Edited by D. Capuzzi, D. R. Gross. − [6th edition]. − Alexandria, VA : American Counseling Association, 2014. − 484 p.

***ВАЦЛАВА О.М.,*** *магістрант*
*спеціальності «Соціальна робота»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна».*
*Науковий керівник: ІЛІНІЧ С.Ю.,*
*кандидат філологічних наук,*
*доцент кафедри соціальних технологій,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ФАКТОРИ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОГО «ВИГОРАННЯ» І ДЕФОРМАЦІЮ ОСОБИСТОСТІ СПЕЦІАЛІСТА СОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ

*Актуальність.* Працівникам соціальної сфери, за родом своєї діяльності залученим в тривале напружене спілкування з іншими людьми, властивий, як і іншим фахівцям системи «людина – людина», так званий синдром «емоційного вигорання» або феномен «емоційного вигорання», проявляється як стан фізичного і психічного виснаження, викликаного інтенсивними міжособистісними взаємодіями при роботі з людьми, що супроводжуються емоційною насиченістю і когнітивної складністю. Це пов'язано також з тим, що в своїй діяльності працівники соціальних сфер, крім професіональних знань, умінь і навичок, значною мірою використовують свою особистість, будучи свого роду «емоціональним донором».

*Аналіз наявних досліджень.* Загальні напрямки порушення професійного розвитку і його конкретні прояви, пов'язані з появою негативних симптомів і якостей особистості під впливом особливих умов діяльності і перевантажень, знайшли відображення в працях: Л.С. Виготського, Б.В. Зейгарник, А.Р. Лурія, С.Л. Рубінштейна, Г.Є. Сухарева, А.К. Маркової, В.В. Лебединського, В.П. Подвойського та ін.

*Виклад основного матеріалу.* Основними факторами негативного впливу трудового процесу на особистість

працівника соціальної сфери є когнітивні, поведінкові, афективно-мотиваційні та інші стереотипи.

Повноцінна професійна діяльність виражається в тому, що спеціаліст даної професії як суб'єкт праці покликаний самостійно і творчо підходити до визначення і вирішення професійних завдань; досягати результатів, які відповідають стандартам; вміти аналізувати і регулювати технологічні процеси і т.д.

На розвиток синдрому «вигорання» впливає і організаційний фактор. Його вплив пов'язаний з тим, що робота може бути складною за змістом, але недостатньо організованою, що не оцінюється належним чином, а характер керівництва може не відповідати змісту роботи і т.д. Поширенню синдрому також сприяє невизначеність функцій, пропонованих працівнику.

Істотну роль в «емоційному вигоранні» грає рольовий фактор. Вченими були проведені дослідження присвячені вивченню взаємозв'язку між рольової конфліктністю, рольовою невизначеністю і «вигоранням». Вони виявили, що це особливо проявляється в тих професійних ситуаціях, в яких спільні дії слабо узгоджені, немає інтеграції зусиль, присутня конкуренція, тоді як результат праці залежить від злагодженості та координованості дій. Аналіз рівнів «вигорання», проведений в двох різних групах, показав, що розподіл відповідальності і колегіальність в роботі обмежує розвиток синдрому «вигорання», незважаючи на те, що робоче навантаження може бути істотно вище звичайного. Таким чином, появі синдрому «вигорання» сприяє наявність рольового конфлікту в діяльності соціального педагога [3].

Наступним несприятливим фактором пов'язаним з ризиком виникнення емоційного вигорання є професійні кризи, що неодноразово виявляються протягом усієї професійної діяльності, в тому числі і у високопрофесійних фахівців. Вони можуть виникати, наприклад, на початковому етапі професійної діяльності, при необхідності перекваліфікації і т. д. При кризі спостерігається зниження професійної самооцінки, може проявлятися відчуття вичерпаності своїх можливостей, страх йти навіть на виправданий ризик, посилення захисних мотивів,





| | | |
|---|---|---|
| | процесах в організмі | Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 2. | Фізична терапія хворих на гіпертонічну хворобу з супутнім остеохондрозом шийного відділу хребта | *Корчинський В.С.,* доктор медичних наук, старший науковий співробітник, професор кафедри реабілітаційних технологій Вінницького інституту Університету «Україна»; *Пономаренко М.В.,* асистент кафедри медицини та реабілітації Вінницького інституту Університету «Україна»; *Іванов Д.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Фізична терапія. Ерготерапія» Вінницького інституту Університету «Україна»; *Гірник І.М., Ігнатюк К.П., Бублик Н.П., Бартюк О.М.,* клінічний санаторій «Хмільник», м. Хмільник |
| 3. | Ефективність диференційованих програм фізичної терапії пацієнтів із різними клінічними варіантами хвороби Шейермана-Мау | *Корчинський В.С.,* доктор медичних наук, старший науковий співробітник, професор кафедри реабілітаційних технологій Вінницького інституту Університету «Україна»; *Пономаренко М.В.,* асистент кафедри медицини та реабілітації Вінницького інституту Університету «Україна»; *Пономаренко О.В.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Фізична терапія. Ерготерапія» Вінницького інституту Університету «Україна»; *Бублик Ю.П., Чесник І.В., Іщук Д.П., Висоцька В.В.,* клінічний санаторій «Хмільник», м. Хмільник |
| 4. | Особливості фізичної терапії при остеопорозі у поєднанні з остеоартрозом | *Корчинський В.С.,* доктор медичних наук, старший науковий співробітник, професор кафедри реабілітаційних технологій Вінницького інституту Університету «Україна»; *Смагло І.О,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Фізична терапія. Ерготерапія» Вінницького інституту Університету «Україна»; |

| | | |
|---|---|---|
| 7. | Особливості ідентифікації майбутніх психологів-тренерів з професійною діяльністю | *Салієв Д.Ю.,* магістрант 2-го року підготовки, спеціальності «Психологія» Вінницького інституту Університету «Україна».<br>Науковий керівник:<br>*Найчук В.В.,* кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 8. | Особливості самоставлення студентів у процесі навчання у закладі вищої освіти | *Тарасюк О.В.,* магістрант 2-го року підготовки, спеціальності «Психологія» Вінницького інституту Університету «Україна».<br>Науковий керівник:<br>*Найчук В.В.,* кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології Вінницького інституту Університету «Україна» |

## СЕКЦІЯ 4. ФІЗИЧНА ТА ФУНКЦІОНАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

12 квітня початок: 12 год. 00 хв.

**вул. Хмельницьке шосе, 23 а, ауд. 417**

***Керівник секції*** *Чаланова Р.І.,* доктор медичних наук, старший науковий співробітник, завідувач кафедри реабілітаційних технологій Вінницького інституту Університету «Україна»

***Секретар секції*** *Куц О.О.,* викладач кафедри реабілітаційних технологій Вінницького інституту Університету «Україна»

| № з/п | Назва доповіді | Доповідачі |
|---|---|---|
| 1. | Роль води у біологічних | *Арделян В.Г.,* студентка 2-го курсу, спеціальності «Фізична реабілітація» |





зниження інтересу до подальшого зростання чи, навпаки, прагнення зайняти місце, яке не відповідає рівню своєї компетенції. Ризик виникнення «емоційного вигорання» збільшується в таких випадках:

- монотонність роботи, особливо якщо її сенс здається сумнівним;
- вкладання в роботу великих особистісних ресурсів при недостатності визнання і позитивної оцінки;
- сувора регламентація часу роботи, особливо при нереальних термінах її виконання;
- робота з «невмотивованими» клієнтами, що постійно чинять опір зусиллям консультанта допомогти їм, і незначні, важко відчутні результати такої роботи;
- напруженість і конфлікти в професійному середовищі, недостатня підтримка з боку колег і їх зайвий критицизм;
- нестача умов для самовираження особистості на роботі, коли не заохочуються, а придушуються експериментування та інновації;
- робота без можливості подальшого навчання та професійного вдосконалення.

У деяких роботах відзначається, що узагальненим показником ставлення до праці може служити задоволеність професією, яка заснована на свідомості правильності вибору професії, відповідності своїх здібностей вимогам професії, результативності своєї праці [5].

Якщо людині не вдається подолати кризовий стан, синдром «вигорання», можуть виникнути особистісні деформації, які характеризуються згасанням позитивних установок, посиленням негативного ставлення до себе або до інших.

Деформація особистості – це зміни, що порушують цілісність особистості, знижують її адаптивність і професійно-ефективне функціонування. Деформація є наслідком «вигорання», коли захисні механізми слабшають настільки, що спеціаліст не може протистояти згубним факторам і починається

процес руйнування.

Освоєння особистістю професії неминуче супроводжується змінами в структурі її особистості, коли, з одного боку, відбувається посилення і інтенсивний розвиток якостей, які сприяють успішному здійсненню діяльності, а, з іншого, зміна, придушення або навіть руйнування структур, які беруть участь в цьому процесі. Якщо ці професійні зміни розцінюються як негативні, тобто порушують цілісність особистості, знижують її адаптивність і стійкість, то їх слід розглядати як професійні деформації.

Представники професії типу «людина – людина», які постійно працюють з людьми, схильні до небезпеки професійної деформації більше, ніж представники професій типів «людина – техніка», «людина – природа». Це викликано тим, що спілкування з іншими людьми обов'язково включає і їх вплив на спеціаліста соціальної сфери. Він відчуває емпатію і співпереживає клієнту, як би приймає в себе особливості особистості свого партнера по діловому спілкуванню та його проблеми, що є небезпечним для його психічного здоров'я.

Мають значення і виробничі фактори. «Вигорання» розвивається раніше, якщо працівник соціальної сфери:

- оцінює свою роботу як незначну;
- не задоволений професійним ростом;
- відчуває нестачу самостійності вважає, що його надмірно контролюють;
- повністю поглинений своєю роботою (трудоголік);
- відчуває рольову невизначеність внаслідок нечітких до нього вимог;
- відчуває перевантаження або, навпаки, недовантаження (останнє породжує відчуття своєї непотрібності) [6].

Істотно впливають на розвиток особистості фахівця простір соціальних відносин в суспільстві, становлення нового типу взаємодій фахівця та клієнта, морально-правовий статус спеціаліста в суспільстві і інші фактори.

Сприйняття особистістю спеціаліста соціальної сфери і окремої людини багато в чому буде визначатися не тільки





| | | |
|---|---|---|
| | | наук, доцент кафедри психології Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 3. | Психологічні особливості переживання нормативної кризи зрілого віку | *Кондратєв І.В.,* магістрант 2-го року підготовки, спеціальності «Психологія» Вінницького інституту Університету «Україна».<br>Науковий керівник:<br>*Найчук В.В.,* кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 4. | Теоретико-методологічні засади дослідження проблеми ставлення до грошей в юнацькому віці | *Літвін О.Б.,* магістрант 2-го року підготовки, спеціальності «Психологія» Вінницького інституту Університету «Україна».<br>Науковий керівник:<br>*Найчук В.В.,* кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 5. | Теоретико-методологічні основи дослідження психологічних механізмів формування міжособистісної залежності у жінок | *Ніколаєва Н.А.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Психологія» Вінницького інституту Університету «Україна»<br>Науковий керівник:<br>*Котик І.О.*, кандидат психологічних наук, доцент, професор кафедри психології Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 6. | Теоретико-методологічні засади становлення завчасної стійкості майбутнього військового професіонала | *Подолужна Ю.Д.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Психологія» Вінницького інституту Університету «Україна»<br>Науковий керівник:<br>*Котик І.О.*, кандидат психологічних наук, доцент, професор кафедри психології Вінницького інституту Університету «Україна» |

| | | |
|---|---|---|
| 10. | Викладання предмету «Держава і право закордонних країн» як чинник формування правосвідомості | *Щербатюк О.,* студент 2-го курсу, спеціальності «Правознавство» Вінницького інституту Університету «Україна» |

## СЕКЦІЯ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СТАНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ В НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОМУ ПРОЦЕСІ: ТЕОРІЯ, ДОСВІД, ПРАКТИКА

12 квітня початок: 12 год. 00 хв.

**вул. Хмельницьке шосе, 23 а, ауд. 408**

***Керівник секції*** *Найчук В.В.,* кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології Вінницького інституту Університету «Україна»

***Секретар секції*** *Лєсніченко Н.П.,* асистент кафедри психології Вінницького інституту Університету «Україна»

| № з/п | Назва доповіді | Доповідач |
|---|---|---|
| 1. | Професійне самовизначення особистості: гендерний підхід | *Власова Л.В.,* магістрант 2-го року підготовки, спеціальності «Психологія» Вінницького інституту Університету «Україна».<br>Науковий керівник:<br>*Найчук В.В.,* кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 2. | Психологічні особливості спілкування здобувачів вищої освіти | *Гаршина О.В.,* магістрант 2-го року підготовки, спеціальності «Психологія» Вінницького інституту Університету «Україна».<br>Науковий керівник:<br>*Найчук В.В.,* кандидат психологічних |





особистісним розвитком, але і в більшій мірі об'єктивними обставинами [4].

Особистісні стреси спеціаліста соціальної сфери можуть бути викликані такими факторами, як ситуації зміни або втрати соціального статусу; ситуація втрати роботи; ситуація ризику; ситуації з екстремальними умовами; невизначені ситуації і т.д.

Психологи вивчають, наприклад, як людина приймає потрібні рішення в нетиповій ситуації, які психологічні якості їй необхідні, які негативні якості виникають у неї в екстремальній ситуації і т.д.

З цим пов'язані і так звані «стреси відповідальності». Відповідальність – це категорія етики і права, що відображає особливе правове і моральне ставлення спеціаліста соціальної сфери до клієнта; співвідношення здатностіз можливістю виконувати свої функції. Етична відповідальність працівника перед своєю професією пов'язана зі збереженням цінностей і призначенням професії, з використанням і розвитком знань [2].

*Висновки.* Отже, психологічне вивчення професійної діяльності тісно пов'язане з проблемами психології особистості. Тобто існує взаємозв'язок: з одного боку, особливості особистості працівника соціальної сфери істотно впливають на процес і результати професійної діяльності, з іншого боку, саме формування людської особистості в значній мірі відбувається в ході професійної діяльності і під її впливом.

Таким чином, можемо виділити фактори, що сприяють виникненню професійних стресів та синдрому емоційного вигорання у спеціаліста соціальної сфери:

- високий рівень відповідальності;
- дисбаланс між інтелектуально-енергетичними затратами та морально-матеріальною винагородою;
- одноманітність діяльності;
- невирішені особисті проблеми та ін.

Таким чином, порушення можуть зачіпати різні грані трудового процесу: професійну діяльність, особистість професіонала, професійне спілкування. Ці порушення зумовлюють розвиток професійного «вигорання» –

симптомокомплексу, що включає набір показників, під впливом яких руйнується особистість фахівця. Спеціаліст не може повністю використовувати особисті можливості у зв'язку із станом психічної втоми, або втрачає свої трудові уміння і навички. У результаті відбувається порушення і деформація професійної діяльності, знижується результативність праці в цілому.

**Список використаних джерел**

1.Боровікова С. А. Психологічне забезпечення професійної діяльності / С. А. Боровікова, Т. П. Водолазскова, М. А. Дмитрієва, Л. Н. Корнєєва. – Санкт-Петербург : СПбГУ, 1991. – 152 с.

2. Леонова А. Б. Основні підходи до вивчення професійного стресу / А. Б. Леонова // Вісник психосоціальної і корекційно-реабілітаційної роботи. – 2001. – №11. – С. 192.

3. Орел В. Е. Феномен «вигорання» в зарубіжній психології. Емпіричне дослідження / В. Е. Орел // Психологічний журнал. – 2001. – С. 188.

4. Реан А. А. Фактори стресостійкості вчителів / А. А. Реан, А. А. Баранов // Питання психології. – 1997. – С. 148.

5.Фірсов М. В. Теорія соціальної работи : навчальний посібник / М. В. Фірсов, Е. Г. Студенова. – М. : Владос, 2001. – 432 с.

6. Психологическое обеспечение профессиональной деятельности : учебное пособие / С. А. Боровикова, Т. П. Водолазская. – СПб. : Изд-во СПбГУ, 1991. – 152 с.

***ГОНЧАРУК О.В.,*** *магістрант 1-го року підготовки, спеціальність «Соціальна робота», Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ІНТЕРНЕТ-ЗАЛЕЖНІСТЬ ЯК СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

Сучасний світ характеризується стрімким прогресом у сфері поширення та розвитку інформаційно-комунікаційних технологій. Динамічне використання нових засобів телекомунікації, зокрема Інтернету як потужного глобального





| | | |
|---|---|---|
| 2. | Значення вивчення Конституцій розвинутих держав для становлення демократії в Україні | *Гончар І.,* студент 2-го курсу, спеціальності «Правознавство» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 3. | Розгляд справ у порядку спрощеного провадження | *Ляшков Т.Ю.,* студент 3-го курсу, спеціальності «Правознавство» Вінницького коледжу Університету «Україна» |
| 4. | Роль дисципліни «Держава і право закордонних країн» у підготовці майбутніх юристів | *Менкаль Д.,* студент 2-го курсу, спеціальності «Правознавство» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 5. | Заочний розгляд справи | *Мохнатюк В.Р.,* студент 3-го курсу, спеціальності «Правознавство» Вінницького коледжу Університету «Україна» |
| 6. | Судові рішення | *Пересипкін Д.О.,* студент 3-го курсу, спеціальності «Правознавство» Вінницького коледжу Університету «Україна» |
| 7. | Вивчення політології як чинник формування політичної активності молоді | *Слєпцов Д.,* студент 2-го курсу, спеціальності «Правознавство» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 8. | Особливості правових свобод та обмежень при користуванні мережею Інтернет | *Супрун Л.В.,* доктор наук з соціальних комунікацій, професор кафедри соціальних технологій Вінницького інституту Університету «Україна»; *Кирильчик Н.І.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Соціальна робота» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 9. | Основні принципи Конституції США як основи демократії | *Штойко Т.,* студент 2-го курсу, спеціальності «Правознавство» Вінницького інституту Університету «Україна» |

| | | |
|---|---|---|
| | | Університету «Україна».<br>Науковий керівник:<br>*Мазуркевич О.П.,* кандидат культурології, доцент кафедри соціальних технологій Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 12. | Соціальна адаптація осіб з особливими потребами до навчання в умовах інклюзії | *Ткачук Т.,* студент 4-го курсу, спеціальності «Соціальна робота» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 13. | Підготовка соціальних працівників до роботи у багатонаціональному середовищі | *Харчук Д.В.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Соціальна робота» Вінницького інституту Університету «Україна» |

## СЕКЦІЯ 2. ЗАХИСТ ПРАВ І СВОБОД ГРОМАДЯН У СВІТЛІ ВИМОГ КОНСТИТУЦІЇ УКРАЇНИ

12 квітня початок: 12 год. 00 хв.

**вул. Хмельницьке шосе, 23 а, ауд. 310**

***Керівник секції*** *Ваколюк С.М.,* доктор філософії в галузі права, завідувач кафедри правознавства Вінницького інституту Університету «Україна»

***Секретар секції*** *Буткалюк Г.В.,* викладач кафедри правознавства Вінницького інституту Університету «Україна»

| № з/п | Назва доповіді | Доповідачі |
|---|---|---|
| 1. | Особливе значення установчих документів суб'єктів господарювання | *Ваколюк С.М.,* доктор філософії в галузі права, завідувач кафедри правознавства Вінницького інституту Університету «Україна» |





інформаційного ресурсу, приваблює широкі верстви населення незалежно від віку, освіти та соціального статусу. Водночас неконтрольоване використання комп'ютера та інтернет-мережі перетворилося на загрозу гармонійному розвитку особистості, її психічному здоров'ю. Тому проблема комп'ютерної та інтернет-залежності все більше привертає увагу представників державної влади та вчених у різних країнах світу і спонукає до її глибшого дослідження та пошуку шляхів подолання.

Бурхливий розвиток комп'ютерних технологій в останні роки накладає певний відбиток на розвиток особистості сучасної дитини. Потужний потік нової інформації, застосування комп'ютерних технологій, а саме розповсюдження комп'ютерних ігор дуже впливає на виховний простір сучасних дітей та підлітків. Істотно змінюється і структура дозвілля дітей та підлітків.

Разом з безсумнівним позитивним значенням комп'ютеризації слід відзначити негативні наслідки цього процесу, що впливає на психічне здоров'я підлітків. Негативним наслідком цього процесу є явище комп'ютерної та інтернет-залежності.

Інтернет є сьогодні важливим фактором соціалізації великої кількості підлітків. Він здійснює інформаційний та нормативний вплив на їхню особистість. Об'єктом нашого дослідження виступає комп'ютерна залежність як соціальне явище. В межах статті ми розглянемо можливі небезпечні прояви комп'ютерної залежності, а саме різні форми комп'ютерної залежності підлітків та її наслідки. На наш погляд, результати таких досліджень стануть у нагоді при визначенні шляхів профілактики виникнення комп'ютерної залежності у неповнолітніх [4].

Сучасним суспільствам притаманні розмаїття культур, релігій, способів життя та способів самовираження дитини. В той же час в будь-якому демократичному суспільстві обов'язковим чином виникає необхідність здійснення соціального контролю за девіантною поведінкою окремих індивідів та соціальних груп. Такі види девіантної поведінки як наркоманія, ігроманія, алкоголізм, тютюнопаління та інші вважаються асоціальними і перебувають під постійним

контролем суспільства. Але існують певні види поведінки, які не несуть в собі прямої, явної загрози суспільству, та все ж мають негативні наслідки для людини і соціуму в цілому. До таких можна віднести комп'ютерну залежність: людина, яка проводить більшість часу за комп'ютером, не заважає і не загрожує оточуючим. Але при цьому людина втрачає поступово важливі соціальні контакти, перестає повноцінно виконувати соціальні функції, деградує як особистість.

Комп'ютерна залежність – різновид психічної залежності, який характеризується патологічною тягою людини до роботи або проведення часу за комп'ютером [2].

Загалом до комп'ютерної залежності учені відносили залежність людини від комп'ютерних ігор. Та зі стрімким розвитком та розповсюдженням Інтернет-мережі, в науковому світі заговорили про гостроту проблеми «інтернет-залежності» – це психічний розлад, нав'язливе бажання підключитися до Інтернету і хвороблива нездатність вчасно відключитися від Інтернету [3].

Інтернет задовольняє багатосвідомих і підсвідомих потреб користувачів. Він містить все, чим може бути захоплений користувач. І це ще одна причини, що пояснює пристрасть до Інтернету.

Поведінкою Інтернет-залежність виявляється в тому, що люди настільки віддають перевагу життю в Інтернеті, що фактично починають відмовлятися від свого «реального» життя, проводячи до 18 годин на день у віртуальній реальності та не менше 100 годин на тиждень. Інше визначення Інтернет-залежності: «нав'язливе бажання ввійти в Інтернет, знаходячись off-line, і нездатність вийти з Інтернету, будучи on-line». Часто використовується ще й таке: «Інтернет-залежність – це нав'язлива потреба у використанні Інтернету, що супроводжується соціальною дезадаптацією та яскраво вираженими психологічними симптомами» [1].

За даними різних досліджень Інтернет-залежними сьогодні є 2-6% користувачів мережі серед українських користувачів, серед яких більше ніж 70 відсотків підлітків.

Чинниками, що провокують інтернет-залежність в підлітковому віці можуть бути дезадаптованість людини до





| | | |
|---|---|---|
| | сучасної молоді | |
| 6. | Застосування інформаційно-аналітичної діяльності в бібліотеках | *Колібабчук Ю.В.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Інформаційна, бібліотечна та архівна справа» Вінницького інституту Університету «Україна».<br>Науковий керівник:<br>*Мазуркевич О.П.,* кандидат культурології, доцент кафедри соціальних технологій Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 7. | Соціальний захист дітей від насильства в сім'ї | *Ленчук О.М.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Соціальна робота» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 8. | Сучасний стан правового регулювання соціального захисту сім'ї, дитинства, материнства та батьківства в Україні | *Мазур К.С.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Соціальна робота» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 9. | Особливості діловодства в архівних установах України | *Мазуркевич О.П.,* кандидат культурології, доцент кафедри соціальних технологій Вінницького інституту Університету «Україна»;<br>*Франчук Д.,* магістрант 2-го року підготовки, спеціальності «Інформаційна, бібліотечна та архівна справа» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 10. | Поняття «культура ділового спілкування» майбутнього соціального працівника | *Приймак М.С.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Соціальна робота» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 11. | Інформаційні технології і їх застосування в державних архівах | *Сімаченко Т.С.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Інформаційна, бібліотечна та архівна справа» Вінницького інституту |

## СЕКЦІЯ 1. ІННОВАЦІЙНІ ПРОЦЕСИ В ОСВІТІ ТА СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

12 квітня початок: 12 год. 00 хв.

**вул. Хмельницьке шосе, 23 а, ауд. 308**

***Керівник секції*** *Костенко Н.І.,* кандидат педагогічних наук, завідувач кафедри соціальних технологій Вінницького інституту Університету «Україна»

***Секретар секції*** *Мазуркевич О.П.,* кандидат культурології, старший викладач кафедри соціальних технологій Вінницького інституту Університету «Україна»

| № з/п | Назва доповіді | Доповідачі |
|---|---|---|
| 1. | Особливості підготовки соціальних працівників в США, Великій Британії та Україні | *Благодарський Б.С.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Соціальна робота» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 2. | Особливості виховання дітей в опікунських сім'ях | *Бровчук О.М.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Соціальна робота» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 3. | Інтернет-залежність як соціальна проблема | *Гончарук О.В.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Соціальна робота» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 4. | Соціальний захист осіб з інвалідністю – пріоритетний напрямок діяльності держави | *Гнатишин О.М.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Соціальна робота» Вінницького інституту Університету «Україна» |
| 5. | Проблеми виховання та розвитку соціальної відповідальності | *Григорець М.В.,* студент 4-го курсу, спеціальності «Соціальна робота» Вінницького інституту Університету «Україна» |





соціуму, труднощі з пошуком спільної мови з однолітками, дисгармонія в родині, страх через перехід до самостійного життя. Інтернет дає юнакові можливість втечі з реального світу, у той світ, який він створив собі сам. Особливості самоставлення користувачів інтернету на етапі ранньої дорослості, коли відбувається перехід до самостійного життя, належать до значимих передумов схильності чи несхильності особистості до розвитку інтернет-залежності.

Аналізуючи наслідки залежності підлітків від мережі Інтернет, слід зазначити, що вони є подібними до наслідків, характерних для інших видів адикції. Відхід особистості від реального життя в першу чергу позначається на процесі моделювання суб'єктом власного майбутнього. Занурюючись у кіберсередовище, особистість відсторонюється від реальності та всього того, що з нею пов'язане [5].

Профілактика Інтернет-залежності у підлітків в цілому не відрізняється від профілактики інших видів залежної поведінки. Найбільш важливий фактор – емоційна обстановка в сім'ї і духовний зв'язок між її членами. Ймовірність розвитку залежності менше, якщо дитина не відчуває самотності і нерозуміння з боку близьких.

Соціально-педагогічна профілактика Інтернет-залежності розуміється як комплекс заходів, спрямованих на розвиток психолого-педагогічних характеристик особистості, з метою забезпечення її стійкості до залежної поведінки з формуванням навичок здорового способу життя, а також задля попередження розвитку і прогресування залежності [4].

Отже, проблема інтернет-залежності гостро постає у підлітковому віці та є такою, що крокує разом із розвитком нових інформаційних технологій, а отже не втрачає, а навпаки, набирає актуальності. Розроблені соціальними педагогами шкіл програми та рекомендації профілактики потребують уточнення та детальнішого вивчення.

**Список використаних джерел**

1. Андріанова Н. С. Інтернет-комунікація – реальність чи симулятор? / Н. С. Андріанова // Вісник Дніпропетровського університету. Серія «Мовознавство» : [зб. наук. праць / відп. ред. Т. С. Пристайко]. – Дніпропетровськ : Вид-во ДНУ, 2010. –

Вип. 16. – С. 3-8.

2. Матеюк О. А. Бар'єри у процесі міжособистісної комунікації як засіб протидії психологічному впливові / О. А. Матеюк // Збірник наукових праць інституту психології ім. Г. С. Костюка АПН України / За ред. С. Д. Максименка – К., 2005. – Т. VII. – Випуск 2. – С. 106-112.

3. Проблеми віртуального спілкування [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://comp–doctor.ru/psi/psi–virtualnoe–obshhenie.php

4. Рябцева А. Компьютерные игры в жизни подростка / А. Рябцева // Школьный психолог. – 2012. – №7. – С. 35-40.

5. Церковний А. Аспекти формування Інтернет-залежності / А. Церковний // Соціальна психологія. – 2004. – №5 (7). – С. 149-154.

***ДВІНСЬКИХ О.Р.,*** *магістрантка спеціальності «Журналістика», Національний університет «Острозька академія». Науковий керівник: СУПРУН В.М., кандидат філологічних наук, доцент кафедри журналістики, Національний університет «Острозька академія»*

## ПРОПАГАНДА АНТИФАШИЗМУ В ПУБЛІЦИСТИЦІ ЕРНЕСТА ХЕМІНГУЕЯ

*«Я боровся з фашизмом всюди, де можна було реально воювати з ним»*
*Ернест Хемінгуей*

Американський письменник Е. Хемінгуей був одним із лідерів антифашистського руху у світі, починаючи ще з 20-их років XX століття. Свою радикальну позицію він сформував після Першої світової війни та революції в Іспанії. Саме там він остаточно переконався в тому, що фашизм – це зло, яке неодмінно повернеться знову. Хемінгуей знав, що боротьба з фашизмом буде важка й цілеспрямована. Тому він так гаряче





*Ніколаєва Н.А.*, магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Психологія» Вінницького інституту Університету «Україна»
**Теоретико-методологічні основи дослідження психологічних механізмів формування міжособистісної залежності у жінок**

*Сімаченко Т.С.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Інформаційна, бібліотечна та архівна справа» Вінницького інституту Університету «Україна»
**Інформаційні технології і їх застосування в державних архівах**

*Жукова О.А.,* старший викладач кафедри економіки та менеджменту Вінницького інституту Університету «Україна»
**Теоретико-методичні підходи до аналізу фінансового стану підприємства**

*Федорова В.М.,* студентка 3-го курсу спеціальності «Правознавство» Вінницького коледжу Університету «Україна»
**Наказне провадження**

## ВІДКРИТТЯ КОНФЕРЕНЦІЇ

*12 квітня, початок о 10.00*
*(Актова зала, вул. Хмельницьке шосе 23А)*

Вітальне слово **Давиденко Ганни Віталіївни,** д. пед. н, доцента, директора Вінницького інституту Університету «Україна», голови ради ГО «Соціальна перспектива».

## ПЛЕНАРНЕ ЗАСІДАННЯ

*Чаланова Р.І.,* доктор медичних наук, старший науковий співробітник, завідувач кафедри медицини та реабілітації Вінницького інституту Університету «Україна»
**Фізіологічна роль води у життєдіяльності організму**

*Григорець М.В.,* студент 4-го курсу, спеціальності «Соціальна робота» Вінницького інституту Університету «Україна»
**Проблеми виховання та розвитку соціальної відповідальності сучасної молоді**

*Ваколюк С.М.,* доктор філософії в галузі права, завідувач кафедри правознавства Вінницького інституту Університету «Україна»
**Особливе значення установчих документів суб'єктів господарювання**

*Корчинський В.С.,* доктор медичних наук, старший науковий співробітник, професор кафедри реабілітаційних технологій Вінницького інституту Університету «Україна»; *Пономаренко М.В.,* асистент кафедри медицини та реабілітації Вінницького інституту Університету «Україна»;
*Іванов Д.,* магістрант 1-го року підготовки, спеціальності «Фізична терапія. Ерготерапія» Вінницького інституту Університету «Україна»;
*Гірник І.М., Ігнатюк К.П., Бублик Н.П., Бартюк О.М.,* клінічний санаторій «Хмільник», м. Хмільник
**Фізична терапія хворих на гіпертонічну хворобу з супутнім остеохондрозом шийного відділу хребта**





вітав героїчний опір народів колишнього СРСР проти фашистських загарбників. У листі К.М. Симонову, написаному в 1946 р., Хемінгуей, кажучи про роман «По кому подзвін», зазначав: «Після іспанської війни я мав писати негайно, тому що я знав, що наступна війна насувається швидко, і відчував, що часу залишається мало».

Репортер писав багато статей, але переважна більшість тем мають геополітичний характер. Хемінгуей закликає американську пресу боротись з «коричневою чумою».

У першій статті «Революція і контрреволюція», що вийшла друком 13 квітня 1922 року в «Торнадо Дейлі Стар», Хемінгуей дає оцінку політичній ситуації в Генуї. Він пише: «Деякі області Італії, особливо Тоскана і північні провінції, вже пережили в останні місяці криваву боротьбу, вбивства, репресії і напружені бої для придушення комуністів».

Контрреволюційні сили, за висловом самого Хемінгуея, складаються в основному з фашистів. У, здавалося б, нейтральних описах контрреволюційного руху в Італії відчувається негативний підтекст. У чорних фарбах Хемінгуей змалював сцени жорстокої розправи фашистів з поодинокими представниками комуністів: «Якщо червоний підстрілює одного фашиста з вікон верхнього поверху, тоді фашисти начисто спалюють весь будинок».

За спостереженнями Е. Хемінгуея, фашистський рух з кожним днем міцнів. Такий стан справ у Італії підтверджували щотижневі газетні зведення: «Зазвичай буває від 10 до 15 убитих червоних і від 20 до 50 поранених. А фашистів не більше 2-3 поранених і вбитих».

У липні 1922 року Хемінгуей мав розмову з Муссоліні. Результатом їхньої зустрічі стала стаття «Італійські фашисти» («Торнадо Дейлі Стар» 24 червня 1922 року).

Хемінгуей – серйозний вдумливий аналітик. Він намагався розібратися, як розвивається фашизм в Італії: «Першою стадією була організація контратак проти комуністичної демонстрації, другий – створення партії і, нарешті, тепер це політична і військова партія, яка вербує робітників і прибирає до рук діяльність профспілок. Вона панує від Рима до Альп». Хемінгуей був не тільки ворогом фашизму.

Він намагався дослідити причини, які ведуть фашистів до влади.

Якщо в попередній статті Хемінгуей утримувався від прямих негативних оцінок особистості і політичної діяльності Муссоліні, то в наступному матеріалі «Фашистський диктатор» («Торнадо Дейлі Стар» 27 січня 1923 року) журналіст непохитний у своїх переконаннях: «Муссоліні – найбільший шарлатан Європи. Хоча б він схопив мене і розстріляв завтра на світанку, я все одно залишився б при цій думці».

У статті про «чорносорочкового диктатора» Хемінгуей абсолютно відкрито називав такі риси, як боягузтво, пихатість, лицемірство. В Хемінгуея вже сформувалася думка про Муссоліні і в цілому про фашизм, яку він буде стверджувати в наступних своїх журналістських роботах.

Як і належить справжньому репортерові, Е. Хемінгуей завжди знаходився в центрі події. Він стежив за ситуацією в світі, тонко відчував найменші зміни в політичних стосунках країн у зв'язку з розвитком фашистського руху.

В репортажі «Дуже нелегко потрапити тепер в Німеччину» («Торнадо Дейлі Стар» 2 травня 1923) журналіст відзначав, що в'їзд до Німеччини «заборонений туристам. Журналісти небажані. Німецьке консульство не ставить візи на паспорт». Е. Хемінгуею все ж вдалося перетнути кордон. Він спостерігав за змінами в Німеччині, докладно описував свою подорож в Оффенбург. Розмовляв з простими людьми, які розповідали йому про те, що «тепер не може отримати паспорт, щоб перейти річку… Всі фабрики закриті… Немає поїздів… Потяги не ходять, хіба що військові...».

**Список використаних джерел**

1. Хемингуэй Э. Репортажи, 1920-1924 // Э. Хемингуэй.. – М. : Издательство Московского университета, 1969. – 204 с.





## ОРГАНІЗАЦІЙНИЙ КОМІТЕТ КОНФЕРЕНЦІЇ

**ГОЛОВА**

**Давиденко Ганна Віталіївна**, директор Вінницького інституту Університету «Україна», доктор педагогічних наук, доцент, голова ради ГО «Соціальна перспектива».

**ЗАСТУПНИКИ ГОЛОВИ ОРГКОМІТЕТУ:**

**Ілініч Світлана Юріївна**, кандидат філологічних наук, заступник директора з науково-педагогічної роботи.

**Омельченко Олена Валеріївна**, начальник відділу науки, міжнародної діяльності та інклюзивної освіти.

**ЧЛЕНИ ОРГКОМІТЕТУ:**

**Швед Вадим Валерійович**, кандидат економічних наук, доцент, начальник відділу навчально-методичної роботи.

**Найчук Вікторія Віталіївна**, кандидат психологічних наук, декан соціально-економічного факультету.

**Яблочніков Сергій Леонтійович**, доктор педагогічних наук, професор, завідувач кафедри економіки та менеджменту.

**Чаланова Раїса Іванівна**, доктор медичних наук, завідувач кафедри медицини та реабілітації.

**Заброцький Михайло Михайлович**, кандидат педагогічних наук, професор, завідувач кафедри психології.

**Ваколюк Сергій Миколайович**, доктор філософії у галузі права, завідувач кафедри правознавства.

**Костенко Наталя Іванівна**, кандидат педагогічних наук, завідувач кафедри соціальних технологій.

**Котик Інна Олександрівна**, кандидат психологічних наук, доцент, заступник завідувача кафедри психології.

**Чорноус Анна**, студентка 3 курсу спеціальності «Психологія», голова студентського парламенту Вінницького інституту Університету «Україна»

## ПРОГРАМА КОНФЕРЕНЦІЇ

РЕГЛАМЕНТ РОБОТИ КОНФЕРЕНЦІЇ:

**12 квітня 2018 р.**

| | |
|---|---|
| Реєстрація учасників | 9.00 – 10.00 |
| Відкриття конференції та пленарне засідання | 10.00 – 11.00 |
| Перерва на обід | 11.00 – 12.00 |
| Робота секцій | 12.00 – 15.00 |
| Підведення підсумків і закриття конференції | 15.00 – 16.00 |

## РЕГЛАМЕНТ ВИСТУПІВ:

| | | |
|---|---|---|
| доповідь на пленарному засіданні | - | 20 хв. |
| доповідь на секції | - | до 10 хв. |
| виступ при обговоренні | - | до 3 хв. |

**Мови конференції:** українська, російська, англійська.





***КОЛІБАБЧУК Ю.В.,*** *магістрант 1-го року підготовки, спеціальність «Інформаційна, бібліотечна та архівна справа», Вінницький інститут Університету «Україна».*
*Науковий керівник: МАЗУРКЕВИЧ О.П., кандидат культурології, доцент кафедри соціальних технологій, Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ЗАСТОСУВАННЯ ІНФОРМАЦІЙНО-АНАЛІТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В БІБЛІОТЕКАХ

Сьогодні можна констатувати, що ІАД притаманна бібліотеці як з точки зору вирішення проблем підвищення ефективності управління окремою бібліотекою, так і бібліотечною галуззю в цілому, і виконання свого завдання з обслуговування читачів. Все це зумовлює важливість дослідження ІАД бібліотек як складової нової соціально-комунікаційної реальності. Однак, навіть термін «інформаційно-аналітична діяльність», що у вітчизняній літературі почав активно застосовуватися останнім часом, як зауважує Г. Сілкова, чітко не визначений [1, с. 115]. Це зумовлено тим, що ІАД тією чи іншою мірою, характерна для всіх галузей людської діяльності, проте вирізняється з них своїми цілями, завданнями, засобами та результатами. Крім того, слід враховувати і виникнення різних типів інформаційно-аналітичних служб і, відповідно, різнорідний склад їхніх співробітників. Так, можна виокремити дві великі групи аналітиків – тих, які мають досвід інформаційно-бібліотечної діяльності, й тих, котрі прийшли до аналітики з усіх інших сфер науки та виробництва [1, с. 118].

На сьогодні, аналітичні служби створюються з метою прийняття соціально значимих управлінських рішень у всіх вузлах інформаційної інфраструктури, де концентруються, переробляються потужні інформаційні потоки. Інформаційна аналітика, використовуючи можливості, надані даними службами, активно оперуючи їхніми інформаційними продуктами й послугами, виконує насамперед завдання

змістовного перетворення інформації, функціонально перетинаючись у цьому сенсі з науковою (виробництво нового знання) і управлінською (розробка варіантів рішень, сценаріїв) діяльністю. При цьому найважливішою функцією інформаційної аналітики є виробництво нового знання на основі переробки наявної інформації з метою оптимізації процесу прийняття управлінських рішень [2, с. 21].

Вже сьогодні відчувається актуалізація нових запитів щодо розширення функціонального призначення бібліотечної системи, пов'язаних з розширенням потреб використання інформаційних ресурсів у суспільній практиці. Ця діяльність у загально цивілізаційному вимірі визначає зміст взаємовідносин між складовими соціальної структури, насамперед у масштабі держав і націй.

«Джерелом інновацій дедалі більшою мірою стають дослідження й розробки (більше того, виникають нові відносини між наукою і технологією з огляду на центральне місце теоретичного знання), прогрес суспільства дедалі більше однозначно визначається успіхами у сфері знання» [3, с. 46]. Тому бібліотечна діяльність у процесі розвитку сучасного суспільства, у цілому, підпорядковуватиметься інтересам найбільш високопродуктивної творчої праці. Від неї залежить статус держави, нації в сучасному суспільстві.

**Список використаних джерел**

1. Методика інформаційного реферування як предмет викладання / Г. В. Сілкова // Поліграфія і видавнича справа. – 2008. – №2. – С. 115-123 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pivs_2008_2_22

2. Ступак В. Науково-аналітична діяльність в галузі суспільних наук в Україні: сучасний стан та перспективи розвитку / В. Ступак // Вісн. книжкової палати. – 2000. – №1. – С. 21-24.

3. Сурмін Ю. П. Аналітична діяльність : посібник для аналітика неприбуткової організації / Ю. П. Сурмін – К. : Центр інновацій та розвитку, 2002. – 96 с.





провідність води пропорційна до концентрації солей. За наявності солей температура замерзання води зменшується. Наприклад, морська вода замерзає при температурі –1.9°С, тому при замерзанні морської води формується прісний лід. Цей ефект використовується для опріснення води, наприклад, у холодних районах.

Вода чудово проводить звукові хвилі. Швидкість поширення звуку у воді приблизно у 4-5 разів вища, ніж швидкість поширення звуків у повітрі. Звукові й ультразвукові хвилі мало спотворюються у товщі води. Такі акустичні властивості води дозволяють орієнтуватися і спілкуватися один з одним водним тваринам, наприклад, дельфінам. На цій властивості заснована гідроакустика, тобто фізичний ефект, який дозволяє розпізнавати знаходження у воді різних предметів (наприклад, підводних човнів), а також гідролокація, тобто спосіб визначення місцезнаходження предметів у воді [4].

Усі перераховані властивості води визначаються природою і структурою електронних оболонок атомів кисню і водню, типом і властивостями хімічних зв'язків, які виникають при утворенні молекули води, і в конденсованому стані (рідкому чи твердому) – між молекулами води.

Вивчення води триває. Існують певні явища, пов'язані з водою, які до цього часу не мають чіткого наукового пояснення, наприклад, інформаційні властивості. Вивчення води – найзагадковішої речовини – продовжується. Головне полягає у тому, що життя на Землі можливе завдяки воді та її унікальним властивостям. Тому завдання людства – зберегти воду у природньому стані, не підірвати цю основу життя.

**Список використаних джерел**

1. Загальна гігієна : Посібник до практичних занять / За ред. І. І. Даценко. – Львів : Світ, 2001. – 471 с.

2. Касаткін Д. Природа і людина. Вода джерело життя / Д. Касаткін. – К. : Здоров'я, 2007. – 128 с.

3. Катернога М. Т. Українська криниця / М. Т. Катернога. – К. : Техніка, 2006. – 112 с.

4. Ушакова Г. О. Основи клінічної біохімії : Навч. посіб. – Донецьк : РВВ ДНУ, 2007. – 48 с.

формуються при зниженні температури, тому воду можна охолодити нижче точки замерзання (у дослідах на дистильованій воді її вдавалося охолодити до –70°С). Проте цей стан нестійкий. Варто вкинути до цієї води шматочок льоду, як починається швидкий процес переходу води із рідкої фази у тверду [3].

Слід зазначити, що на температуру замерзання води впливає солоність, із зростанням якої на кожний процент температура замерзання знижується на 0.54°С.

Теплоємність води також має аномальні властивості. Теплоємність – це кількість тепла, необхідна для підвищення температури одиниці маси будь-якої речовини на 1°С. Чиста вода має найбільшу з усіх відомих рідких і твердих речовин теплоємність. Це означає, що при поглинанні певної кількості тепла температура води підвищиться менше, ніж будь-якої іншої речовини. І навпаки: при охолодженні вода віддає більшу кількість тепла, ніж така ж кількість будь-якої іншої твердої речовини чи рідини. Завдяки цій властивості вода здатна накопичувати максимальну кількість тепла з усіх речовин. Висока теплоємність води забезпечує сталість температури тіла людини та інших теплокровних тварин і в спеку, і в мороз [4].

Ця особливість води має важливе значення у природі. Вода зберігає й переносить тепло та є тепловим стабілізатором клімату.

Вода володіє дуже низькою молекулярною теплопровідністю, тобто вона є відмінним теплоізолятором. Завдяки цій властивості вода повільно нагрівається і вистигає, а передача тепла у водах річок, озер і морів відбувається здебільшого за рахунок перемішування мас води, так званої конвекції. Сніг захищає ґрунт від промерзання. Льодовий покрив на водних об’єктах також перешкоджає глибокому замерзанню водної маси.

Більшість речовин тією чи іншою мірою розчинні у воді. Як наслідок, абсолютно чистої води у природі немає, і щоб отримати воду без домішок, необхідно витратити чимало енергії. У воді немає нейтральних молекул солі, а є лише гідратовані іони. Чиста дистильована вода не проводить електричний струм і має більший електричний опір, а





***ЛЕНЧУК О.М.,*** *магістрант 1-го року підготовки,*
*спеціальність «Соціальна робота»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## СОЦІАЛЬНИЙ ЗАХИСТ ДІТЕЙ ВІД НАСИЛЬСТВА В СІМ’Ї

Жорстоке поводження з дітьми визнано однією з найбільш розповсюджених форм порушення прав людини у світі. Без подолання цього згубного явища не можливо створити умови для повноцінного розвитку дитини, реалізації її особистості. Проблема насильства над дітьми свідчить про необхідність ретельного вивчення й розробки профілактичних заходів спрямованих на її вирішення, оскільки діти є найнезахищенішою, найуразливішою й майже повністю залежною від дорослих частиною суспільства.

Насильство розглядають у чотирьох площинах: правовій, моральній, суспільно-політичній та психологічній. У правовій площині більшість випадків насильства карається законом. Але проблема полягає в тому, що жертви насильства не завжди звертаються по допомогу до правоохоронних органів.

У контексті викладеної проблеми надзвичайно актуальною є соціально- правовий захист дитини від насильства і жорстокого поводження в сім’ї.

Соціальна робота з дітьми та молоддю – це діяльність уповноважених органів підприємств, організацій та установ незалежно від їх підпорядкування і форми власності, та окремих громадян, яка спрямована на створення соціальних умов життєдіяльності, гармонійного та різнобічного розвитку дітей та молоді, захист їх конституційних прав, свобод і законних інтересів, задоволення культурних та духовних потреб (Закон України «Про соціальну роботу з дітьми та молоддю») [1].

Соціальна робота в аспекті протидії жорстокому поводженню з дітьми має такі завдання:

- інформувати про сутність і наслідки жорстокого поводження з дітьми, відповідальність за них;
- показувати моделі сімейного та суспільного виховання,

людських стосунків, які засновані на гуманних і демократичних засадах;

• роз'яснювати права членів сім'ї, вчити їх реалізовувати та захищати і на цій основі будувати власні моделі сімейного життя і сімейного виховання;

• змінювати ставлення суспільства до жорстокого поводження з дітьми, активізує громадську позицію людей;

• сприяти самореалізації дітей і дорослих [3].

Явище насильства потребує ретельного розгляду, важливо вчасно виявити випадок жорстокого ставлення до дитини. Саме з цією метою нами запропоновано методику вияву дітей, які постраждали від насильства з урахуванням вікових особливостей.

Для всіх вікових категорій властиві такі характерні прояви, які свідчать про насильство, яке над ними чинять: затримка фізичного чи психічного розвитку, затримка мовного моторного розвитку, низька успішність, нервовий тік, енурез, порушення сну, тривожність, тривалі пригнічені стани, сумний чи стомлений вигляд, порушення апетиту, постійний голод чи спрага, санітарно-гігієнічна занедбаність, педикульоз, аутоагресія тощо [4].

Проблема соціально-правового захисту дітей є актуальною для України. Не зважаючи на досить велику кількість документів, що забезпечують юридичну підтримку дитинства в Україні, діти продовжують залишатися однією з найменш захищених категорій населення.

Дитина має додаткові, особливі права, відмінні від дорослих. Це зумовлено її фізичною, розумовою, моральною та духовною незрілістю. Права дитини – це певні спеціальні можливості, які необхідні людині віком до 18 років для існування і досягнення зрілості. Права дитини не слід ототожнювати з її потребами. Не існує права на виховання в щасливій родині або права на любов, хоча це надзвичайно важливі потреби для кожної людини, а для дитини – особливо.

Дорослі повинні створити світ, сприятливий для дітей, світ, у якому кожна дитина почуватиметься захищеною, де буде враховуватися її думка, де немає місця насильству, світ, який би





виявлено 18. Вони й формують реальну земну гідросферу [4].

Особливості води значною мірою визначаються особливостями елементів, які утворюють молекулу води, – воднем і киснем. Атом водню містить лише один електрон. Щоб бути стійкою, електронній оболонці атома водню необхідний ще один електрон. З'єднуючись з будь-яким іншим атомом, наприклад, атомом кисню, атом водню зберігає здатність притягувати інші атоми, тобто має можливість створення так званих водневих зв'язків. Ці зв'язки слабші, ніж іонні й ковалентні, проте вони впливають на фізичні властивості води у рідкому і твердому стані.

Здатністю рідкої води зберігати структуру пояснюють і властивості «пам'яті» води. Існує гіпотеза, що «пам'ять» води пояснюється існуванням стійких комплексів. Зміна положення одного структурного елемента у кластері води під дією зовнішнього чинника забезпечує чутливість інформаційної системи води [2].

Вода – єдина відома речовина, яка у твердому стані має меншу густину, ніж у рідкому. При зниженні температури до +4°С відбувається підвищення густини, а далі густина починає зменшуватися. Цей ефект пояснюють тим, що при температурі +4°С починається формування упорядкованих кластерів, що призводить до збільшення відстані між молекулами, тобто до зниження густини. Такий характерний лише для води режим зміни густини має велике значення у природі. Завдяки тому, що температура води з максимальною густиною вища за температуру замерзання, більшість водних об'єктів на нашій планеті, наприклад, озера й водосховища, не промерзають до дна навіть в умовах суворого клімату. Лід утворює своєрідну «шубу» для основного об'єму водного об'єкта і захищає глибини від подальшого промерзання, позаяк проводить тепло значно гірше, ніж рідка вода.

Проте на цьому унікальні властивості води не закінчуються.

Важливо відмітити ще одну властивість води, а саме – здатність переохолоджуватися до деяких від'ємних значень температури, не перетворюючись на лід. Ця властивість також пов'язана зі здатністю молекул води до утворення структур, які

не лише є середовищем існування живих організмів, але впливає на формування клімату, гірських порід, рельєфу, спричиняючи на певних територіях повені чи, навпаки, засуху.

Нормальне функціонування організму людини, її самопочуття залежить від кількості та якості спожитої води. Доведено, що при втраті в організмі близько 10% води людина втрачає свідомість, а втраті 12% води призводить до смерті. Позаяк усі процесі в організмі відбуваються у розчині (розчинник – вода), склад і властивості води впливають на швидкість біохімічних реакцій, які відбуваються в організмі, стан динамічної рівноваги [1].

Вода потрібна не лише живим організмам. Гідросфера чинить значний вплив на більшість процесів, що відбуваються на нашій планеті. Вона стабілізує температуру поверхні й забезпечує тепловий режим Землі. Вода поглинає у 2-3 рази більше сонячної енергії, ніж суша. Світовий океан є регулятором клімату на нашій планеті: холодні води на полюсах поглинають вуглекислий газ із повітря і повертають його у нагрітих екваторіальних водах.

Хоча загальна кількість води на Землі незмінна, існує небезпека, що унаслідок нераціонального використання води можуть зменшитися її запаси, придатні для виконання основних функцій – підтримання життя на землі і задоволення потреби людства у ній як природному ресурсі.

Із усіх відомих на Землі речовин вода володіє багатьма незвичайними і навіть унікальними властивостями. Ці властивості значною мірою забезпечують життя на Землі. Більше того, за відсутності цих властивостей зародження і підтримання життя на Землі було б неможливим.

Щоб зрозуміти цю роль води, коротко ознайомимося з її фізико-хімічними властивостями.

Загальновідома хімічна формула води – $H_2O$. Проте, до кінця 18 ст. вважалося, що вода – неподільна речовина. Лише 1781 року англійський учений Генрі Кавендіш довів, що вода складається з двох елементів, які пізніше французький хімік Антуан Лавуазьє назвав киснем і воднем (той, що народжує воду). У комбінації $H_2O$ теоретично може існувати 42 різноманітних ізотопних різновиди води, з яких фактично





дав змогу виховати здорове, щасливе, досконале покоління. Оскільки сьогоднішні діти – завтрашні громадяни, то їхній захист і розвиток є передумовою майбутнього розвитку держави. І тому підвищення добробуту, рівня забезпеченості, виховання та забезпечення усього найкращого дітям є головною метою багатьох держав, в тому числі й України.

Про соціальний захист дитини можна говорити у двох аспектах. У широкому розумінні соціальний захист передбачає гарантію основних прав, зафіксованих у Конвенції ООН про права дитини. У вузькому розумінні це означає створення умов для вільного розвитку духовних та фізичних сил дитини, пробудження її активності. Соціальна захищеність не має вікових рамок. Але чим менше дитина, тим більше вона потребує захисту.

Жорстоке поводження з дітьми, нехтування їхніми інтересами не лише завдає непоправної шкоди їх фізичному здоров'ю, але й тягне за собою важкі психічні та соціальні наслідки. У більшості дітей-жертв насильства з'являються серйозні відхилення в психічному, фізичному розвитку, в емоційній сфері.

Кількість дітей, які потрапили в біду, не зменшується, а навпаки, збільшується. На жаль, в Україні сьогодні таке явище, як насильство в сім'ї та кривдництво дітей, не завжди стоять у центрі уваги громадськості. Це не від зменшення таких явищ, а затемнення їх тими подіями, які привертають до себе більше уваги у соціополітичному житті країни.

Основними методами соціальної роботи з дітьми можна назвати: соціально-психологічні, спрямовані на внутрішній світ дитини, які передбачають певну корекцію його системи цінностей і орієнтацій; соціально-педагогічні, які дають можливість підвищити освітній і інтелектуальний рівень дитини, сформувати адекватну оточуючим його умовам систему ціннісних орієнтацій і уявлень; соціально-медичні, які призначені для надання дитині своєчасної і необхідної медичної допомоги; соціально-правові, що включають в себе певні процедури і операції, які дозволяють привести процес життєдіяльності дитини відповідно до існуючих норм закону; соціально-економічні, які спрямовані на вирішення проблем

матеріального благополуччя дитини; соціально-групові, що дозволяють соціальному працівникові і іншим спеціалістам вести роботу з соціальним оточенням дитини [2].

На жаль, незважаючи на певні позитивні зрушення у розв'язанні проблеми насильства, механізм соціально-правового захисту потерпілих від насильства залишається недосконалим: не вистачає відповідних закладів для надання допомоги потерпілим та спеціально підготовлених фахівців у сфері запобігання насильству, неефективною є система раннього виявлення випадків насильства в родині. Недостатньо ефективною також є система санкцій, що застосовуються щодо осіб, які вчиняють насильство в сім'ї.

Досліджувана проблема багатоаспектна, багато питань чекають подальшого вивчення і вирішення. Зокрема: вивчення особливостей соціально-правового захисту дітей від сексуального насильства, незаконного використання дитячої праці, купівлі-продажу дитини тощо; а також потребує розробки низка окремих методик для роботи з такими категоріями дітей.

**Список використаних джерел**

1. Про соціальну роботу з дітьми та молоддю : Закон України від 21 серпня 2001 року №2558-III [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.rada.gov.ua.

2. Максимова Н. Ю. Конфліктна сім'я потребує допомоги: про психологічні аспекти попередження насильства в таких сім'ях / Н. Ю. Максимова // Практична психологія та соціальна педагогіка. – 2004. – №7. – С. 14-19.

3. Система захисту дітей від жорстокого поводження : Навчально-методичний посібник / За ред. К. Б. Левченко, І. М. Трубавіної. – К. : Держсоцслужба, 2005. – 396 с.

4. Шендеровський К. С. Попередження насильства в сім'ї: Технологія тренінгу / К. С. Шендеровський // Психологічна газета. – 2004. – №12. – С. 2-31.





Україні / О. О. Дудіна, Н. Г. Гойда, Р. О. Моісеєнко, С. І. Осташко // Щорічна доповідь про результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2011 рік / За ред. Р. В. Богатирьової. – К., 2012. – 570 с.

2. Кашуба В. А. Биомеханика осанки / В. А. Кашуба. – К. : «Олимпийская литература», 2003. – 279 с.

3. Куц О. О. Розповсюдженість та причини порушень постави серед молоді / О. О. Куц // Наука і навчальний процес : наук.-метод. зб. матеріалів XIV звіт. наук.-практ. конф., Вінниця, 09-10 квітня 2014 р. / відп. за вип. С. Ю. Ілініч та ін. – Вінниця : ТОВ «Нілан-ЛТД», 2014. – С. 106-107.

4. Теорія і методика фізичного виховання : [ у 2 т.] / За ред. Т. Ю. Курцевич. – К. : Олімпійська література, 2012. – Т. 2. – 366 с.

***ЯКОБЧУК Л.М.,*** *перекладач-дактилолог,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***САВЧУК Т.О.,*** *студентка 1-го курсу,*
*спеціальність «Фізична терапія. Ерготерапія»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ВОДА – ОСНОВА ЖИТТЯ

Вода – це життя. Вода – найпоширеніша і найунікальніша речовина на землі. Немає природнього тіла, яке могло б зрівнятися з нею за впливом на хід геологічних процесів. Без води неможливе життя. Життя на Землі виникло саме у водному середовищі. Вода є головним компонентом усіх живих організмів, складаючи 70% маси тіла дорослої людини і від 50% до 90% маси тварин і рослин. Неможливо назвати жодної галузі народного господарства, яка може існувати без води, а для деяких з них вода є основною сировиною. Вода є компонентом практично усіх технологічних процесів, вона є сировиною, розчинником, теплоносієм, транспортною системою. Кількість і якість води, яку використовують жителі для пиття і в побутових умовах, значною мірою визначає якість життя. Нарешті, вода є важливим чинником, що визначає природні умови на землі: вона

постави.

Раніше було прийнято вважати, що фізичні вправи впливають переважно на нервово-м'язовий апарат, а зміни обміну речовин, системи кровообігу, дихання та інших систем можна розглядати як побічні, другорядні. Сучасні дослідження показали, що при м'язовій діяльності виникає явище, яке дістало назву моторно-вісцеральних рефлексів, тобто імпульси з працюючих м'язів адресовані внутрішнім органам. Це дозволяє розглядати фізичні вправи як важіль, який впливає через м'язи на рівень обміну речовин і діяльність найважливіших функціональних систем організму.

Механізми нормалізації функцій є провідними в забезпеченні повного відновлення здоров'я і працездатності хворих. Засоби ЛФК сьогодні розглядаються як найбільш дійові компоненти медичної реабілітації. Відновлення та нормалізація порушених функцій є більш ефективними при використанні активних методів лікування. Тільки систематичне тренування сприяє перебудові патологічної домінанти інтероцепції на користь пропріоцепції. Із відновленням рухової домінанти нормалізуються і вегетативні функції: знижується частота серцебиття при тахікардії, знижується артеріальний тиск, нормалізується дихання тощо.

Правильно підібрані та дозовані фізичні вправи допомагають ліквідувати наслідки гіподинамії, нормалізувати і розширити діапазон функціональних можливостей серцево-судинної і дихальної систем, відновити судинні рефлекси, підвищити пристосовність і стійкість організму до м'язового напруження [2].

Завдяки застосуванню фізичних вправ у комплексі лікування скорочується розрив між клінічним одужанням і відновленням працездатності, тобто раніше нормалізується функція. Спеціальні фізичні вправи сприяють руйнуванню сформованих під час хвороби патологічних умовних рефлексів і відновлюють адаптацію хворого спочатку до звичних м'язових навантажень, а у подальшому – і до умов соціального середовища.

**Список використаних джерел**

1. Аналіз діяльності служби охорони матері і дитини в





***МАЗУР К.С.,*** *магістрант 1-го року підготовки,*
*спеціальність «Соціальна робота»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна».*
*Науковий керівник: КОСТЕНКО Н.І.,*
*кандидат педагогічних наук, доцент,*
*завідувач кафедри соціальних технологій,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## СУЧАСНИЙ СТАН ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ СОЦІАЛЬНОГО ЗАХИСТУ СІМ'Ї, ДИТИНСТВА, МАТЕРИНСТВА ТА БАТЬКІВСТВА В УКРАЇНІ

Стратегічна мета сучасної цивілізаційної держави полягає в провадженні ефективної соціальної політики, спрямованої на забезпечення належного матеріального становища її громадян. Розвиток держави є відображенням соціальної структури суспільства, а показником якісної соціальної політики є реалізація державних соціальних стандартів та гарантій, що вказують на політику держави загалом [2]. Для досягнення вказаної мети необхідно запровадити ефективне правове регулювання соціального захисту як усього населення, так і сім'ї, дитинства, материнства та батьківства.

Особливість правового регулювання також полягає у тому, що воно має свій специфічний механізм, під яким розуміють взяту у єдності систему правових засобів, за допомогою яких забезпечується результативний правовий вплив на суспільні відносини [1]. Основою для розвитку національного соціального законодавства, як справедливо зазначає Н.Б. Болотіна, є міжнародні соціальні акти, де виділяються акти світового і регіонального рівнів. Світовий рівень – це такі міжнародні акти як: Загальна декларація прав людини (ООН, 1948 р.); Міжнародний пакт про економічні, соціальні та культурні права (ООН, 1966 р.); Конвенція про права дитини (ООН, 1989 р.); Декларації ООН – Декларація прав дитини (ООН, 1959 р.), Копенгагенська декларація про соціальний розвиток (1995 р.), Стандартні правила щодо урівняння можливостей інвалідів (1994 р.); Всесвітня декларація ООН про забезпечення виживання, захисту і розвитку дітей

(1990 р.); Резолюція ООН «Принципи медичної етики» (1992 р.); конвенції та рекомендації Міжнародної організації праці; нормативні акти Всесвітньої організації охорони здоров'я та Всесвітньої медичної асамблеї, тощо.

Правове регулювання соціального захисту сім'ї, дитинства, материнства та батьківства в Україні здійснюється за допомогою міжнародних норм і норм національного законодавства. На національному рівні нормативно-правову базу щодо вирішення проблем соціального захисту сім'ї, дитинства, материнства та батьківства в Україні складають положення Конституції України [2], Сімейного кодексу України, Законів України «Про освіту» від 23.05.1991 р. №1060-XII, «Про вищу освіту» від 01.07.2014 р. №1556-VII, «Про безоплатну правову допомогу» від 02.06.2011 р. №3460-VI, «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» від 05.10.2000 р. №2017-III, «Про охорону дитинства» від 01.06.2000 р. №1768-III, «Про державну допомогу сім'ям з дітьми» від 21.11.1992 р. №2811-XII, «Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям» від 01.06.2000 р. №1768-III [3], «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам» від 16.11.2000 р. №2109-III, «Про забезпечення організаційно-правових умов соціального захисту дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування» від 13.01.2005 р. №2342-IV, «Про соціальні послуги» від 19.06.2003 р. №966-IV, «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» від 21.06.2001 р. №2558-III, «Про основи соціального захисту бездомних осіб і безпритульних дітей» від 02.06.2005 р. №2623-IV, Постанови Кабінету Міністрів України: «Про затвердження Порядку призначення і виплати державної допомоги сім'ям з дітьми» від 27.12.2001 р. №1751, «Деякі питання призначення і виплати допомоги сім'ям з дітьми» від 11.01.2007 р. №13, «Про затвердження Порядку призначення і виплати державної соціальної допомоги малозабезпеченим сім'ям» від 24 лютого 2003 р. №250, «Про затвердження Порядку призначення і виплати державної соціальної допомоги на дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, грошового забезпечення батькам-вихователям і прийомним батькам за надання соціальних послуг у дитячих будинках





поєднувати з ритмом дихання. Слід пам'ятати про те, що при силових статичних напруженнях дихання утруднюється, а при вправах із натужуванням відбувається затримка дихання.

Дихальні вправи статичного або динамічного характеру з положенням або рухом рук на рівні голови чи вище зумовлюють найбільш активну дихальну функцію в нижній апертурі грудної клітки і діафрагми. Показником цього є посилення пневматичності легеневої тканини, зростання міжреберних проміжків, збільшення рухливості діафрагми та ін. Кращий ефект вентиляції нижніх часток легень досягається у вихідному положенні лежачи на спині із зігнутими в колінних і тазостегнових суглобах ногами, з упором на стопи із закинутими за голову руками і розслабленими м'язами передньої черевної стінки.

Широко використовуються у практиці ЛФК природні фактори. Це метод використання специфічних властивостей різних типів клімату, а також окремих метеорологічних комплексів і різних фізичних властивостей повітряного середовища з лікувально-профілактичною метою.

Загартовування – один із найбільш використовуваних засобів. Метою загартовування є досягнення швидкого пристосування організму до мінливих умов середовища: до низької або високої температури, зниженого атмосферного тиску, підвищеної сонячної радіації тощо. Обов'язковий принцип при його здійсненні – поступовість підвищення інтенсивності впливу. Цього принципу необхідно дотримуватися незалежно від того, до якого саме чинника здійснюється тренування організму. Слід поступово змінювати температуру середовища, час впливу, показники атмосферного тиску та ін. Другим принципом є вимога впливати на ділянки тіла, які зазвичай закриті одягом.

Ефективність лікувальної гімнастики значно підвищується при застосуванні гідрокінезітерапії і плавання. Заняття проводять не менше ніж два рази на тиждень при температурі води не нижче 26°С і повітря 25-26°С. Тривалість заняття 40-55 хв., сюди входить 10-20 хв. виконання імітаційних і підготовчих вправ на суші. У воді використовують різноманітні вправи для розвитку сили і витривалості м'язів та на виховання правильної

гіподинамія, недостатнє перебування на свіжому повітрі тощо. Третя група чинників пов'язана з можливим сукупним впливом ендогенних та екзогенних чинників. Незважаючи на досить високу значимість окремих чинників [4].

При корекції постави, нормалізації порушених фізіологічних функцій, відновленні здоров'я у дітей чільне місце посідає фізична реабілітація. Важливим завданням є відновлення трудових навичок на основі максимального розвитку функціональних особливостей організму.

Лікування дефектів постави і деформації опорно-рухового апарату комплексне. Воно передбачає використання ЛФК разом з масажем, фізіотерапією, загартуванням, гігієнічними та оздоровчими заходами у режимі навчання, праці та відпочинку. Головним діючим чинником серед них є фізичні вправи.

До засобів ЛФК належать суворо дозовані фізичні вправи, застосовані на фоні природних факторів, масаж і мануальна терапія.

Дихальні вправи поліпшують й активізують функцію зовнішнього дихання, кровообігу, обміну речовин; діяльність системи травлення. Вони сприяють зниженню стомлення після важких фізичних вправ і допомагають нормалізувати діяльність серцево-судинної і дихальної систем. Тому дихальні вправи є обов'язковим складником комплексів фізичних вправ у процедурах лікувальної та гігієнічної гімнастики.

Статичні дихальні вправи виконують без руху рук, ніг і тулуба. Їх використовують для того, щоб навчити хворого правильно здійснювати грудне, діафрагмальне і повне дихання, змінювати фази дихального циклу (співвідношення часу, необхідного для вдиху та видиху, залучення короткочасних пауз і затримання дихання), поєднувати дихання з промовлянням звуків, що відповідає ритмічному диханню, зменшувати кількість дихальних рухів та ін.

Динамічні дихальні вправи виконуються разом із загальнорозвиваючими вправами для рук, ніг і тулуба. При цьому вдих роблять одночасно з випрямленням тулуба, ніг і підніманням або відведенням у сторони рук, тобто в момент найбільшого об'єму грудної клітки. При виконанні динамічних дихальних вправ доцільно ритм загальнорозвиваючих рухів





сімейного типу та прийомних сім'ях за принципом «гроші ходять за дитиною» від 31 січня 2007 р. №81 [4], «Про затвердження Порядку взаємодії суб'єктів соціального супроводу сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах» від 21.11.2013 р. №895, «Про затвердження Порядку виявлення сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах, надання їм соціальних послуг та здійснення соціального супроводу таких сімей (осіб)» від 21.11.2013 р. №896, «Про затвердження Положення про дитячий будинок сімейного типу» від 26.04.2002 р. №564 , «Про затвердження Положення про прийомну сім'ю» від 26.04.2002 р. №565, «Про затвердження Порядку провадження діяльності з усиновлення та здійснення нагляду за дотриманням прав усиновлених дітей» від 08.10.2008 р. №905, «Питання діяльності органів опіки та піклування, пов'язаної із захистом прав дитини» від 24.09.2008 р. №866, «Про затвердження Порядку призначення та виплати тимчасової державної допомоги дітям, батьки яких ухиляються від сплати аліментів, не мають можливості утримувати дитину або місце проживання їх невідоме» від 22.02.2006 р. №189, Наказ Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства фінансів України, Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту від 19.05.2008 р. №254/704/260/427/2014 «Про затвердження Порядку виплати державної допомоги при народженні дитини в разі її влаштування до дитячого закладу (будинку дитини) на повне державне утримання» [1].

Охарактеризуємо деякі з них. Так, основними положеннями є норми Конституції України, в ст. 46 якої зазначаються основні засади, а саме передбачено право громадян на соціальний захист, а ст. 52 Конституції проголошує, що діти рівні у своїх правах незалежно від походження, а також від того, народжені вони у шлюбі чи поза ним. Будь-яке насильство над дитиною та її експлуатація переслідуються за законом. Утримання та виховання дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, покладається на державу. Держава заохочує і підтримує благодійницьку діяльність щодо дітей [2]. Тобто діти, незалежно від того, чи

вони живуть у сім'ї, чи вони позбавлені батьківського піклування і виховуються у відповідних дитячих закладах, мають право на належні умови життя, дбайливе ставлення до себе, право на забезпечення можливості розвиватися духовно, фізично, морально, інтелектуально.

Наступним нормативно-правовим актом, який є частиною системи національного законодавства у сфері соціального захисту сім'ї, дитинства, материнства та батьківства, є Сімейний кодекс України, в якому визначено важливість сім'ї як первинного та основного осередку суспільства, що підлягає державній охороні. Так, ст. 5 Кодексу регламентує, що держава охороняє сім'ю, дитинство, материнство, батьківство, створює умови для зміцнення сім'ї. Держава створює людині умови для материнства та батьківства, забезпечує охорону прав матері та батька, матеріально і морально заохочує і підтримує материнство та батьківство. Держава забезпечує пріоритет сімейного виховання дитини. Держава бере під свою охорону кожну дитину-сироту і дитину, позбавлену батьківського піклування [4]. Також в Сімейному кодексі визначені положення, які передбачають порядок і особливості влаштування дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування шляхом усиновлення, встановлення над такою дитиною опіки чи піклування, здійснення патронату над дітьми, влаштування дітей до прийомної сім'ї, дитячого будинку сімейного типу.

Закони України «Про освіту», «Про вищу освіту» визначають певні гарантії у сфері освіти для дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, та встановлюють пільги щодо прийому на навчання до вищих навчальних закладів для окремих категорій дітей, щоб такі діти мали змогу в повній мірі реалізувати своє конституційне право на освіту, в рамках якого здобути відповідну спеціальність та отримати професію. Для реалізації такого права у ст. 37 Закону України «Про освіту» закріплено необхідність у створенні навчальних закладів для громадян, які потребують соціальної допомоги та реабілітації. У цій статті йде мова про таке: для дітей, які не мають необхідних умов для виховання і навчання в сім'ї, створюються загальноосвітні школи-інтернати. Для дітей-сиріт і дітей, які





оптимальне функціонування рухового апарату, формується кістками скелета, зокрема формою хребта, нервовою системою, тонусом м'язів, дихальною системою, загальним станом організму. У зв'язку зі зміною пропорцій тіла в різні вікові періоди стійке вертикальне положення тіла дитини досягається різним ступенем м'язових зусиль і різним розташуванням частин тіла [1].

Нормальна постава – це не лише важливий термін, який визначає положення сегментів тіла відносно один одного. Перш за все, правильна постава – це показник фізичного здоров'я; це профілактика захворювань хребта; це запорука гарного зовнішнього вигляду.

Нормальна постава характеризується шістьма головними ознаками:

- розташуванням остистих відростків хребців на одній вертикальній лінії;
- розташуванням надпліч, плечей на одному рівні;
- розташуванням кутів обох лопаток на одному рівні;
- рівних між собою трикутників талії, що утворюються боковою поверхнею тіла і вільно опущеними руками;
- розташуванням сідничних складок на одному рівні;
- правильними вигинами хребта в сагітальній площині (глибина поперекового лордозу – до 5 см, шийного – до 2 см) [2].

Порушення постави призводить до зниження функціональних показників фізичного розвитку: порушення функцій стояння, ходьби, роботи внутрішніх органів, що негативно впливає на психологічний стан людини. Профілактика порушень постави та її успішна корекція є досить важливою медичною і соціальною проблемою.

Зважаючи на різноманітність чинників, що викликають порушення постави, учені об'єднують їх у три групи. До першої групи відносять чинники ендогенного характеру, такі як: обмінно-гормональні дисфункції, захворювання внутрішніх органів, від яких залежить функція нервово-м'язового апарату. Другу групу складають чинники екзогенного характеру – несприятливі умови навколишнього середовища, гіпокінезія й

***ЯКОБЧУК Л.М.,*** *перекладач-дактилолог,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***ЛАЦИБА Ю.В.,*** *здобувач 2-го курсу магістратури,*
*спеціальність «Фізична реабілітація»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ПОРУШЕННЯ ПОСТАВИ – ОДНА З НАЙПОШИРЕНІШИХ ПРОБЛЕМ ДИТЯЧОГО ВІКУ

Сьогодні на тлі несприятливої демографічної ситуації в Україні зберігається високий рівень захворюваності дитячого населення. Спостерігається погіршення показників соматичного та нервово-психічного розвитку дітей, посилюється чисельність хвороб у дитячому віці й активний перехід їх у хронічну форму. Як зазначають фахівці медичної галузі, за останні роки показник повністю здорових дітей шкільного віку зменшився у середньому на 30%. Так, третє місце серед найпоширеніших хвороб підлітків посідають хвороби кістково-м'язової системи. Здебільшого це сколіози, плоскостопість, ревматоїдні артрити тощо [1].

Як відомо, одним з показників стану опорно-рухового апарату дитини є правильна постава, незначні функціональні порушення якої можуть призвести до значних деформацій скелету і мати негативні наслідки для здоров'я людини. Серед захворювань опорно-рухового апарату порушення постави посідає одне з перших місць як за частотою, так і за важкістю патологічних змін.

Розповсюдженість порушень постави серед різних верств населення обумовлена багатьма чинниками, серед яких особливої уваги заслуговують вік, стать, професійна діяльність тощо. Зокрема, порушення постави серед дітей дошкільного віку складає 60%, а серед дітей молодшого шкільного віку – 62,8%. Дослідження спеціальної літератури свідчить про значне поширення функціональних порушень постави не лише серед осіб шкільного віку, а й серед студентської молоді (60-80%) [3].

Постава – звичне положення тіла при сидінні, стоянні, ходьбі та інших видах діяльності, котре людина займає без зайвого м'язового напруження. Правильна постава забезпечує





залишилися без піклування батьків, створюються школи-інтернати, дитячі будинки, в тому числі сімейного типу, з повним державним утриманням. Для дітей, які потребують тривалого лікування, створюються дошкільні навчальні заклади, загальноосвітні санаторні школи-інтернати, дитячі будинки. Навчальні заняття з такими дітьми проводяться також у лікарнях, санаторіях, вдома. Для осіб, які мають вади у фізичному чи розумовому розвитку і не можуть навчатися в масових навчальних закладах, створюються спеціальні загальноосвітні школи-інтернати, школи, дитячі будинки, дошкільні та інші навчальні заклади з утриманням за рахунок держави. Для дітей і підлітків, які потребують особливих умов виховання, створюються загальноосвітні школи і професійно-технічні училища соціальної реабілітації. Ч. 5 ст. 41 Закону: «учні державних та комунальних професійно-технічних навчальних закладів із числа дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, і дітей, які потребують особливих умов виховання, перебувають на повному утриманні держави. Порядок забезпечення учнів державних та комунальних професійно-технічних навчальних закладів стипендією, організації харчування учнів із числа дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, осіб з їх числа, дітей-інвалідів/інвалідів І-ІІІ групи та дітей із сімей, які отримують допомогу відповідно до Закону України «Про державну соціальну допомогу малозабезпеченим сім'ям», визначається Кабінетом Міністрів України» [3].

Таким чином, держава намагається забезпечити всі належні умови для виховання дітей-сиріт, дітей, позбавлених батьківського піклування, і дітей, які потребують особливих умов виховання, їх розвитку з метою адаптації таких дітей до умов соціального середовища. Також в абзаці 2 ч. 3 статті 44 Закону України «Про вищу освіту» визначено, що брати участь у конкурсі за результатами вступних іспитів з конкурсних предметів у вищому навчальному закладі у межах установлених квот прийому до вищих навчальних закладів (наукових установ) України мають право особи (за їхнім вибором), які мають захворювання, що можуть бути перешкодою для проходження зовнішнього незалежного оцінювання, діти-сироти та особи,

яких законом визнано учасниками бойових дій та які захищали незалежність, суверенітет і територіальну цілісність України, брали участь в антитерористичній операції, забезпеченні її проведення.

Таким чином, проаналізувавши сучасний стан правового регулювання соціального захисту сім'ї, дитинства, материнства та батьківства в Україні, слід зауважити, що на нормативному рівні існує певна невпорядкованість відповідних видів соціального захисту сім'ї, дитинства, материнства та батьківства, оскільки норми, які визначають допомоги, послуги і пільги для сімей з дітьми, багатодітних, неповних та малозабезпечених сімей, дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, інвалідів з дитинства та дітей-інвалідів та встановлюють соціальні гарантії реалізації їх права на соціальний захист, розосереджені в багатьох підзаконних нормативно-правових актах, що ускладнює застосування їх на практиці, а також призводить до незнання громадяни своїх соціальних прав. У зв'язку з цим, пропонуємо систематизувати чинне законодавство у сфері соціального захисту сім'ї, дитинства, материнства та батьківства та прийняти єдиний нормативно-правовий акт, який би регулював дане питання.

**Список використаних джерел**

1. Бурлака О. С. Исторические этапы развития правового регулирования социальной защиты семьи, детства, материнства и отцовства в Украине / О. С. Бурлака // Право и политика. – 2015. – №4. – С. 103-108.

2. Бурлака О. С. Принципи соціального захисту сім'ї, дитинства, материнства та батьківства в Україні / О. С. Бурлака // Науковий вісник Ужгородського державного університету. Серія «Право». – 2013. – Том 3. – Ч. 2. – С. 33-37.

3. Конвенція про охорону материнства (переглянута) №103 : Міжнародний документ Міжнародної організації праці від 28.06.1952 р. [Електронний ресурс]. — Режим доступу : http://zakon5.rada.gov.ua/laws/ show/993_122.

4. Про Основні напрями соціальної політики на 1997-2000 роки : Указ Президента України від 18.10.1997 р., №1166/97 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/1166/97.





можливо (наприклад, постійна або тимчасова зміна місця проживання);

- часте прибирання приміщень, мінімальна кількість килимів, м'яких іграшок, книг у житловому приміщенні, особливо у спальнях;
- дотримання правил особистої гігієни;
- правильне і здорове харчування якісними продуктами з мінімальною кількістю харчових добавок, ретельне миття продуктів;
- усунення професійних шкідливостей (якщо наростають ознаки бронхіальної астми, то найкращим варіантом є зміна місця роботи);
- усунення в найкоротші терміни будь-яких алергічних проявів і обов'язкове визначення їх джерела;
- запобігання контакту із заздалегідь відомим продуктом (предметом), що викликає алергію;
- своєчасне лікування респіраторних інфекцій;
- ведення здорового способу життя, зміцнення імунітету, загартовування, регулярні фізичні вправи;
- санаторно-курортне профілактичне лікування в місцях з морським кліматом або на високогір'ї.

**Список використаних джерел**

1. Казмірчук В. Є., Ковальчук Л. В. Клінічна імунологія і алергологія / В. Є. Казмірчук, Л. В. Ковальчук. – Вінниця : Нова книга, 2006. – 528 с.

2. Ломинога С. И., Березовский Б. А. Лечебная физкультура при заболеваниях органов дыхания / С. И. Ломинога, Б. А. Березовский. – Киев : Здоров'я, 1980. – 104 с.

3. Мухін В. М. Фізична реабілітація / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2005. – 458 с.

4. Регеда М. С. Бронхіальна астма : Монографія / М. С. Регеда, М. М. Регеда, Л. О. Фурдичко, М. А. Колішецька, С. І. Мироненко. – Львів, 2012. – 147 с.

Хворим на бронхіальну астму протипоказані вправи зі значним навантаженням, що викликають збільшення частоти дихання, із зусиллям і затримкою дихання.

Заняття лікувальною фізкультурою необхідно проводити в ізольованому приміщенні, яке добре вентилюється, у теплу пору року – біля відкритого вікна чи на повітрі.

У тренувальному періоді використовується ходьба. Хворого слід навити робити вдих через ніс, а видих через рот.

У міру адаптації хворого до цього навантаження збільшують відстань, підвищують темп рухів і зменшують кількість зупинок.

Позитивний вплив на стан хворого на бронхіальну астму має лікувальний масаж грудної клітки, спини і живота. При виконанні деяких його прийомів (погладжування, розтирання, постукування й елементи вібрації спини і міжреберної ділянки) настає відчуття полегшення дихання.

Масаж сприяє відходженню мокротиння, рефлекторно впливає на легеневу тканину і бронхи, судини малого кола кровообігу, збільшує коефіцієнт використання кисню.

Особливої уваги, на наш погляд, заслуговує застосування у хворих на бронхіальну астму сегментарного масажу, заснованого на рефлекторному принципі і використанні переважно прийомів класичного масажу. Обробляють усі тканини пошарово, починаючи з поверхні і направляючись углиб до тканин, які розташовані нижче. Сегментарний масаж має низку прийомів: розтягування грудної клітки, обробка підлопаткової ділянки та ін.

Залежно від стану хворого до основного розділу можна включити від 6 до 20 вправ, причому дихальні вправи мають складати не менше, ніж 50-60% від загальної кількості. Тривалість відпочинку – 20-60 секунд.

Для самостійних занять хворих необхідно навчити найпростіших методів самоконтролю. Після виписки із стаціонару хворі повинні продовжувати заняття лікувальною фізкультурою в домашніх умовах, у поліклінічних кабінетах, у групах здоров’я.

Заходи первинної профілактики бронхіальної астми [1]:

- поліпшення екологічної обстановки, наскільки це





***МАЗУРКЕВИЧ О.П.,*** *кандидат культурології,*
*доцент кафедри соціальних технологій,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***ФРАНЧУК Д.В.,*** *магістрант 2-го року підготовки,*
*спеціальність «Інформаційна,*
*бібліотечна та архівна справа»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ОСОБЛИВОСТІ ДІЛОВОДСТВА В АРХІВНИХ УСТАНОВАХ УКРАЇНИ

Здобуття Україною державної незалежності, включення її в загальносвітові політичні, економічні та культурні процеси, перехід від тоталітаризму до демократії, впровадження концепції відкритого суспільства формує нагальну потребу у доступі до інформації найширшого кола громадян. Тоталітарний режим штучно дозував документну інформацію та обмежував кількість її споживачів. Фактично одним з привілеїв номенклатурної верстви був доступ до широкого масиву інформації, а для основної маси громадян ознайомлення із документними багатствами практично було неможливим. Демократизація суспільства веде до ліквідації обмежень за політичними чи ідеологічними ознаками, а саме регулювання інформаційних процесів, зокрема доступу до архівної інформації має здійснюватися лише на основі чинного законодавства.

Прийняття законів України «Про інформацію», «Про Національний архівний фонд і архівні установи», «Про державну таємницю», «Про охорону авторських і суміжних прав», «Про Національну програму інформатизації», Конституції України (1996) створили міцне підґрунтя для впровадження сучасних інформаційних відносин, зокрема і в архівній галузі. Фактично відбулася своєрідна революція – відміна обмежень і можливість широкого доступу громадян до інформації, що її зберігають архіви.

Вивчення потреб сучасного суспільства в архівній інформації є важливим завданням архівних установ. Тому виникає питання щодо класифікації таких потреб, що може дати

важелі до розуміння шляхів і засобів своєчасного доведення до споживачів необхідної їм інформації, яка міститься у документах НАФ [1, с. 15].

Сучасне архівознавство, крім звичайної та найпоширенішої класифікації потреб за предметно-тематичною ознакою, додатково використовує і такі:

- хронологічний, або історичний принцип – потреба в інформації, що відноситься до певного історичного періоду і міститься у документах відповідної історичної епохи;
- географічний – потреба в інформації щодо певного регіону та з документів конкретних адміністративно-територіальних одиниць;
- ієрархічний – потреба в інформації різних рівнів місцевих, регіональних та центральних органів, структур, угрупувань;
- галузевий – потреба в інформації, що відноситься до певних галузей державної, господарської, культурної, громадської діяльності;
- адресний – потреба в інформації, що відноситься до діяльності певного фондоутворювача чи кількох фондоутворювачів, наприклад, якщо мова йде про об'єднаний або родинно-фамільний фонд;
- матеріальний – потреба в інформації, що міститься в документах залежно від способу закріплення в них інформації.

Вказані критерії класифікації потреб в архівній інформації можуть допомогти архівістам визначити, які саме державні архіви, фонди, колекції, окремі документи користуються найбільшим попитом у споживачів, а які або невідомі, або ще не на часі. А це, в свою чергу, допомагає архівістам не тільки враховувати наявні запити, але й втручатися в процес регулювання потреб у архівній інформації, краще організовувати користування тими або іншими документами НАФ, вдосконалювати облік довідкового апарату до них, приймати на державне зберігання тощо.

Цікавою є спроба запровадити класифікацію потреб у ретроспективній документній інформації за ознакою ефекту, очікуваного споживачами від її використання [2, с. 43].





інтоксикації; стимуляція імунних процесів; підвищення захисних функцій дихальних шляхів, загартування організму та підвищення опірності до простудних захворювань; вироблення та вдосконалення навичок самоконтролю [3].

Напади, що часто повторюються, не мають бути протипоказанням для застосування лікувальної гімнастики. У період появи передвісників нападу лікувальна фізкультура сприяє його ослабленню або попередженню.

Лікувальна фізкультура складається із двох періодів – підготовчого й основного, і містить спеціальні дихальні вправи (статичні та динамічні, а також з вимовою голосних і шиплячих літер), загальнорозвиваючі вправи і лікувальний масаж.

Методика проведення спеціальних вправ: глибоке, повільне і ритмічне дихання з подовженим видихом; протипоказані вправи з форсованим диханням і затримкою дихання із зусиллям; як вдих, так і видих повинні здійснюватися через ніс.

Значне місце приділяється дихальним вправам з подовженим видихом за рахунок вимови звуків або їх сполучень. Тривалість вправ складає 5-7 секунд, поступово у процесі тренування вона збільшується до 30-40 секунд. У подальшому подовження видиху досягається вимовою двох або трьох звуків, а потім уривчастою подовженою вимовою певного звуку. За необхідності можна ускладнити дихальні вправи, щоб у середині видиху вимова звуку відбувалася з певним зусиллям. Тренування на поглиблення дихання необхідно здійснювати поступово. Це сприяє підвищенню ЖЄЛ і збільшенню рухливості діафрагми, для чого хворий має при видиху втягувати живіт.

Дихальні вправи слід виконувати також самостійно декілька разів на день. Численні клінічні спостереження показують, що використання спеціальних вправ з вимовою звуків у період передвісників нападу у деяких хворих запобігало його розвитку або послаблювало перебіг [1].

До комплексу процедури лікувальної фізкультури необхідно включити прості гімнастичні вправи, а також вправи на розслаблення м'язів спини, черевного пресу, верхнього плечового поясу.

переважання симпатичної іннервації також сприятимуть зменшенню і ліквідації у хворого схильності до спазму бронхів і бронхіол. При цьому посилюється і трофічний вплив нервової системи, що позитивно позначається на відновленні обміну речовин.

Основні завдання лікувальної фізкультури при бронхіальній астмі [2]:

- сприяти зменшенню спазму бронхів і бронхіол;
- навчити хворого керувати своїм дихальним апаратом під час астматичного нападу;
- активізувати трофічні процеси у тканинах;
- зміцнити організм хворого загалом і, зокрема, дихальну мускулатуру для попередження розвитку у хворого емфіземи легень;
- зняти патологічні кортико-вісцеральні рефлекси і відновити нормальний стереотип регуляції дихального апарату; підвищити нервово-психічний тонус хворого;
- підвищити адаптацію організму хворого до збільшення навантажень, збереження працездатності.

Протипоказання: виражена дихальна і серцева недостатність з явищами декомпенсації функцій цих систем.

За допомогою фізичних вправ можна впливати не тільки на стан нервової системи, але через неї і на порушені функції апарату дихання, що проявляється:

- загальнотонізуючою дією: вдосконалення вищих регуляторних механізмів самоконтролю, саморегуляції, керування диханням та розслабленням м'язів; стимуляція обмінних процесів; покращення нервово-психічного тонусу; відновлення та підвищення толерантності до фізичних навантажень;
- патогенетичною дією: корекція механізму дихання; прискорення розсмоктування при запальних процесах; покращення бронхіальної прохідності; зняття та зменшення бронхоспазму; покращення дренажної функції бронхів; регулювання функції зовнішнього дихання та його резервів;
- профілактичною дією: покращення функції зовнішнього дихання; оволодіння методами керування диханням; зменшення





Для забезпечення безпеки господарської діяльності та захисту законних інтересів суб'єктів господарювання чинним законодавством України передбачене віднесення комерційної таємниці до об'єктів права інтелектуальної власності. Це створює певні особливості правового статусу конфіденційної інформації, бо надає широкі можливості правової охорони і захисту від протиправних дій [2, с. 54].

Так, згідно ст. 162 Господарського кодексу України суб'єкт господарювання, що є власником технічної, організаційної або іншої комерційної інформації, має право на захист від незаконного використання цієї інформації третіми особами, за умов, що ця інформація має комерційну цінність у зв'язку з тим, що вона не відома третім особам і до неї немає вільного доступу інших осіб на законних підставах, а власник інформації вживає належних заходів до охорони її конфіденційності.

Проте відповідно до ст. 30 Закону України «Про інформацію» інформація з обмеженим доступом (комерційна таємниця) може бути поширена без згоди її власника, якщо ця інформація є суспільно значимою, тобто якщо вона є предметом громадського інтересу і якщо право громадськості знати цю інформацію переважає над правом її власника на її захист.

Конфіденційне діловодство – це окремий напрям діловодства. Для забезпечення його ефективного функціонування важливе значення має розроблення спеціальної інструкції та додатків до неї, складання списку конфіденційної інформації, поставлення грифа обмеження доступу. При веденні конфіденційного діловодства слід приділити увагу відповідній підготовці документів, що містять комерційну таємницю, належному порядку робіт з ними, зокрема на електронних носіях [2, с. 44].

Органи державної влади й місцевого самоврядування не мають права втручатись у визначення та схоронення комерційної таємниці (крім випадків, передбачених чинним законодавством).

Основна мета захисту конфіденційної інформації полягає в тому, щоб запобігти її розголошенню й заволодінню нею конкурентами. Часто необхідно забезпечувати захист і «чужих»

комерційних таємниць, про які можна довідатися з «додаткових» джерел. Якщо не буде такого захисту, то підприємство може втратити клієнтів, вигідних партнерів.

Діловодство в разі роботи з документами, що містять комерційну таємницю, має особливості. Так, наказом керівника підприємства призначається посадова особа (особи), яка відповідає за облік, зберігання й використання документів, що мають гриф обмеження доступу. Нею може бути працівник, для якого робота з документами входить до основних службових обов'язків, або відповідальний працівник, для якого виконання цих функцій становитиме додаткове навантаження [2, с. 54].

Оскільки потреба в архівній інформації може виявлятися лише через її споживачів, то певній класифікації підлягають не лише потреби, а й споживачі інформації. Її загальноприйнятої схеми ще не існує, оскільки не виділено засадничу ознаку на першому рівні класифікаційного визначення. Практично під час аналізу складу користувачів архіви висувають свої кваліфікаційні схеми, а це ускладнює узагальнення й порівняння даних у межах всієї системи. Підхід до аналізу залежить від того, кого вважати споживачем: фахівця, який прийшов до архіву, чи установу, яку він представляє. Більшість дослідників схиляється до того, щоб відмовитися від професійної ознаки як засадничої і прийняття за перший ступінь класифікації сферу діяльності користувача. Пропонуються такі сфери діяльності, що відрізняються за характером праці: сфера управління, наукові дослідження і проектно-конструкторські роботи, виробництво, навчання, підготовка та перепідготовка кадрів, творча діяльність. На другому рівні класифікації пропонується розподіляти користувачів за фахом, спеціалізацією, посадовим становищем, освітою, науковими ступенями і ін.

Архів не має права обмежувати або визначати умови використання відкритої архівної інформації, отриманої користувачем в результаті самостійного пошуку або як платна послуга архіву. Архів не несе відповідальності за використання інформації отриманої користувачем на законних підставах. Архів обмежує доступ до документів та баз даних, що містять державну або іншу передбачену законом таємницю, до моменту скасування рішення про встановлення обмежень для певної





середовища продуктами неповного згорання палива, викидів промислових підприємств, надмірного вживання різних лікарських препаратів.

Бронхіальна астма далеко вийшла за рамки медичної проблеми і набула соціально-економічного значення через те, що уражає в основному молодий вік у найбільш активний період життя людини, призводить до втрати днів непрацездатності, зростає летальність.

У різних регіонах земної кулі бронхіальна астма розповсюджена неоднаково. Такі країни як Нова Зеландія, Куба, Великобританія мають високі показники захворюваності на БА. Вважається, що над островами підвищується концентрація алергенів як за рахунок рослин, які ростуть тут, так і внаслідок алергенів, які заносяться океанічними повітряними потоками. В США бронхіальною астмою страждають 1-3% населення, різниця залежить від географічних зон [4].

Бронхіальна астма – це хронічне захворювання, яке характеризується нападами ядухи, що повторюються, у механізмі дії яких обов'язковим і часто пусковим компонентом є сенсибілізація. Останніми роками зросла захворюваність на бронхіальну астму, став значно важчим характер її перебігу, почастішали випадки летальних наслідків. Це пов'язано з алергізацією населення унаслідок широкого застосування вакцин, сироваток, лікарських препаратів, використання хімії у побуті. Існує зв'язок поширеності захворювання і кліматичних умов, мікроклімату [2].

У комплексному лікуванні хворих на бронхіальну астму значне місце має посідати застосування лікувальної фізичної культури. Фізичні вправи і лікувальний масаж, впливаючи через нервову систему хворого, сприяють нормалізації діяльності дихального апарату, зняттю патологічних кортико-вісцеральних рефлексів, мають психотерапевтичний вплив, сприяють підняттю нервового тонусу, виявляють десенсибілізуючу дію.

За результатами спірографічних і пневмотахометричних досліджень, застосування спочатку простих дихальних вправ і дихальних вправ з вимовою звуків рефлекторно зменшує у хворих спазм бронхів і бронхіол. Надходження у кров під час виконання фізичних вправ значної кількості адреналіну і

Людство має усвідомити відповідальність за гуманне ставлення до довкілля і збереження водних ресурсів. Отже, вода – це основа людського тіла, і якість вживаної води, як і повітря, визначає здоров'я людини від її зародження, дитинства, юності й до глибокої старості.

**Список використаних джерел**

1. Загальна гігієна : Посібник до практичних занять / За ред. І. І. Даценко. – Львів : Світ, 2001. – 471 с.

2. Катернога М. Т. Українська криниця / М. Т. Катернога. – К. : Техніка, 2006. – 112 с.

3. Ушакова Г. О. Основи клінічної біохімії : Навч. посіб / Г. О. Ушакова. – Донецьк : РВВ ДНУ, 2007. – 48 с.

***ЯКОБЧУК Л.М.,*** *перекладач-дактилолог,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***КУКУЛЬ В.М.,*** *здобувач 2-го курсу магістратури,*
*спеціальність «Фізична реабілітація»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗКУЛЬТУРИ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Проблема патогенезу, діагностики та лікування бронхіальної астми за останні десятиріччя набула особливої гостроти і є однією з актуальних проблем сучасної алергології, пульмонології та терапії.

Бронхіальна астма належить до числа широко розповсюджених захворювань, які мають тенденцію до росту, набувають прогресивного та злоякісного перебігу: збільшується кількість осіб, що одержують кортикостероїдну терапію (здебільшого госпіталізуються з приводу астматичного статусу), зросла смертність від цього захворювання [4].

Ця патологія здебільшого спостерігається у великих промислових центрах з високою щільністю населення, багаточисленними хімічними підприємствами.

Переважно захворювання виникає унаслідок швидкого росту хімічної промисловості, забруднення навколишнього





категорії документів з такою інформацією; до документів з конфіденційною інформацією про особу, а також до документів, що можуть створити загрозу для її життя чи недоторканості житла – на 75 років від часу їх створення.

Видані архівні довідки мають суттєве значення для нарахування пенсій, працевлаштування громадян в Україні та поза її межами.

**Список використаних джерел**

1. Беспянська Г. Експертиза цінності документів: науково-практичні засади / Г. Беспянська //Довідник кадровика. – К., 2004. – №5 (71).

2. Загорецька О. М. Термінологічні стандарти з діловодства й архівної справи історичний аспект і сучасний стан / О. М. Загорецька // Документознавство та інформаційна діяльність: Наука Освіта. Практика : збірник матеріалів наук. конф. (18 грудня 2002 р.). – К. : ДАКККіМ, 2003. – С. 43-58.

***ПРИЙМАК М.С.,*** *магістрант 1-го року підготовки,*
*спеціальність «Соціальна робота»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна».*
*Науковий керівник: КОСТЕНКО Н.І.,*
*кандидат педагогічних наук, доцент,*
*завідувач кафедри соціальних технологій,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ПОНЯТТЯ «КУЛЬТУРА ДІЛОВОГО СПІЛКУВАННЯ» МАЙБУТНЬОГО СОЦІАЛЬНОГО ПРАЦІВНИКА

Аналіз наукової літератури засвідчує, що незважаючи на певні дослідження з визначеної проблеми на сьогоднішній день у вчених немає єдиного погляду на поняття не лише культури ділового спілкування, а й культури взагалі.

Отже, під культурою у широкому смислі розуміється все, що створено людиною завдяки фізичної та розумової праці, у більш вузькому – це історично визначений рівень розвитку суспільства, що визначається матеріальними умовами життя суспільства і виражається у побуті, освіті, вихованні,

досягненнях науки, мистецтва, літератури.

У словнику-довіднику із соціальної педагогіки, за загальною редакцією Т. Алєксєєнко, термін культура тлумачиться як сукупність матеріальних і духовних цінностей, створених людством протягом його історії; духовний компонент людської діяльності, який забезпечує різноманітні сторони життя людини; особлива сфера і форма діяльності, яка має свій зміст і свою структуру; рівень життєдіяльності, який забезпечується постійною підтримкою високих взірців реальної діяльності і поведінки людини; предметно-ціннісна форма діяльності, у якій відображається історично визначений рівень розвитку суспільства і людини, породжується й утверджується людський сенс буття.

Оскільки ділове спілкування є видом спілкування, то вважаємо доцільним розглянути також таку категорію як культура спілкування. Культура спілкування є складовою загальної культури. У науковій літературі культура спілкування трактується в єдності як культура поведінки, мовлення і мови [1]. Термін культура спілкування вперше у наукових працях з'явився у 80-ті роки XX століття. Однією з перших в Україні цей термін у науку ввела психолог Т. Чмут.

За визначенням Т. Чмут культуру спілкування слід розуміти як наявні в суспільстві і житті людини форми творіння спілкування, систематизацію та реалізацію його норм, способів та засобів відповідно до ієрархії цінностей та установок.

Характеризуючи культуру спілкування, Т. Гриценко окреслює її як цілісну систему, що складається із взаємопов'язаних моральних і психологічних культур, кожна з яких вносить своє в характеристику цілого.

Слід зазначити, що культуру ділового спілкування майбутніх соціальних працівників ми розглядаємо як підсистему професійної культури.

Культуру ділового спілкування вчені трактують як високий рівень уміння спілкуватися у діловому світі, професійній сфері. Як зазначає Г. Чайка, культуру ділового спілкування можна визначити як сукупність моральних норм та уявлень, що регулюють поведінку і взаємини людей у процесі їхньої виробничої діяльності.





механічним і хімічним чинниками води, що викликають подразнення нервових закінчень (рецепторів), які знаходяться у шкірі. Ці подразнення рефлекторно, через центральну нервову систему, викликають відповідні реакції з боку усіх органів і систем організму.

Зовнішнє застосування води – один із найдоступніших і найбільш ефективних та приємних способів регулювання кровообігу. Холодна чи прохолодна ванна є відмінним тонізуючим засобом. Теплі ванни відкривають пори і видаляють токсини, роблять шкіру більш гладкою і м'якою. Як теплі, так і нейтральні ванни заспокоюють нервову систему й нормалізують кровообіг [3].

Ванна розслаблює м'язи і позбавляє від перенапруги. Вона покращує гнучкість і еластичність м'язів, тому особливо корисно приймати ванну або душ після фізичних навантажень. Занурення у теплу ванну сприяє поліпшенню циркуляції крові, забезпечуючи кращий приток крові до кінцівок і насичення киснем пошкоджених клітин, що дуже корисно. Прийом прохолодного душу стимулює судинну і лімфатичну системи на виробництво більшої кількості імунних клітин, які борються з інфекціями.

Існує досить багато способів застосування води, завдяки яким можна зменшити біль і попередити захворювання. Водолікування, якщо його застосовувати правильно й уміло, може вилікувати багато хвороб. Воду визнано ефективними ліками від таких захворювань: головний біль, хвороби серцево-судинної системи, прискорене серцебиття, зайва вага, астматичний бронхіт, блювота, захворювання нирок і сечового міхура, гастрит, діарея, закреп, порушення менструального циклу тощо [2].

Не можливо не звернути уваги на активне використання людством властивостей води з сивої давнини. Ще тоді було помічено позитивний вплив рухів у воді на стан здоров'я і самопочуття людини. З цього приводу водні види спорту набули значної популярності. Уміле застосування води з метою зміцнення здоров'я вимагає зусиль, яких дехто не хоче докладати. Виховання активного ставлення до стану власного здоров'я потребує підвищення загальної культури людини.

багато людей припускаються помилки, вживаючи холодну воду під час прийому їжі: у цьому випадку вода сприяє зменшенню виділення слини, і чим холодніша вода, тим більшої шкоди завдається шлунку. Холодна вода чи інший напій, випиті під час їжі, призупиняють травлення доти, поки організм не забезпечить шлунок теплом, достатнім для того, щоб він знову міг виконувати свою роботу. Їжу не слід запивати водою, під час їжі зайвим є будь-яке пиття. Жувати слід повільно, і тоді слина добре перемішуватиметься з їжею. Чим більше рідини випити під час їжі, тим важче відбуватиметься процес травлення.

Кількість випитої й отриманої з їжею води повинна повністю відновлювати її витрати. Найоптимальнішим є такий питний режим, коли воду випивають у достатній кількості, невеликими порціями, з дотриманням часового добового режиму, у відповідності до зовнішніх умов і характеру фізичного навантаження. Надмірне вживання води призводить до перевантаження організму рідиною, збільшує потовиділення, утруднює роботу серця, знижує фізичну працездатність. Навіть одномоментно випита надмірна кількість води переповнює на деякий час судинне русло і знижує осмотичний тиск крові, підвищує артеріальний тиск крові.

При значних втратах води в результаті фізичної роботи середньої та значної тяжкості або високої зовнішньої температури виникає різко виражене відчуття спраги, що призводить до значного підвищення осмотичного тиску крові та її в'язкості, порушення функціонального стану серцево-судинної системи.

Багато людей ніколи не відчували на собі сприятливого впливу від правильного використання води, і тому ставляться до неї байдуже. Між тим, людини необхідно враховувати фізіологічну роль шкіри в життєдіяльності організму. Шкіра є одним із органів, за допомогою яких відбувається постійний контакт організму з зовнішнім середовищем. Для підтримки функціонального стану шкіри вода є незамінним постійним елементом гігієнічних процедур. Різноманіття водних процедур (обтирання, обливання, душі, ванни тощо) дозволяє підвищити функціональні можливості й реактивність організму людини [2].

Дія гігієнічних процедур визначається температурним,





Визначаючи культуру спілкування у діловій сфері, А. Ковальчук зазначає, що це спосіб діяльності людини для досягнення суспільно значущих цілей, що відображають інтереси людей на основі вільного самовираження і дії. Вчена також наголошує, що це сукупність цінностей (свободи, справедливості, прав і обов'язків, відповідальності та самосвідомості) і спосіб їх реалізації в системі соціальних, економічних, культурних відносин людей, заснованих на розкритті індивідуальних можливостей і здібностей особистості [1].

За результатами аналізу наукової літератури бачимо, що більшість вчених намагалися розглядати феномен культури ділового спілкування через призму конкретної професії, ідентифікуючи ділове спілкування з професійним.

На думку О. Баєвої культура ділового спілкування передбачає:

- високу комунікативну культуру, тобто мистецтво говорити (у тому числі публічно) та слухати;
- уміння об'єктивно сприймати і правильно розуміти партнера;
- уміння будувати відносини з будь-яким партнером, домагатися ефективної взаємодії на основі спільних інтересів.

Узагальнюючи вищесказане, будемо розуміти *культуру ділового спілкування* як сукупність професійних знань, перцептивних та комунікативних умінь, моральних норм, етико-психологічних принципів, що регулюють соціальну поведінку і взаємини співрозмовників під час взаємодії та сприяють розвитку контактів між партнерами, порозумінню і досягненню поставленої мети.

Враховуючи те, що нас найбільше цікавить культура ділового спілкування саме майбутнього соціального працівника, розглянемо це поняття саме з такої позиції.

У своєму дослідженні Н. Курилович визначає поняття культура професійного спілкування майбутніх соціальних працівників, як інтегровану характеристику професійних та особистісних якостей, що відображає сукупність світоглядних і професійних знань, якостей, умінь, навичок, інтересів, потреб,

моральної позиції, ціннісних орієнтацій, норм і зразків поведінки соціального працівника, які, активно проявляючись у його комунікативній діяльності, дозволяють ефективно виконувати професійні завдання, які стоять перед ним в системі – соціальний працівник – клієнт – соціальний працівник – соціальний інститут [1].

На думку Н. Крилової, культура фахівця є інтегративним показником поведінки і діяльності в єдності й взаємодії таких складників:

- система знань та інтересів особистості, що визначають кругозір, який формується на широкій базі інформаційного знання;
- система переконань, що утворює світоглядний рівень культури особистості, який формується на базі інтересів, життєвих уподобань і ціннісних орієнтацій в процесі аксіологічної діяльності, рефлексії, формування самосвідомості;
- система умінь і розвинених на їх основі здібностей, що утворює рівень практичної діяльності, який формується на базі соціальних потреб і установок в процесі накопичення і реалізації досвіду;
- система індивідуальних норм поведінки і засвоєння методів діяльності, що утворює рівень регуляції соціальної поведінки особистості, який формується на базі культурних зразків і принципів поведінки через різні форми спілкування і самовиховання;
- система соціальних почуттів, що утворює рівень емоційної культури, який формується на базі переживань процесів діяльності і поведінки особистості [1].

На нашу думку, культура ділового спілкування майбутнього соціального працівника базується на:

- комунікативних якостях та уміннях;
- знаннях норм і правил спілкування;
- мовленнєвій культурі (здатність використовувати оптимальні для конкретної ситуації мовні засоби);
- мовленнєвому етикеті (сукупність мовних засобів, які





***ЯКОБЧУК Л.М.,*** *перекладач-дактилолог,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***ЗАБОЛОТНА Ю.О.,*** *студентка 1-го курсу,*
*спеціальність «Фізична терапія. Ерготерапія»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ЯКІСНА ПИТНА ВОДА – ЗАПОРУКА ГАРНОГО ЗДОРОВ'Я

Людина зароджується у водному середовищі організму матері. Під час народження в організмі людини складається співвідношення зв'язаної, внутрішньоклітинної і міжклітинної води, що є константою для організму. Надалі функціональне, духовне здоров'я й довголіття людини визначається присутністю води у біологічних тканинах, яка задіяна практично у всіх біохімічних процесах організму. Звідси однозначно випливає, що для життя людини вирішальне значення має вода навколишнього середовища, з якою контактує людина ззовні і яку споживає внутрішньо. Безперечно, ця вода повинна бути такою, що максимально відповідає властивостям організму людини.

Людський організм у силу традицій, що склалися у харчуванні, перебуває у стані хронічного зневоднення. Про це він сигналізує своєму господарю спочатку нездужанням, а з часом і серйозними захворюваннями. Якщо немає надходження до організму людини високоякісної питної води, у ньому порушується співвідношення між зв'язаною й вільною водою. Зневоднення із кожним роком у такому організмі звужує коло функціональної активності органів і систем. У цьому зв'язку організму людини постійно потрібно вживання високоякісної питної води. Слід усвідомити, що молоко, чай, кава, газована вода, соки не можуть замінити чисту питну воду. Також необхідно зазначити, що популярні, приємні на смак, штучні напої містять у собі шкідливі речовини, які змінюють хімічний склад організму в місцях керування центральною нервовою системою [1].

Невелика кількість свіжої води, яка випита перед їжею (близько півлітра) не зашкодить, але принесе лише користь. Але

результатів тестування. Але результати тестування такі, які вони є, і кількісні показники отриманих знань не виявили розбіжностей у двох дослідних групах студентів. Цей факт підкреслює достатньо високі можливості для отримання знань студентів з вадами слуху. За даними якісного аналізу результатів проведеного тестування рівень знань студентів з вадами слуху був гіршим показників у групі порівняння лише на 28,5%.

Отримані результати проведених досліджень дозволяють дійти наступних висновків:

1. Принцип фрактальності будови світу має своє відображення у побудові організму.

2. Підґрунтям для розробки методу з використанням опорних інформаційних елементів як методологічного підходу для викладання теоретичних медичних дисциплін є принцип фрактальності.

3. За результатами проведеного тестування дотримання запропонованої технології викладання навчального матеріалу у студентів з вадами слуху дозволило досягти достатньо високого рівня знань.

4. Застосування запропонованого методу з використанням опорних інформаційних елементів забезпечує поглиблення засвоєння наданого навчального матеріалу завдяки усуненню недоліків механічного запам’ятовування.

**Список використаних джерел**

1. Давиденко Г. В. Концептуальні основи інклюзивної освітньої парадигми / Г. В. Давиденко // Педагогіка вищої та середньої школи : зб. наук. праць. – Кривий Ріг, 2014. – Вип. 43. – С. 162-167.

2. Давиденко Г. В. Інклюзія у вищих навчальних закладах європейського союзу : монографія / Г. В. Давиденко. – Вінниця, 2015. – С. 138-140.

3. Чаланова Р. І. Новий методологічний підхід при вивченні здобувачами з вадами слуху теоретичних дисциплін спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія» / Р. І. Чаланова, Л. М. Якобчук // Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна». – Хмельницький : ХІСТ, 2017. – №14. – С. 170-172.





регулюють нашу поведінку в процесі мовлення);

- діловому етикеті (встановлений порядок поведінки, що задовольняла би всіх учасників, які обговорюють певну проблему);
- професійній етиці (знання етичних стандартів соціально-педагогічної діяльності).

Розглянемо більш детально поняття мовленнєвого, ділового етикету та професійної етики.

Мовний етикет – це сукупність правил мовної поведінки, які репрезентуються в мікросистемі національно специфічних стійких формул і виразів у ситуаціях встановлення контакту зі співрозмовником, підтримки спілкування в доброзичливій тональності. Ці засоби ввічливості є частиною культури спілкувальних взаємин, соціальної культури загалом [2]. Мовний етикет українців постає із живої мовної практики українського народу. Він формувався впродовж тисячоліть і відбиває культурні традиції української нації, відповідає її духовним засадам.

Мовленнєвий етикет – реалізація мовного етикету в конкретних актах спілкування, вибір мовних засобів вираження. Це поняття ширше, ніж мовний етикет і має індивідуальний характер. Мовець вибирає із системи словесних формул найбільш потрібну, зважаючи на її цінність. Якщо він під час розмови надуживає професіоналізмами, термінами і його не розуміє слухач, то це порушення мовленнєвого етикету, а не мовного.

Діловий етикет – норми, які діють у сфері виробничо-трудових відносин, регулюють стиль роботи, манеру поведінки і спілкування при вирішенні ділових проблем; це встановлений порядок і норми взаємовідносин з керівництвом, у відносинах між колегами, партнерами, клієнтами. Діловий етикет спирається на загальні норми, хоча до кожної окремої професії формуються певні особливі правила. Оскільки різні професії мають певну специфіку, то з урахуванням особливостей тієї чи іншої професійної діяльності людей утворилась професійна етика, що розвивається на основі осмислення і узагальнення практики представників певної професійної групи.

Етика – це сукупність правил, норм, установок, принципів, які засновані на загальнолюдських цінностях і регулюють відносини між людьми.

Професійна етика – це система конкретних моральних норм і принципів, кодекс правил, що визначає поведінку спеціаліста у службовій обстановці, норм, які відповідають існуючим законам та відомчим нормативним документам, професійним знанням, стосункам у колективі, глибокому усвідомленню моральної відповідальності за виконання професійних обов'язків.

Професійна етика визначає правила морального вибору, що постає перед працівниками, а також конкретизує методи формування конкретного морального судження в конкретних ситуаціях [2].

Професійна етика поширюється на ті професії, до яких висуваються найбільш високі моральні вимоги. Саме до такої професії належить соціальний працівник. Протиріччя, які виникають у ході соціальної практики, мають регулюватися спеціальним кодексом, який визначав би саме ті норми поведінки фахівців, що бажані для розвитку соціальної сфери.

Вимоги кодексу базуються на загальних моральних принципах у професійній діяльності, що дає підстави вважати його основою моральноетичної культури фахівця. Але, оскільки предметом нашого дослідження є культура ділового спілкування майбутніх соціальних працівників, то для нас важливі саме ті вимоги, які стосуються спілкування.

Отже, культура ділового спілкування майбутніх соціальних працівників передбачає, що таке спілкування спирається на систему загальнолюдських цінностей, відбувається згідно з прийнятими правилами і нормами та враховує психологічні закономірності міжособистісного спілкування, слугує успішному вирішенню професійних завдань. Вона дозволяє посилювати психологічний контакт соціального працівника з діловими партнерами, досягати влучного сприйняття і розуміння в процесі спілкування, прогнозувати поведінку співрозмовника і направляти його.

Таким чином, врахування специфіки ділового спілкування соціального працівника дозволяє визначити нам *культуру*





тестування.

Студенти обох груп дослідження при тестуванні не уникнули помилок. Неправильні відповіді у здобувачів без фізичних обмежень спостерігались у 25,2% запитань, а у студентів з вадами слуху помилки допущені у 31,1% випадків. При порівнянні отриманих результатів встановлено, що кількість правильних/неправильних відповідей у двох групах дослідження відрізняються на 6%. Отже, у групі студентів, які не мають фізичних обмежень, на декілька запитань результат тестування був кращим, ніж в групі студентів з вадами слуху. У кількісному відношенні слід вважати, що обидві групи за результатами тестування виявили однаковий рівень знань. Але проведений якісний аналіз тестування у двох групах студентів виявив деякі розбіжності в отриманих знаннях здобувачами, які підлягали дослідженню. У групі здобувачів з вадами слуху не було жодного студента, який припустився найменшої кількості помилок у проведеному тестуванні. У той же час, у групі нормативних студентів виявлено 2 студентів, які набрали найбільшу кількість балів за правильну відповідь на більшість питань. Оцінюючи результати тестування студентів у двох групах стосовно середньої кількості зроблених помилок, нами визначено, що у групі студентів з вадами слуху таких студентів було 50%, половина протестованих. У групі здобувачів без порушень слуху мали середню кількість некоректних відповідей 42,8%, що на 7% краще, ніж у групі І. Наведені результати порівняння результатів тестування двох груп студентів також не виявили достовірних розбіжностей.

Розбіжності встановлено при оцінці результатів тестування з найбільшою кількістю помилок. У першій групі (І) високий рівень помилок виявлено у половини протестованих – у 50% студентів. У ІІ-й групі студентів, які не мають відхилень стану здоров'я, помилок припустилися 2 студенти, що склало 28,5% ($P_{I-II}<0,05$).

Отже, у кількісному відношенні аналіз результатів тестування не виявив розбіжностей рівня знань в двох досліджених групах. Але якісний аналіз проведеного тестування дозволив такі розбіжності встановити. Безумовно, від студентів, які не мали фізичних відхилень, бажано отримати більш вдалих

З теоретичної точки зору запропонований метод має достатнє підґрунтя. Воно полягає у принципі фрактальності усього сущого. Цей принцип не обминає і будову організму людини: від клітини до тканини, органу, фізіологічної системи, до самого цілісного організму. Розглядати структурність будови Всесвіту за принципом фрактальності запропоновано математиком Бенуа Мандельбротом 1975 року. Фрактал – це безліч, яка має властивості самоподібності. За цим принципом ціле має таку ж форму, як і його частина. В організмі людини клітини, функціональні елементи органів і тканин – це теж фрактали. Наприклад, клітина має органели, які за своїм функціональним напрямком схожі до фізіологічних систем організму і виконують аналогічні функції. Мотонейрон і група волокон м'яза, який він іннервує, складають рухову одиницю. М'яз, у свою чергу, складається з декількох рухових одиниць. Отже, м'язова система – це є сума рухових одиниць. За принципом функціональних одиниць будуються усі органи в організмі людини. Вивчення будови і властивостей функціональної одиниці складається з вивчення усіх її складників, які повторюються в інших фракталах, що полегшує сприйняття і запам'ятовування цього складного матеріалу. Опорний інформаційний елемент з деяких позицій і розглядається нами як фрактал.

З метою встановлення ефективності запропонованого методу проведені дослідження у двох групах студентів, яким упродовж навчального семестру викладався той самий матеріал. Групу порівняння склали чуючі студенти, яким відбувалося викладання за стандартним методом, у групі нечуючих студентів було застосовано метод з використанням опорних інформаційних елементів.

При проведенні аналізу якості отриманих знань усім студентам було запропоновано 43 тестових питання з вивчених тем. Критерієм оцінки було визначено кількість допущених помилок при тестуванні. За нашим розподілом, найменша кількість помилок складала від 5 до 7 неправильних відповідей; середня кількість помилок означена у межах від 8 до 13; до великої кількості помилок віднесено результат від 14 до 20 неправильних відповідей із 43 наданих запитань проведеного





*ділового спілкування майбутнього соціального працівника* як інтегративну властивість особистості, що забезпечує ефективну взаємодію з особами, які є об'єктами чи суб'єктами соціально-педагогічної діяльності, на основі професійних знань, перцептивних та комунікативних умінь, моральних норм, етикопсихологічних принципів.

**Список використаних джерел**

1. Зеркаліна Г. Р. Культура спілкування: сутність і поняття / Г. Р. Зеркаліна // Актуальні проблеми державного управління, педагогіки та психології : зб. наук. праць Херсонського нац. технічного ун-ту. – Херсон, 2012. – Вип. 1 (6). – С. 289-293.

2. Riesenfeld D. Perspectives on Theory of Controversies and the Ethics of Communication : Explorations of Marcelo Dascal's Contributions to Philosophy (Logic, Argumentation & Reasoning) / D. Riesenfeld. – 2013. – 222 p.

***СІМАЧЕНКО Т.С.,*** *магістрант 1-го року підготовки, спеціальність «Інформаційна, бібліотечна та архівна справа», Вінницький інститут Університету «Україна». Науковий керівник: МАЗУРКЕВИЧ О.П., кандидат культурології, доцент кафедри соціальних технологій, Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ІНФОРМАЦІЙНІ ТЕХНОЛОГІЇ І ЇХ ЗАСТОСУВАННЯ В ДЕРЖАВНИХ АРХІВАХ

Архівна документація – це дуже важливе джерело достовірної інформації майже в усіх можливих областях нашого суспільства. Відмінною рисою архівного фонду і одною з його основних переваг є постійно зростаючий за рахунок нових надходжень та накопичення даних обсяг інформації.

З плином часу, цінність і значимість архівної інформації не знижується, а навпаки – постійно зростає. А тому і

збільшується інтерес організацій та дослідників до архівної інформації. Через підвищення інтересу, стрімкий розвиток сучасних технологій та інформатизації суспільства виникла необхідність у змінах в процесах забезпечення інформаційних потреб користувачів архівних установ.

Головна мета інформатизації архівної справи полягає в оптимізації формування Національного архівного фонду та зберігання документів, захисті національних інтересів в архівній справі, вирішення проблем оперативного та повноцінного доступу до архівної інформації, актуалізації інформації, що міститься в документах, та прискорення залучення її до суспільного обігу, інтеграції документальних ресурсів у світових інформаційних мережах.

Інформатизація архівної справи в науковому плані поєднує і взаємоузгоджує весь цикл створення документів, їх зберігання та використання документальної інформації, що базується на поєднанні методик архівознавства, археографії, документознавства. Процес інформатизації архівної справи має три взаємопов'язані складові: науково-архівознавчу, що забезпечує визначення об'єктів комп'ютеризації технологічних процесів архівної справи; інформаційно-технологічну, що проводить добір оптимального програмного забезпечення та його раціонального пристосування до специфіки різних об'єктів комп'ютеризації; науково-організаційну та управлінську, які сприяють організації роботи та реалізації концепцій інформатизації архівної справи, вдосконаленню системи управління архівною справою [5, с. 201].

На сучасному етапі інформатизація спрямована на розширення інтерактивного доступу до архівної інформації через формування електронних архівних ресурсів та впровадження веб-технологій. Комунікаційні можливості мережі Інтернет активно використовуються для інформування громадян про завдання, структуру, склад та зміст діяльності архівів. Це реалізовано за допомогою організації функціонування веб-сайтів архівних установ.

Веб-сайт архівної установи науковці умовно називають новим видом архівного довідника – «комплексним електронним довідником оперативного характеру». Можливості такого





вимагає урахування і вторинних сенсорних порушень, які більшою чи меншою мірою притаманні основній патології. Особам, які мають порушення слуху, притаманні також психологічні відхилення, що уповільнюють процес сприйняття навчального матеріалу. Але, з метою потенціювання можливості свідомого запам'ятовування значного об'єму інформації та глибинного її розуміння при вивченні дисциплін медичного напрямку, викладачеві слід враховувати переваги позитивних властивостей компенсаторного характеру, які розвиваються у якості контрваги до інвалідизуючого чинника.

Унаслідок проведених досліджень нами запропоновано і використано комплексний методологічний підхід до викладання навчального матеріалу теоретичних дисциплін медичного напрямку. У процесі викладання активуються мобілізація багатобічного візуального сприйняття, образне мислення, логічне застосування усіх різновидів наочної подачі навчального матеріалу з одночасним колективним його обговоренням, що дозволяє різнобічно викласти і поглибити пояснення нової інформації.

Найважливішою умовою навчання є подальший розвиток і посилення пам'яті студентів, за допомогою якого відбувається накопичення знань. З цього приводу ефективним виявилось використання запропонованого нами і означеного як метод опорних інформаційних елементів [3]. Як показали дослідження, цей методологічний підхід зменшує недолік механічного запам'ятовування нового матеріалу. Принцип використаного нами методу полягає у тому, що у матеріалі, який викладається, обирається об'єкт розгляду, який ми називаємо опорним інформаційним елементом. Наприклад, у якості опорного інформаційного елемента може бути обрана клітина, будь-який її структурний компонент (органела), біологічна тканина тощо. Подання інформації здійснюється шляхом поетапного (упродовж певної кількості занять) введення нових понять, які характеризують обраний елемент. Отже, при додаванні нової інформації, що стосується цього елементу, ніби по спіралі, ми знову і знову повторюємо попередні відомості, додаючи і поглиблюючи інформацію про опорний інформаційний елемент, який розглядається.

биоэнергетике / В. Л. Воейков // Слабые и сверхслабые поля и излучения в биологии и медицине. Сб. избр. трудов. – СПб. – 2006. – С. 46-54.

6. Григорьев Е. И. Изучение возможного участия водной среды в дистантной передаче сигнала иммуноактивных дипептидов / Е. И. Григорьев, В. Х. Хавинсон, И. Н. Кочнев и др. // Бюлл. Эксп. Биологии и медицины. – 2002. – Т. 133. – №5. – С. 525-529.

7. Довгуша В. В. Вода – привычная и парадоксальная / В. В. Довгуша, Н. П. Лехтлаан-Тынисон, Л. В. Довгуша. – СПб., 2007. – 242 с.

8. Калиниш К. К. Каталитические свойства воды; «живая» и «мертвая» вода / К. К. Калиниш // в кн: Биоинформационный ресурс человека. Матер. I Межд. науч.-образ. конф. – СПб., 2004. – С. 178-185.

***ЧАЛАНОВА Р.І.,*** *доктор медичних наук,*
*старший науковий співробітник,*
*завідувач кафедри медицини та реабілітації,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***ЯКОБЧУК Л.М.,*** *перекладач-дактилолог,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ВИКОРИСТАННЯ ПРИНЦИПУ ФРАКТАЛЬНОСТІ У ЯКОСТІ МЕТОДОЛОГІЧНОГО ПІДХОДУ ПРИ ВИКЛАДАННІ ДИСЦИПЛІН З ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ

Різноманітність когнітивних порушень, які виникають у осіб зі зниженням чи втратою слуху, змушує викладачів до пошуку найбільш ефективних методологічних варіантів для викладання навчального матеріалу. З цього приводу Г.В. Давиденко схиляється до думки про необхідність посилення методико-дидактичної ланки навчального процесу стосовно осіб, які мають особливі освітні потреби [1; 2]. Стан сенсорної депривації, у якому відбувається розвиток особистості, обмежує можливості щодо розширеного сприйняття інформації. Процес навчання таких студентів





довідника досить широкі, як зазначає А.А. Кисельова – «Існування такого сайту є неодмінною умовою подальшого розвитку засобів оперативного надання архівної інформації споживачам, інноваційної діяльності архівних установ, розвитку теорії і практики архівної справи в умовах інформатизації суспільства в цілому» [4, с. 3-4].

Перспективи розвитку інформаційних ресурсів веб-сайтів архівних установ пов'язані, передусім, зі створенням належних умов для розвитку архівної справи в державі та формуванні інформаційного суспільства в Україні. А також, згідно з Указом Президента України «Про першочергові завдання щодо впровадження новітніх інформаційних технологій», полягають у створенні фондів архівів, бібліотек, музеїв та інших закладів культури в електронній формі, формуванні відповідних інформаційних систем, зокрема, з української історії, культури, народної творчості, сучасного мистецтва, а також забезпечення широкого доступу населення до таких систем.

В Україні офіційний веб-портал Державного комітету архівів України (з грудня 2010 р. – Державна архівна служба України (ДАСУ)) створено 24 грудня 2000 р. відповідно до Указу Президента України від 31 липня 2000 р. №276а/2000 «Про заходи щодо розвитку національної складової глобальної інформаційної мережі Інтернет та забезпечення широкого доступу до цієї мережі в Україні» та Розпорядження Президента України від 2 вересня 2000 р. №273/2000-рп «Про невідкладні заходи щодо розвитку архівної справи» як основний державний інформаційний ресурс глобальної комп'ютерної мережі Інтернет в архівній галузі та архівній інформатизації [4].

Впровадження інформаційних технологій дозволило представити документальну базу на сайтах архівів, зробивши її доступною для широкого загалу. На сайті ДАВО подано відомості про історичні віхи розвитку архівної установи, його фонди, довідковий апарат, міжфондові та фондові покажчики, інформацію щодо розсекречення архівних матеріалів. Також на сайті у вільному доступі представлені: Путівник по фондах Державного архіву Вінницької області, який містить необхідну інформацію по усіх фондах, що зберігаються в установі; анотовані реєстри описів фондів різних періодів; каталог

метричних книг; список репресованих громадян, архівно-слідчі справи яких зберігаються в Державному архіві Вінницької області; документальні виставки.

Завдяки впровадженню інформаційних технологій в архівній справі можна самостійно переглянути каталог справ, що зберігаються в архіві, через Інтернет і знайти необхідну інформацію, а в архіві працювати з потрібними справами, не витрачаючи часу на пошуки. Також значно полегшений доступ до самих документів, оскільки можна працювати з їх оцифрованими копіями, не чекаючи на видачу потрібних справ.

Інформаційні технології в архівознавстві – безумовно, є інструментом, що полегшує життя і економить час, як простим людям і організаціям, так і працівникам архівів. Адже раніше, щоб відшукати людину або простежити якусь інформацію, необхідно було підняти купу архівної інформації і зробити сотні запитів – відповіді на які, можна було очікувати місяцями. Автоматизація та комп'ютеризація цього процесу, призводить до більш простого і спрощеного алгоритму дій.

Хоч інформатизація в архівній справі це досить тривалий процес і на оцифрування усіх матеріалів потрібні десятки років, варто підкреслити, що прогрес в частині використання сучасних інформаційних технологій в архівознавстві є в наявності і технології постійно розвиваються, тож є впевненість, що скоро пошук потрібних архівних даних, здійснюватиметься, що називається «в один клік».

**Список використаних джерел**

1. Архівознавство : Підручник для студентів вищих навчальних закладів України / Я. С. Калакура (гол. ред.) та ін. – К., 1998. – 316 с.

2. Державна архівна служба України [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.archives.gov.ua. – Назва з екрана.

3. Кисельова А. А. Архівні ресурси України в глобальній інформаційній мережі: види, доступ, перспективи : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. іст. наук : спец. 07.00.10 «Архівознавство, документознавство» / А. А. Кисельова. – К. : Український науково-дослідний інститут архівної справи та документознавства ДКА України, 2005. – 16 с.





проявляється у структурній реорганізації молекул води, що викликає модифікований вплив на метаболічні процеси в організмі, регулює процеси обміну речовин та енергії [2].

Отже, виходячи з літературних джерел, можна дійти висновків, які визначають фізіологічну роль води для організму:

1. Вода являє собою організовану динамічну рідину і є структурною основою усіх біологічних рідин.

2. Вода виконує функцію субстанційної основи, яка об'єднує усі фізіологічні системи організму.

3. Інформаційний взаємозв'язок між органами і системами, а також передача інформації з навколишнього середовища до організму здійснюється за допомогою біологічних рідин.

4. Рідке внутрішнє середовище організму забезпечує гуморальний шлях передачі інформації.

5. Системний канал гуморальної регуляції є складником нейроімунорегуляції.

6. Споживання води зі зміненою біологічною активністю може слугувати патогенетичним чинником у розвитку патологічних станів організму.

7. Здатність до структурно-інформаційних модифікацій під впливом фізичних чинників широко застосовується у медицині з лікувальною метою.

**Список використаних джерел**

1. Аксенов С. И. Роль воды в регуляции биологических процессов и в их чувствительности к слабым воздействиям / С. И. Аксенов // Космическая биология и авиакосмическая медицина. – М. – 1998. – С. 21-22.

2. Аносов В. Н., Трухан Э. М. Новый подход к проблеме воздействия слабых магнитный полей на живые объекты / В. Н. Аносов, Э. М. Трухан // Доклады акад. наук. – 2003. – Т. 392. – №5. – С. 689-693.

3. Анохин П. К. Системные механизмы высшей нервной деятельности / П. К. Анохин. – М. : Наука, 1979. – 447 с.

4. Бушуев Ю. Г. Структурные свойства жидкой воды / Ю. Г. Бушуев, С. В. Давлетбаева, В. П. Королев // Известия Академии наук. Серия химическая. – 1999. – №5. – С. 841-850.

5. Воейков В. Л. Фундаментальная роль воды в

фізико-хімічні, кристалічні характеристики. Це дозволяє розглядати воду як активного учасника і каталізатора багатьох біохімічних процесів.

Останніми десятиліттями у науковій літературі активно обговорюється наявність ефекту пам'яті у води. Науковими дослідженнями доведено, що елементарні одиниці, молекули, які розглядаються як електромагнітні блоки (Н-ОН), здатні записувати, зберігати й передавати інформацію, кодуючи її так, як це роблять сучасні магнітні чи лазерні пристрої. Це означає, що очищена вода може бути небезпечною для здоров'я, позаяк вона здатна зберігати негативну інформацію про речовини, які знаходилися у ній до очищення. Виявлено, що хрещенська вода своєю вібрацією частково нейтралізує шкідливий хімічний склад. Спектри живої та мертвої води абсолютно різні [7].

Споживання води зі зміненою біологічною активністю може впливати на метаболічні процеси, що відбуваються в організмі, аж до їх порушення. Активність води, яка використовується для підтримання життєдіяльності організму, повинна відповідати певному діапазону структурованості й інформативності. Зміна фізико-хімічних властивостей водної компоненти клітин і тканин організму бере участь у патогенезі різних патологічних станів. Зміна інтрацелюлярної води відіграє важливу роль у механізмі радіаційного пошкодження ДНК. Тривале ультрафіолетове опромінення може виснажувати репараційні процеси клітин і пригнічувати імунну резистентність організму. При алкогольній інтоксикації у крові спостерігається виражена зміна співвідношення структурних фракцій води у бік зниження вмісту зв'язаної з біополімерами води. Етанол є полярною речовиною і здатний до утворення водневих зв'язків з молекулами води, що призводить до зміни структури води. Різноманітний вплив етанолу на різні ферментні системи тканин організму пов'язують з його здатністю впливати на структурні перебудови водної компоненти біологічних рідин [2].

Здатність води до інформаційно-структурних змін вдало використовується у фізіотерапії при застосуванні різних фізичних чинників з лікувальною метою. Ефективність впливів електромагнітних випромінювань надмалої інтенсивності





4. Про заходи щодо розвитку національної складової глобальної інформаційної мережі Інтернет та забезпечення широкого доступу до цієї мережі в Україні : Указ Президента України від 31.07.2000 р., №276а/2000 [Електронний ресурс] – Режим доступу : http://www.e-ukraine.org.ua/index.php? mod=7. – Назва з екрана.

5. Трач Ю. В. Архівознавство : навч. посіб. для дистанційного навчання / Ю. В. Трач; за наук. ред. С. Д. Безклубенко. – К. : Університет «Україна», 2005. – 362 с.

***ХАРЧУК Д.В.,*** *магістрант 1-го року підготовки,*
*спеціальність «Соціальна робота»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ПІДГОТОВКА СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО РОБОТИ У БАГАТОНАЦІОНАЛЬНОМУ СЕРЕДОВИЩІ

Розвиток українського суспільства характеризується інтенсивними соціально-економічними й геополітичними змінами, що породжують політичні, економічні, соціальні та морально-психологічні проблеми. В таких умовах стає необхідною діяльність соціальних служб, що покликані допомагати суспільству подолати труднощі, пов'язані з вирішенням соціальних, психологічних, культурологічних, етнічних проблем. Відповідно до Національної доктрини розвитку освіти України основною метою освіти є формування високої культури міжнаціональних відносин, а передумовою утвердження розвинутого громадянського суспільства є підготовка освічених, моральних, мобільних людей, здатних до співпраці та міжкультурної взаємодії.

Сьогодні для українського суспільства важливим є налагодження позитивних стосунків між людьми в багатонаціональному середовищі, попередження і профілактика міжетнічних конфліктів, формування у майбутніх фахівців культури спілкування, етнічної толерантності тощо. У зв'язку з цим виникає необхідність спеціальної підготовки соціальних працівників до професійної діяльності в багатонаціональному

середовищі.

Аналіз існуючого стану та особливостей підготовки майбутніх соціальних працівників в освітньому процесі вищого навчального закладу дозволяє виявити низку суперечностей між наявною дійсністю та вимогами суспільства до професійної підготовки студентів спеціальності «соціальна робота», що полягають у:

- потребі суспільства у кваліфікованих соціальних працівниках та недостатньому рівні підготовки таких фахівців;
- необхідності цілеспрямованої підготовки до професійної діяльності в багатонаціональному середовищі та недосконалості навчально-методичного забезпечення цього процесу;
- актуальності підготовки фахівців до роботи в багатонаціональному середовищі та недостатній обізнаності майбутніх соціальних працівників із культурними особливостями представників інших національностей [2].

Усунення виявлених суперечностей можливе за умов створення системи спеціальної підготовки майбутніх соціальних працівників до професійної діяльності в багатонаціональному середовищі.

У час постійних суспільних трансформацій, втрати ціннісних орієнтирів та зростаючої кількості міжкультурних контактів постать соціального працівника як особистості, чия діяльність покликана гармонізувати всі сфери соціальної взаємодії, налагоджувати ефективну соціалізацію, інтеграцію в суспільство осіб, які цього потребують, набуває особливого значення. Саме тому останні десятиліття засвідчують зростання уваги наукової спільноти до постаті соціального працівника і його належної професійної підготовки. Соціальна допомога населенню – це відчутний засіб стабілізації людських потреб та суспільного життя, а також механізм підтримки окремої людини та групи людей. Полікультурний аспект соціально-педагогічної діяльності набув сьогодні особливої актуальності, оскільки Україна є багатонаціональною державою, що визнає право представників різних національностей на самовизначення та прагнення задовольняти їхні національні потреби та інтереси, пов’язані зі збереженням традицій та вірувань.





полягає у швидкій передачі сигналів, спрямованих до певного адресата. Забезпечення передачі імпульсу без його втрати й затихання зумовлено властивостями провідникових структур, функціональним станом біологічних мембран.

Через рідке внутрішнє середовище організму відбувається гуморальний спосіб передачі інформації. Цей вид регуляції життєдіяльності організму може забезпечувати як відносно автономний місцевий обмін інформацією про особливості метаболізму та функціональний стан клітин і тканин, так і системний канал інформаційного зв’язку. Системний канал гуморальної регуляції перебуває у залежності від нервових процесів сприйняття й переробки інформації про стан зовнішнього і внутрішнього середовища. Тому гуморальну регуляцію процесів, що відбуваються в організмі, поділяють на місцеву, малоспеціалізовану, і високоспеціалізовану. Генералізовані ефекти гуморальної регуляції реалізуються з використанням ендокринної системи. Місцева гуморальна регуляція практично не керується нервовою системою, генералізована гуморальна регуляція є складником єдиної нейрогуморальної регуляції. Уся система регуляції фізіологічних функцій організму є ієрархічною структурою [5].

Склад потоку біологічної рідини завжди є цілеспрямованим, позаяк кожен орган судинної системи вистелений індивідуальним одношаровим ендотелієм. Сам ендотелій містить сумарну інформацію, отриману з чутливих поверхонь усіх внутрішніх органів. Капілярні системи специфічні для певного органу, мають конкретну локалізацію. Із біологічної рідини органи й системи організму сприймають інформацію про стан зовнішнього і внутрішнього середовища. У свою чергу, будь-які інформаційні зміни впливають на роботу ендокринної, імунної систем, а через них – на керуючу діяльність головного мозку [5].

Молекули води у всіх біологічних процесах забезпечують термодинамічну й електростатичну стабільність та динамічну структуру будь-якого ієрархічного рівня. Унікальні властивості води пов’язані з тим, що на її інформаційно-структурні характеристики впливають температура і тиск, фізичні поля, геофізичні чинники. При цьому змінюються її спектральні,

субстанційною основою, що об'єднує усі ці системи, є вода [1; 3]. Усі біологічні рідини (кров, лімфа, жовч, сеча тощо) являють собою складні багатокомпонентні системи, структурною основою яких є вода. Отже, вода відповідає за функціональну цілісність організму, його гомеостаз. При цьому біологічні рідини мають власний структурно-водний гомеостаз, який підтримується певним співвідношенням форм і структур асоціатів та кластерів молекул [1; 6].

Нині вода розглядається як організована динамічна рідина, у якій постійно утворюються й розпадаються різноманітні за характером і кількістю асоціати й кластери молекул. Завдяки цим властивостям вода здатна як поглинати, так і випромінювати різні частотні характеристики. Реалізація здатності до гнучкої самоорганізації дозволяє воді, як головному структурно-функціональному елементові живих систем, виконувати провідну роль у передачі випромінювань різних частот, бути детектором усього діапазону електромагнітних випромінювань, впливати на гідратацію білків та їх активність [6].

Визначальним механізмом взаємодії середовища й води є здатність резонувати на єдиній довжині хвилі. У процесі резонансу виникають зміни структурних елементів середовища на мікрорівні, що викликає модуляції та зміни біологічного стану води [5; 6]. Вода має безліч конфігурацій асоціатів, які можуть системно реагувати на певний зовнішній чи внутрішній подразник. Асоціати води у біологічних рідинах є своєрідним первинним приймачем взаємодії будь-яких фізико-хімічних чинників. При цьому вода є посередником при слабкому впливі на біологічні системи, позаяк є нерівноважною системою, здатною до саморегуляції [1].

Визнано, що передача інформації з навколишнього середовища до організму та інформаційний зв'язок між органами й системами здійснюється за допомогою біологічних рідин. Таким чином відбуваються процеси первинної регуляції усіх зовнішніх і внутрішніх взаємодій. Цей механізм, являючи собою простішу форму зв'язку, усуває надмірне навантаження на вищі нервові центри [1; 3; 6].

Особливість регуляції з використанням нервової системи





Професія соціального працівника набуває особливого значення у вирішенні важких життєвих ситуацій та соціальних проблем у більшості розвинених країнах світу. За визначенням Є. Холостової, «соціальний працівник – це професіонал, який реалізує реальну соціальну політику державної влади на основі соціального захисту різних верств населення» [4].

Аналіз наукових праць, присвячених особистим якостям соціального працівника, дає змогу виділити якості, необхідні соціальному працівнику для професійної діяльності в багатонаціональному середовищі, серед яких виділяємо такі: етнічна толерантність, комунікативна толерантність, відкритість, допитливість, альтруїзм, справедливість, сумлінність, чуйність, повага до представників інших національностей, доброта, порядність, гуманність, терплячість, щирість.

Теоретичний аналіз наукових джерел свідчить, що українські вчені переважно досліджують теоретичні та методологічні основи підготовки соціальних працівників і соціальної практики зокрема, значна кількість дисертаційних досліджень присвячена різним аспектам підготовки фахівців соціальної роботи на прикладі зарубіжних країн (США, Канади, Польщі, Швеції), велика увага приділяється підготовці соціальних працівників в медичних установах, а також професійній діяльності з різними категоріями клієнтів: з людьми похилого віку, злочинцями, молоддю, людьми з алкогольною та наркотичною залежністю, неблагополучними сім'ями, що стосується підготовки соціальних працівників до професійної діяльності в багатонаціональному середовищі, можна зазначити, що ця тема привернула увагу не багатьох вчених України, і деякі її аспекти розкриті лише в наукових статтях. Підготовка майбутніх соціальних працівників до професійної діяльності становить цілеспрямований освітній процес, процес створення умов для формування міжкультурної компетенції, розвитку національної свідомості та етнічної толерантності, виховання культури спілкування, ціннісного ставлення та розвитку мотивації до взаємодії в багатонаціональному середовищі [2].

У роки державної незалежності України характер, склад та спрямованість внутрішніх і зовнішніх міграційних потоків

зазнали суттєвих змін і набули нового значення. Міграції населення є важливим чинником суспільного розвитку, вони зумовлені економічними, політичними, етичними та релігійними чинниками. Здійснюючи вплив на економіку, народонаселення та інші соціальні системи, міграції сприяють їх ефективному функціонуванню. Міграції є розповсюдженим у світі явищем, і Україна не виключення.

Чисельність українського населення в Україні постійно змінюється як від впливу природних чинників, так і від національної політики, яка проводилася протягом тривалого часу спочатку царським урядом, а потім радянською владою, і проявлялась у цілеспрямованому обмеженні соціального та культурного розвитку українського народу. Події останніх років також характеризуються потужними хвилями міграції на території України та за її межі, з'явилися вимушені переселенці зі сходу нашої держави, серед яких представники різних національностей, не лише українці, які проживали на території східної України [3].

Соціальна робота з представниками різних національностей має виходити за рамки вирішення лише етнічних питань і має здійснюватися в межах діяльності всієї структури органів соціальної роботи з урахуванням завдань, які властиві конкретним органам соціальної роботи. Такий підхід можливий за умов організації соціальної роботи з представниками різних національностей, в якій критерії етнічної приналежності не будуть враховуватися, а будуть поступатися місцем іншим критеріям (віковим, гендерним, матеріальним, поведінковим тощо). Практика соціальної роботи з представниками різних національностей в Україні «має передбачати наявність у соціального працівника знань про сутність, історію формування, культуру, побут та особливості проживання різних етнічних груп в Україні, міжетнічні взаємозв'язки, специфіку роботи з ними. Соціальна робота з урахуванням етнічних особливостей враховує специфіку етнічної приналежності людини, групи, спільності. При цьому повинні враховуватися особливості психічного складу, устрою і способу життя, ціннісні орієнтації, властиві представникам різних національностей» [1].





кристалічна вода. До того, як вийти назовні, вона зберігається під землею, і тому не забруднена токсинами, які є наслідком нашого індустріального суспільства.

Висновки.

1. Вода для людини є не тільки для вгамування спраги, а й лікувальним препаратом, який продовжує життя.

2. У результаті проведених багаточисленних досліджень, японський дослідник Емото Масару встановив кристалічну структуру води.

3. Емото Масару на практиці довів, що енергетичні вібрації людини, думки, слова, ідеї і музика впливають на молекулярну структуру води.

4. На основі проведеного дослідження, можна дійти висновку, що різні фізичні та емоційно-психологічні фактори мають вплив на якість питної води.

**Список використаних джерел**

1. Исследования С.В. Зенина и память воды [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.o8ode.ru/article/energo/memory/iccledovania_ cv_zenina_i_pamat_vody.htm

2. Масару Э. Послания воды: Тайные коды кристаллов льда / Э. Масару; перев. с англ. – М. : ООО Издательский дом «София», 2005. – 96 с.

***ЧАЛАНОВА Р.І.,*** *доктор медичних наук,*
*старший науковий співробітник,*
*завідувач кафедри медицини та реабілітації,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ФІЗІОЛОГІЧНА РОЛЬ ВОДИ У ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ОРГАНІЗМУ

Надзвичайна складність морфо-функціональної будови організму полягає у комбінації щільних біологічних тканин, які формують різноманітні органи. Не дивлячись на відмінності архітектоніки усіх структурних компонентів, життєдіяльність організму вирізняється злагодженим функціонуванням усіх його фізіологічних систем. Завдяки своїм унікальним властивостям

кристалічною решіткою.

У лабораторії були досліджені зразки води з різних водяних джерел усього світу. Вода піддавалася різним видам впливу: такі як музика, зображення, електромагнітне випромінювання від телевізора, думки однієї людини і груп людей, молитви, надруковані і вимовлені слова.

Емото знайшов багато чарівних і дивних розходжень у кристалічній структурі води, узятої з різних джерел, із різних умов усієї нашої планети. Вода з древніх гірських потоків і ключів була прекрасно сформована геометрично. Забруднена і токсична вода мала виразно порушену структуру.

З наростанням популярності музичної терапії, Емото вирішив подивитися, який ефект робить музика на структуру води. Він поставив дистильовану воду між двох стовпчиків на кілька годин і потім сфотографував кристали, що вийшли після заморожування.

Доктор Емото говорить, що все існуюче має вібрацію, і написані слова також мають вібрацію. Якщо я малюю коло, створюється вібрація кола. Рисунок хреста створив би вібрацію хреста. Якщо я пишу L O V E, то цей напис створює вібрацію любові. Вода може бути скріплена з цими вібраціями. Красиві слова мають красиві, ясні вібрації. Навпроти, негативні слова роблять виродливі, незв'язні коливання, що не формують групи. Мова людського спілкування – не штучне, а скоріше природне утворення.

Данило Віталіс допомагає зрозуміти, яка їжа найкраще підходить для нашого організму, і яку воду пити корисніше за все. Основний постулат його діяльності полягає в тому, що люди, на його думку, занадто сильно відхилилися від натуральної їжі, замість цього харчуючись в основному гібридними, штучно підготовленими продуктами, майже не придатними для нашого травлення.

Данило Віталіс чудово демонструє, що найкориснішою водою є весняна вода, або, як він її називає, «дика» вода. Він також попереджає, що, хоча деякі виробники води в пляшках стверджують, що за властивостями вона рівноцінна весняної, швидше за все це не так. Тому знайти весняну воду ви зможете тільки самостійно. Навіщо пити весняну воду? Тому що це жива





Соціальні працівники здійснюючи професійну діяльність в багатонаціональному середовищі мають дотримуватись принципів взаємоповаги та взаємодопомоги, враховувати рівність прав і свобод всіх людей, які проживають на території України не зважаючи на їх національність, соціальне становище, релігійні та політичні погляди, мову якою вони спілкуються, сприяти збереженню мовної, національної, культурної та релігійної самобутності, сприяти дотриманню законодавчих актів, які спрямовано на підтримку прав представників усіх національностей проживаючих на території нашої держави, визнавати важливість збереження й захисту багатонаціонального складу населення України.

**Список використаних джерел**

1. Агарков О. А. Організація соціальної роботи з національними меншинами: регіональний аспект / О. А. Агарков // Грані. – 2014. – С. 81-85 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Grani_2014_4_17.

2. Гулецька Я. Г. Вища освіта в умовах полікультурності суспільства / Я. Г. Гулецька // Вища технічна освіта: Проблеми та перспективи розвитку в контексті Болонського процесу : VIII міжнар. наук.-метод. конференція (21-22 вересня 2007 р., м. Київ). – К., 2007. – С. 265-267.

3. Лукашевич М. П., Мигович І. І. Теорія і методи соціальної роботи : навч. посібник / М. П. Лукашевич, І. І. Мигович. – К. : МАУП, 2002. – 136 с.

4. Холостова Е. И. Профессионализм в социальной работе : учебное пособие / Е. И. Холостова. – М. : Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2009. – 236 с.

# РОЗДІЛ 2. ЗАХИСТ ПРАВ І СВОБОД ГРОМАДЯН У СВІТЛІ ВИМОГ КОНСТИТУЦІЇ УКРАЇНИ

***ЗАВОРІТНА О.І.,*** *магістрант 1-го року підготовки,*
*спеціальність «Соціальна робота»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## СОЦІАЛЬНЕ СТРАХУВАННЯ ЯК ОСНОВНА ФОРМА ЗАХИСТУ ВІД СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ РИЗИКІВ

Визнання людини, її прав і свобод найвищою цінністю висувають особливі вимоги до правового регулювання її соціальної сфери. Остання має виключне значення для добробуту громадян держави, працівників, їх сімей і всього суспільства в цілому. Відповідно до вимог статей 1 і 3, частин 1 та 2 ст. 46 Конституції Україна, як соціальна держава, зміст і спрямованість діяльності якої визначають права і свободи людини та їх гарантії, проголосила право громадян на соціальний захист, що включає право на забезпечення їх у разі повної, часткової або тимчасової втрати працездатності, втрати годувальника, безробіття з незалежних від них обставин [1]. Це право гарантується загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням за рахунок страхових внесків громадян, підприємств, установ та організацій, бюджетних та інших джерел соціального забезпечення; а також створенням мережі державних, комунальних, приватних закладів з догляду за непрацездатними.

Принцип соціального захисту громадян втілено в ратифікованих Україною міжнародних актах – Міжнародному пакті про економічні, соціальні і культурні права 1966 р. [2], Європейській соціальній хартії (переглянутій) 1996 р. [3], Конвенції про захист прав людини і основоположних свобод 1950 р. [4]. Система соціального захисту громадян за класифікацією Міжнародної організації праці (МОП) включає соціальну допомогу й соціальне страхування [5, с. 57]. Саме соціальне страхування є джерелом матеріального забезпечення





Структурований стан води виявився чуттєвим датчиком різних полів, особливо варто виділити її реагування на зміну стану електромагнітного вакууму. Автор вважає, що мозок, що складається на 90% з води, може змінювати структуру вакууму. У лабораторії Зеніна спостерігали вплив людей на властивості води. Цей вплив буває настільки могутнім, що тестові мікроорганізми не тільки припиняють рух, але гинуть і навіть розчиняються в ній.

Японський дослідник Емото Масару (Masaru Emoto) приводив досліди інформаційних властивостей води. За час роботи він зробив більш 10000 фотографій, деякі з них опубліковані у його книгах «The Messages from Water» 1, 2 і «Water knows the answer».

У природі існує 10% хвороботворних мікроорганізмів і 10% корисних, інші 80% можуть змінювати свої властивості від корисних до шкідливих. Доктор Емото вважає, що приблизно така пропорція існує й у людському суспільстві.

У лабораторії доктора Емото провели багато експериментів з метою знайти те слово, що найсильніше очищує воду, і в результаті знайшли, що це не одне слово, а сполучення двох слів: «Любов і Подяка». Масару Емото припускає, що, якщо провести дослідження, то можна знайти більше число тяжких злочинів у тих областях, де люди частіше у спілкуванні використовують лихослів'я.

Якщо одна людина, молиться з глибоким, ясним і чистим почуттям, кристалічна структура води буде ясна і чиста. І навіть якщо велика група людей має безладні думки, кристалічна структура води теж буде неоднорідна. Однак, якщо усі об'єднаються, кристали вийдуть красивими, як при чистій і зосередженій молитві однієї людини. Під впливом думок вода змінюється миттєво.

Після того, як Емото побачив, як вода реагує на різне навколишнє середовище, забруднення і музику, він разом з колегами вирішив поглянути, як думки і слова впливають на формування кристалів.

Кристал, або кристалічно тверде тіло, є матеріалом, атоми, молекули або іони якого утворюють строго певну форму, яка існує у всіх трьох просторових вимірах. Цю форму називають

***ЦИМБАЛЮК А.О.,*** *студент 2-го курсу,*
*спеціальність «Фізична реабілітація»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## СТРУКТУРНІ ОСОБЛИВОСТІ ВОДИ

*Актуальність.* Вода є дивною, що володіє тільки їй властивою прозорістю, субстанцією, яка існує всупереч загальноприйнятим законам фізики. Це єдина субстанція, яка існує в природі у всіх енергетичних станах: у твердому, рідкому і газоподібному. Вода має надзвичайно високу теплоємність (Specific Heat Capacity). Практично, як жодна інша речовина, вона здатна накопичувати і зберігати тепло, при цьому зберігаючи меншу рухливість молекул, і з меншою необхідністю для молекул перебудовуватися.

*Мета дослідження.* Вивчити структуру води на підставі результатів, проведених доктором Емото Масару.

С.В. Зенін захистив дисертацію, присвячену пам'яті води. Дотепер вважалося, що вода не може утворюватистійких структур. Однак його розрахунки показали, що вода являє собою ієрархію правильних об'ємних структур, в основі яких лежить кристалоподібний «квант води», що складає з 57 її молекул. Ця структура енергетично вигідна і руйнується зі звільненням вільних молекул води лише при високих концентраціях спиртів і подібних їм розчинників. «Кванти води» можуть взаємодіяти один з одним за рахунок вільних водневих зв'язків, що приводить до появи структур другого порядку у виді шестигранників. Вони складаються з 912 молекул води, що практично не здатні до взаємодії за рахунок утворення водневих зв'язків.

Ця властивість пояснює надзвичайно лабільний характер їхньої взаємодії. Його природа обумовлена далекими кулонівськими силами, що визначають новий вид зарядово-комплементарного зв'язку. Саме за рахунок цього виду взаємодій здійснюється побудова структурних елементів води в осередки (клатрати) розміром до 0,5-1 мікрон. Їх можна безпосередньо спостерігати за допомогою контрастного-фазового мікроскопа.





громадян у разі безробіття, захворювання, нещасного випадку, старості та в інших випадках.

Датою народження сучасного соціального страхування вважають 1881 р., коли в результаті «Королівського послання» Рейхстагу було створено схеми страхування робітників, які містили 3 різних типи захисту: від захворювань і травм, від повної непрацездатності й проти погіршення матеріального становища в старості. Соціальне страхування мало вирішальне значення для розвитку страхування приватного, бо держава повинна піклуватися лише про тих, хто потребує її захисту. Обов'язкове державне соціальне страхування захищало тільки невелику групу людей. Право ж захищати іншу частину населення надавалося приватним страховим організаціям. З часом перелік осіб, які отримували державну соціальну допомогу, збільшувався. Зростання фінансових можливостей держави зумовило розширення обсягів страхової відповідальності й підвищення розмірів допомоги, пенсій та інших виплат.

Згідно зі ст. 1 Основ законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування [6], досліджуване загальнообов'язкове страхування становить систему прав, обов'язків і гарантій, яка включає матеріальне забезпечення громадян у разі хвороби, повної, часткової або тимчасової втрати працездатності чи годувальника, а також у старості та в інших випадках, передбачених законом, за рахунок грошових фондів, що формуються шляхом сплати страхових внесків власником або уповноваженим ним органом, громадянами, а також бюджетних та інших джерел, передбачених законом.

Чинне законодавство з окремих видів загальнообов'язкового державного соціального страхування передбачає також власні дефініції тих чи інших видів соціального страхування. Так, за ст. 1 Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття», загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття – це система прав, обов'язків і гарантій, яка передбачає матеріальне забезпечення на випадок безробіття з незалежних від застрахованих осіб обставин і

надання соціальних послуг за рахунок коштів Фонду загальнообов'язкового державного соціального страхування України на випадок безробіття [7]. Згідно зі ст. 1 Закону України «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими похованням» загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності й витратами, зумовленими похованням, передбачає матеріальне забезпечення громадян у зв'язку з втратою заробітної плати (доходу) внаслідок тимчасової втрати працездатності (включаючи догляд за хворою дитиною, дитиною-інвалідом, хворим членом сім'ї), вагітності й пологів, часткову компенсацію витрат, пов'язаних зі смертю застрахованої особи або членів її сім'ї, а також надання соціальних послуг за рахунок бюджету Фонду соціального страхування з тимчасової втрати працездатності, що формується шляхом сплати страхових внесків власником або уповноваженим ним органом, громадянами [8].

Отже, соціальне страхування можна уявити як соціальну систему, що ставить за мету створення загальнонаціональної організації взаємодопомоги обов'язкового характеру, діє з найвищою ефективністю лише у випадку покриття соціальних ризиків. Соціальне страхування може розглядатися як основна форма захисту від соціально-економічних ризиків, оскільки воно поширюється на економічно активне населення, тобто на осіб, які мають трудові доходи, що є підґрунтям для нарахування страхових внесків.

**Список використаних джерел**

1. Конституція України [Електронний ресурс] : Конституція [прийнято Верхов. Радою 28.06.1996 р. №254к/96-ВР]. – Поточна редакція – тлумачення від 15.03.2016, підстава v001p710-16. – Режим доступу : http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/ /96-%D0%B2%D1%80

2. Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права : прийн. ГА ООН 16.12.1966 р. // Вісн. КС України. – 2006. – №4.

3. Європейська соціальна хартія (переглянута) : Хартія РЄ від 03.05.1996 р., ETS №163 // Відом. Верхов. Ради України. –





водоростей, які осідають на шкірі і викликають хімічне роздратування її рецепторів. Завдяки накопиченню солей в сальних і потових залозах з подальшою дифузією в шкіру, ці хімічні з'єднання забезпечують пролонгування ефектів морських купань, потенціюють лікувальну дію аеро- і геліотерапії. Істотний вплив під час морських купань надає підвищена іонізація морського повітря, а також краса морських пейзажів. Купання ведуть до тренування нервово-гуморальних, серцево-судинних та інших терморегуляціонних механізмів, обміну речовин, функції дихання, підвищують життєвий тонус організму, його адаптаційні можливості, надають виражену гартуючу дію.

Курс таласотерапії дозволяє поліпшити стан нервової й ендокринної систем, від стану яких залежить як розщеплення, так і нагромадження жирів, позбутися від зайвої рідини й жирових нагромаджень в організмі.

Протипоказаннями вважаються: гострі інфекційні й гострі запальні захворювання, деякі хвороби шкіри й серцево-судинної системи (інфаркт міокарда, гіпертонічна хвороба II і III стадій), онкологічні захворювання.

**Список використаних джерел**

1. Боголюбов В. М. Фізичні фактори в профілактиці, лікуванні та медичної реабілітації / В. М. Боголюбов. – М. : Медицина, 1987. – 154 с.

2. Клячкин Л. М., Виноградова М. Н. Фізіотерапія / Л. М. Клячкин, М. Н. Виноградова. – М., 1995.

3. Пономаренко Г. Н. Фізичні методи лікування : Довідник / Г. Н. Пономаренко. – СПб., 2002.

4. Улащік В. С., Лукомський І. В. Загальна фізіотерапія : підручник / В. С. Улащік, І. В. Лукомський. – Мінськ : «Книжковий дім», 2003.

5. Фізіотерапія : Пер. з польської / За ред. М. Вейсса і А. Зембатого. – М. : Медицина, 1985. – 496 с.

працездатності.

Водяні процедури, що гартують, розділяють на обтирання, обливання, душ і купання.

Висновок. Загартовування не займає багато часу, але приносить велику користь: людина менше хворіє простудними захворюваннями, стає більш активним днем і краще спить вночі.

**Список використаних джерел**

1. Хочу бути здоровим / З. Т. Братко. – Київ, 1991.
2. Як бути здоровим / Е. А. Кретова. – Москва, 1990.
3. Мистецтво здоров'я / В. Н. Захаров. – Москва, 1987.

***ТИРТИЧКО А.П.,*** *перекладач-дактилолог,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***ШКУРКІН Є.В.,*** *студент 2-го курсу,*
*спеціальність «Середня освіта (здоров'я людини)»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ТАЛАСОТЕРАПІЯ

Таласотерапія – це використання морської води, морських лікувальних грязей, піску й морського клімату в лікувальних цілях. Морське повітря з негативними іонами стимулює імунітет і дозволяє протистояти інфекціям і стресам, корисно впливає на щитоподібну залозу й бере участь у звільненні організму від жирів. Курс таласотерапії в поєднанні з обгортаннями водоростями дозволяє позбутися від зайвої рідини, токсинів і жирових відкладень в організмі.

Фізіологічна та лікувальна дія морських купань на організм пов'язано з термічними, механічними і хімічними факторами. Термічний вплив обумовлено охолодженням, оскільки температура води в морі нижче, ніж температура тіла. І чим більше різниця температур, тим сильніше фізіологічна дія купання. Механічний фактор пов'язаний з гідростатичним тиском води, а також з необхідністю долати опір рухомих хвиль. У результаті поліпшується стан шкіри, її еластичність, підвищується м'язовий тонус. Хімічний вплив обумовлено впливом розчинених у воді солей і фітонцидів морських





2007. – №51.

4. Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод : Конвенція РЄ від 04.11.1950 р. // Офіц. вісник України. – 2006. – №32.

5. Димніч О. В. Сутність соціального страхування та його місце в забезпеченні соціального захисту громадян / О. В. Димніч // Акад. праці і соц. відносин Федерації профспілок України : наук.-практ. збірник. – 2013. – №3. – С. 57-60.

6. Основи законодавства України про загальнообов'язкове державне соціальне страхування : Закон України від 14.01.1998 р., №16/98-ВР // Відом. Верхов. Ради України. – 1998. – №23.

7. Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття : Закон України від 02.03.2000 р., №1533-ІІІ // Відом. Верхов. Ради України. – 2000. – №22.

8. Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування у зв'язку з тимчасовою втратою працездатності та витратами, зумовленими похованням : Закон України від 18.01.2001 р., №2240-ІІІ // Відом. Верхов. Ради України. – 2001. – №14.

***КИРИЛЬЧИК Н.І.,*** *магістрант 1-го року підготовки,*
*спеціальність «Соціальна робота»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ОСОБЛИВОСТІ ПРАВОВИХ СВОБОД ТА ОБМЕЖЕНЬ ПРИ КОРИСТУВАННІ МЕРЕЖЕЮ ІНТЕРНЕТ

Сьогодні Інтернет став найбільш важливим джерелом інформації. Можливість доступу до мережі Інтернет дозволяє знайомитися з новинами за допомогою електронних версій звичайних газет, телепередач чи окремих сайтів. Існування власних сторінок, друкованих та аудіовізуальних засобів масової інформації у мережі Інтернет надає інформаційним ресурсам доступності майже з кожної точки світу 24 години на добу. Розвиток мережі Інтернет перетворює її в стандартний

канал соціальних комунікацій, за яким здійснюється переказ грошових коштів та функції зв'язку. Дуже популярні «мережеві» комерційні організації, які спеціалізуються онлайн, інтернет-магазини, безліч організацій і приватних осіб, які надають послуги в рекламних цілях. В Інтернеті доступна практично будь-яка послуга, яку можна отримати віддалено – консультації лікаря, юриста, бухгалтера, менеджерата інших фахівців. Особливою популярністю користуються мультимедійні і розважальні послуги [1].

Розміщення в мережі Інтернет інформації та доступ до неї здійснюється за участю спеціалізованих організацій – постачальників послуг Інтернет. При цьому сам «Інтернет» як сукупність інформаційних ресурсів непідконтрольний конкретній особі держави або міжнародній організації. Адже кожен провайдер має можливість контролювати інформацію, яка передається в простір або вихід з мережі при користуванні його послугами. Для своїх клієнтів держава має можливість регулювати і контролювати діяльність провайдерів, які надають послуги на його території за допомогою різних юридичних інститутів. Тому відносини, які виникають у зв'язку з використаних мережі Інтернет, можуть

бути предметом правового регулювання, причому як на внутрішньодержавному, так і на міжнародному рівні. В Інтернеті можна встановити факт поширення інформації певного постачальника або отримання інформації за допомогою послуг певного провайдера [4].

Слід зауважити, що існують країни, які накладають обмеження на доступ своїх громадян до мережі Інтернет і тому не вважаються демократичними. Демократія сприяє підриву авторитарних режимів завдяки демонстрації людям інших способів життя. Тому очевидним стає той факт, що інформаційне суспільство може розвиватися лише частково в тих країнах, де прогресують явища бюрократії, корупції, олігархії, маніпулювання суспільною свідомістю, а також інші антидемократичні процеси, які гальмують розвиток громадянського суспільства [2, с. 35]. Ситуація зі свободою в Інтернеті погіршується по всьому світу: уряди деяких країн блокують мобільний зв'язок, обмежують пряму передачу





відомо. Біологічний ефект водяної процедури спостерігається досить швидко. Це зв'язано з тим, що вода в порівнянні з повітрям має більшу теплоємність і теплопровідність і тому викликає більш сильне охолодження організму, чим повітряні ванни тієї ж температури. Так, наприклад, при температурі повітря 24°С людина в оголеному виді почуває себе цілком комфортно. Тим часом перебування у воді тієї ж температури викликає відчуття прохолоди. Таким чином, водяні процедури є більш сильним засобом загартовування, чим всі інші.

Висока ефективність водяних процедур зв'язана з виникненням активної загальної реакції організму на дію прохолодної чи холодної води при досить короткій експозиції впливу. У шкірі знаходиться різноманітна популяція рецепторів: теплові і холодові, тактильні, вільні нервові закінчення. Крім того, усі ділянки тіла мають своє представництво в корі великих півкуль мозку. Дія прохолодної чи холодної води, тобто температурного фактора, має механічний (тактильний) вплив на шкіру, викликає тим самим зміну найважливіших фізіологічних функцій організму. Поліпшується мікроциркуляція, підвищуються інтенсивність кровообігу, тонус нервово-м'язового апарата, удосконалюються механізми терморегуляції.

Ведучим стимулом у досягненні позитивного ефекту є інтенсивність роздратування (температури), а не тривалість впливу фактора (води). Так, тривалість водяної процедури повинна бути тим коротше, ніж холодніше вода. Для загартовування застосовують прохолодну воду при температурі 24-16°С й холодну – нижче 16°С.

Самий сприятливий час прийому водяних процедур – ранковий час, після ранкової зарядки, коли шкіра рівномірно зігріта і спостерігається більш виразна судинна реакція. У цей час значно швидше відбувається перехід організму в активний стан, від сну до пильнування. Тим часом водяні процедури перед сном незалежно від температури води (прохолодна чи тепла) у деяких людей викликають порушення нервової системи і безсоння.

Регулярні водяні процедури є ефективним засобом профілактики простудних і соматичних захворювань, надійним засобом збереження і зміцнення здоров'я, підвищення

хронічні захворювання в стадії загострення, злоякісні новоутворення, туберкульоз в активній фазі, виражений атеросклероз зі стенокардією та порушенням мозкового кровообігу, цирози печінки, хронічні захворювання нирок з порушенням їх функції, хвороби крові в гострій стадії або у стадії загострення, різке загальне виснаження.

Відповідні реакції організму на вплив бальнеотерапії різні в залежності від способу застосування мінеральних вод. Найбільш частим методом зовнішнього застосування мінеральних вод є ванни. На деяких курортах застосовують купання в басейнах з мінеральною водою. Механізм дії ванн складається з факторів температурного, гідростатичного, механічного і хімічного або радіоактивного. Дія перших трьох факторів – загальне для мінеральних ванн всіх видів і схоже з дією прісних ванн, що дає підставу застосовувати різні ванни хворим з одним і тим же захворюванням. Однак, крім однакової основної дії на організм, є і суттєві відмінності, пов'язані з хімічним (розчини солей), газовим складом та іонізуючим випромінюванням кожного виду мінеральної води. Ці відмінності визначають диференційовані показання та протипоказання до її застосування нових, йодо-бромних та інших вод.

***ТИРТИЧКО А.П.,*** *перекладач-дактилолог,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***ТКАЧЕНКО І.М.,*** *студентка 2-го курсу,*
*спеціальність «Середня освіта (здоров'я людини)»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ЗАГАРТОВУВАННЯ ВОДОЮ

У наш час, люди занадто багато вживають лікарських препаратів для лікування і оздоровлення організму. Багато перевірених століттями методів профілактики майже забуті. Одним з таких є методика загартовування організму холодною водою, яка доступна практично всім.

Загартовування організму водою давно і добре усім





потокового відео і наймають кіберармію провладних коментаторів.

Найбільш серйозним порушником свободи в Інтернеті залишились Китай, Єгипет та Туреччина, за якими слідують Сирія і Ефіопія. Українська влада заблокувала деякі інтернет-сервіси російського походження, в тому числі популярні соціальні мережі та пошукову систему. У жовтні 2016 року уряд Ефіопії відключив мобільний Інтернет майже на два місяці в рамках запровадженого надзвичайного стану на тлі антиурядових протестів, а влада Білорусі вносила збої мобільного зв'язку, щоб не допустити передачі потокового відео для масових аудиторій. А ось вихід в інтернет у Кореї просто закритий. Замість Інтернету жителі Кореї користуються своєю мережею – «Інтранет» або «Кванмен».

Розглядаючи механізм дії мережі Інтернет та способи подання і поширення інформації виникають унікальні, які не мають аналогів в реальному світі проблеми:

1. Проблеми регулювання електронної комерції. Це питання укладання контрактів засобами Інтернет, питання недобросовісної реклами, спаму, оподаткування підприємництва в мережі.

2. Оприлюднення авторських прав в Інтернеті.

3. Зловживання при реєстрації доменів (cybersquatting). Торгівля доменними іменами є прибутковим, хоча і неофіційними бізнесом в мережі Інтернет.

Дуже важливою проблемою мережі Інтернет є визначення відповідальності провайдерів і власників сайтів за дотримання на їх серверах інформації клієнтів і користувачів, створення нелегальних інтернет-сайтів чи кримінальних, що пропагують насильство, провокують національну, релігійну та іншу ворожнечу. Не секрет, що Інтернет став «притулком» для терористичних організацій, які ведуть активну «інформаційну війну» з суспільством в усьому світі [4, с. 80]. Тому важливою є інформаційн безпека, головними завданнями якої є:

- забезпечення доступності даних для авторизованих користувачів – можливості оперативного отримання інформаційних послуг;

- гарантія цілісності інформації – її актуальності та захищеності від несанкціонованої зміни або знищення;
- забезпечення конфіденційності відомостей.

За даними Інституту комп'ютерної безпеки США (CSI – Computer Security Institute, San Francisco) і групи комп'ютерного вторгнення (Computer Intrusion Squard) Федерального бюро розслідувань 90% всіх опитаних в США корпоративних респондентів виявили атаки на свої мережі, а 85% – виявили комп'ютерні віруси. Сьогодні під вірусні атаки хакерів потрапляють не тільки ПК рядових користувачів, але і промислові системи, які управляють автоматизованими виробничими процесами. Історія хакерства налічує стільки ж десятиліть, скільки й самі по собі комп'ютерні технології. Поки комп'ютери були в основному надбанням військових і вчених, хакерство було спрямоване проти них. Але з часом комп'ютеризація досягла таких масштабів, що хакерські атаки прямо або опосередковано торкнуться величезного відсотку населення. Адже сьогодні складно знайти людину, яка не має банківської картки або не користується послугами сучасних технологічних сервісів. Шкідливий«хробак» може бути використаний в якості шпигунства, як диверсій електростанцій, аеропортів та інших підприємств життєзабезпечення. Наприклад, комп'ютерний Stuxnet вразив ядерні об'єкти Ірану, відкинувши атомну програму цієї країни на два роки назад. Застосування шкідливої програми виявилося в порівнянні за ефективністю з повноцінною військовою операцією, але з відсутністю жертв серед людей. Унікальність цієї програми полягала в тому, що вперше в історії кібератак вірус фізично зруйнував інфраструктуру. За даними деяких американських ЗМІ, Stuxnet був спільно розроблений розвідслужбами США та Ізраїлю, його випробували в дата-центрі в ізраїльській пустелі, а потім занесли його в комп'ютерну мережу, яку використовували іранські вчені і брали участь в іранській ядерній програмі.

У 2015 році була здійснена хакерська атака на об'єкти енергетики в Україні, при якій кіберзлочинці знеструмили три енергопостачальні організації. Всього постраждали близько 30 підстанцій, а майже 230 тисяч будинків і підприємств до





***ТИРТИЧКО А.П.,*** *перекладач-дактилолог,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***СТРЕТОВИЧ А.В.,*** *студентка 2-го курсу,*
*спеціальність «Середня освіта (здоров'я людини)»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## БАЛЬНЕОТЕРАПІЯ

Бальнеотерапія – метод лікування мінеральними водами (при зовнішньому і внутрішньому їх застосуванні) на курортах.

Механізм дії мінеральних вод в даний час розглядається з точки зору нервоворефлекторної теорії І.П. Павлова. Мінеральні води діють своєю температурою, складом, гідростатичними властивостями в першу чергу на рецептори шкіри і слизових оболонок. Крім того, екстерорецептори і інтерорецептори кровоносних судин піддаються роздратуванню газами ($CO_2$, $H_2S$) і радіоактивними речовинами (радон), що проникають через шкіру, слизові оболонки і дихальні шляхи в кров. У різноманітних відповідних реакціях організму бере участь, крім нервового, і гуморальний компонент (медіатори, гормони, метаболіти).

Бальнеотерапія розглядається як патогенетичне лікування, спрямоване на різні ланки патологічного процесу. Загальні показання до застосування бальнеотерапії: захворювання серцево-судинної системи без явищ недостатності кровообігу (вади серця з повністю закінченим інфекційним процесом, в тому числі оперовані вади, гіпертонічна хвороба I і II стадій без виражених кризів і без ураження судин мозку, серця і нирок, гіпотонія); ревматизм в неактивній фазі після закінчення гострих явищ з повністю закінченим процесом в серці; хвороби (у тому числі наслідки травм) центральної і периферичної нервової системи по закінченні гострого періоду без важких порушень; функціональні захворювання нервової системи (неврози); захворювання органів травлення; хвороби обміну речовин; захворювання опорно-рухового апарату неревматичної етіології; хвороби жіночої статевої сфери; хвороби шкіри.

Протипоказання: порушення кровообігу вище I ступеня, інфекційні та неінфекційні захворювання в гострій стадії,

П’ють повільно, вода тепла або кімнатної температури.

При захворюваннях, що супроводжуються спазмом привратника, що затрудняє евакуацію їжі із шлунка і викликають сильну печію, відригання кислотою, додатково слід пити воду після їжі – 2-3 рази невеликими порціями (не більше ¼ склянки).

При схильності до проносів мінеральну воду п’ють підігрітою до 45-50 град.; при запорах – прохолодну. Як правило, воду п’ють 3 рази на день, починаючи з 100-150 мл (1/2-3/4 склянки) на прийом, потім збільшують до 200-300 мл (1-1,5 склянки).

При захворюваннях жовчного міхура для посилення жовчовиділення воду п’ють у великих кількостях (до 400-500 мл), але у 2 прийоми протягом 30-40 хв. Вода повинна бути теплою.

При захворюваннях сечовидільних шляхів воду п’ють 5-6 разів на день по 200-300 мл на прийом. Крім 3-х звичайних прийомів перед їжею, воду п’ють 2-3 рази через 2,5-3 години після їжі, якщо немає порушень серцево-судинної системи і водно-солевого обміну.

Тривалість курсу лікування водами 3-4 або 5-6 тижнів.

**Список використаних джерел**

1. Большая советская энциклопедия. – М., 1976.

2. Парфенов А. П. Закаливание человека / А. П. Парфенов. – Л., 1980.

3. Сыроечковская М. Н. Водолечение / М. Н. Сыроечковская. – М., 1988.

4. Кольранский Б. Б. Охлаждение, переохлаждение и их профилактика / Б. Б. Кольранский. – М., 1996.

5. Лікування мінеральними водами / С. С. Северинов. «В Крым на отдых». – Сімферопіль : «Таврія», 1988 р.





шести годин залишалися без світла. Через рік масштабна атака здійснена в Києві, а за тиждень до цього «зламали» сайти Міністерства фінансів, Держказначейства та Пенсійного фонду. У жовтні після сенсаційної атаки на комп’ютерні системи вірусом Petya, який паралізував 90% постраждали інфраструктури країни – від банків до аеропортів. В Україні для боротьби з комп’ютерними злочинами створено спеціальне управління – Департамент по боротьбі з кіберзлочинністю МВС.

У даний час кількість виявлених злочинів у сфері кібербезпеки в Україні збільшується в середньому на 2,5 тисячі щорічно. Так, У 2017 році заведено близько 7 тис. кримінальних проваджень, з них 4,5 тис. – винятково становлять кіберзлочини.

У наш час законодавство України в сфері інформації та інформатизації представлено такими діючими законами України: «Про телекомунікації», де надано визначення мережі Інтернет, «Про авторське право і суміжні права», який містить в собі певні необхідні терміни та положення щодо захисту авторських і суміжних прав в мережі Інтернет, піратство, плагіат; «Про державну підтримку кінематографії в Україні», в якому внесено ряд важливих змін щодо захисту авторських прав в мережі Інтернет, а також «Про основні засади забезпечення кібербезпеки України», «Про інформацію», «Про електронну комерцію», «Про друковані засоби масової інформації (пресу) в Україні», «Про захист інформації в автоматизованих системах», «Про доступ до публічної інформації», «Про електронний цифровий підпис», «Про електронні довірчі послуги», »Про захист інформації в інформаційно-телекомунікаційніх системах».

Таким чином, питання захисту інформації і безпеки корпоративних комп’ютерних мереж в Україні досить регулюються законодавством. Мета регулювання очевидна: для забезпечення власної безпеки держави необхідний максимальний контроль за стратегічними інформаційними ресурсами. Але враховуючи той факт, що інтернет-технології розвиваються досить швидко, слід відзначити, що нормативно-правова та технічна база комп’ютерної безпеки відстають від потреб ринку. Інтернет – міжнародна комп’ютерна мережа, тому значна частина проблем може бути розв’язана на міжнародному

рівні та визначений єдиний механізм юридичної відповідальності.

**Список використаних джерел**

1. Мелюхін І. Інтернет і праве регулювання [Електронний ресурс] / І. Мелюхін. – Режим доступу до ресурсу : http://www.medialaw.ru/publications/zip/28/melukhin_2.html

2. Чиж І. С. Правове забезпечення інформаційної діяльності в України / І. С. Чиж // Юридична думка. – 2006. – С. 35-36.

3. Іванов В. Правове регулювання Інтернет. Деякі аспекти / В. Іванов // Свобода висловлювань і приватність. – 2002. – №3. – С. 21-27.

4. Харчук В. Запровадження правового регулювання відносин у глобальній мережі Інтернет / В. Харчук // Юридичний журнал. – 2010.– №12. – С. 80-82.





гази або мають деякі специфічні властивості (радіоактивність, температура, реакція середовища – pH тощо), завдяки чому проявляють лікувальну дію.

Мінеральні води мають певний хімічний склад за рахунок вилужнювання різних гірських порід, розчинення солевих і карбонатних утворень, біохімічних процесів, що проходять в надрах земної кори.

В мінеральних водах є практично всі водорозчинні сполуки, але найчастіше це три аніони (хлор, сульфати, гідрокарбонати) і три катіони (натрій, кальцій і магній). Домінуючий вміст іонів визначає назву води.

При лікування захворювань шлунково-кишкового тракту велике значення має час прийому мінеральної води і температура. При більшості захворювань органів травлення мінеральну воду слід пити повільно, що забезпечує більш тривалий контакт води з рецепторами слизової оболонки порожнини рота. Для посилення послаблюючої дії і при запорах воду слід пити залпом зранку натще серце. Згідно з даними літератури, для досягнення лікувального ефекту при захворюваннях печінки і жовчних шляхів мінеральну воду рекомендується пити до прийому їжі.

Мінеральні води при прийманні за 1-1,5 години до прийому їжі швидко покидають шлунок, переходять до 12-палої кишки і гальмують секрецію шлункового соку. Тому при підвищеній секреції та кислотності шлункового соку мінеральну воду п’ють за 1-1,5 години до їжі, підігрітою до температури тіла (35-40 град.), щоб вона звільнилася від надлишку вуглекислоти. П’ють швидко, великими ковтками. При наявності у хворих виразки 12-палої кишки з супутніми явищами гастриту 1/2 або 1/3 дози мінеральної води призначають за 1,5 год. до їжі, а решту – на висоті травлення.

Якщо мінеральна вода приймається за 10-15 хв. до їжі або під час їжі, то вона затримується у шлунку і стимулює секрецію шлункового соку. Тому пацієнтам з хронічним гастритом і секреторною недостатністю мінеральну воду рекомендують приймати за 10-15 хв. до їжі або під час приймання їжі. П’ють повільно, маленькими ковтками, вода кімнатної температури. При нормальній кислотності – за 30-40 хв. до прийому їжі.

Захар'їна-Геда, названі за прізвищами двох великих учених, що вели наукові роботи абсолютно відокремлено один від одного, але прийшли до спільного відкриття – зіставлення окремих ділянок шкірного покриву певним внутрішнім органам. Вплив на ті або інші зони шкірного покриву обгортаннями або компрессами надає терапевтичний ефект на відповідні органи.

У літературі XVI-XVII ст. починають розглядатися питання будівництва, обладнання і порядку експлуатації курортних закладів: бальнео- і грязелікарень. Але лише з XVIII-XIX ст. у зв'язку з розвитком промисловості, торгівлі і транспорту починається інтенсивний розвиток європейських курортів на основі нового комерційного підходу.

У XIX – на початку XX ст. відбувається офіційне відкриття сучасних європейських курортів, які все більше набували вигляду не стільки лікувальних комплексів, скільки місць відпочинку і туризму.

**Список використаних джерел**

1. Бикова Л. М. Курорти Закарпаття / Л. М. Бикова, А. А. Сочка, Г. Л. Тронь. – К. : Здоров'я, 1974.

2. Географічна енциклопедія України : В 3 т. / Відп. ред. О. М. Маринич. – К. : Українська радянська енциклопедія імені М. П. Бажана, 1990.

3. Данилова Н. А. Климат и отдых в нашей стране: Европейская часть СССР, Кавказ / Н. А. Данилова. – М. : Мысль, 1980.

4. Про курорти : Закон України від 5.10.2000 р. №202.

***ТИРТИЧКО А.П.,*** *перекладач-дактилолог,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***НЕГАР Т.Б.,*** *студент 2-го курсу, спеціальність «Середня освіта (здоров'я людини)»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ЛІКУВАННЯ МІНЕРАЛЬНИМИ ВОДАМИ

Питтєві мінеральні води – це природні води, які вміщують у підвищених концентраціях мінеральні, органічні речовини,





# РОЗДІЛ 3. ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ СТАНОВЛЕННЯ ОСОБИСТОСТІ В НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОМУ ПРОЦЕСІ: ТЕОРІЯ, ДОСВІД, ПРАКТИКА

***НІКОЛАЄВА Н.А.,*** *магістрант 1-го року підготовки, спеціальність «Психологія»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна».*
*Науковий керівник: КОТИК І.О.,*
*кандидат психологічних наук, доцент,*
*професор кафедри психології,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ ФОРМУВАННЯ МІЖОСОБИСТІСНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ЖІНОК

*Актуальність дослідження.* Останніми роками зростає інтерес до досліджень різних форм залежності [1-3; 5-7; 9; 10]. Міжособистісна залежність є однією з таких форм, зовні практично непомітна і легко мімікрує під феноменологію невротичних розладів, жіночності, специфіки гендерних стосунків у культурі [2] тощо. Непомітність міжособистісної залежності робить її особливо небезпечною, оскільки вона, вражаючи значну частину населення, негативно впливає на розвиток особистості, побудову сценарію життя, вибір шлюбного партнера, професійне і кар'єрне зростання, психічне і соматичне здоров'я [6].

Міжособистісна залежність, як розлад поведінки і стосунків, є проявом розладу особистості залежного типу (рубрикація МКЗ-10: F60.7 [8]), або залежної особистості [7]. У низці праць [1; 5; 10] було висловлено ідею про те, що міжособистісна залежність є первинним розладом, який за певних обставин, пов'язаних з неможливістю її реалізації, трансформується у вторинні форми залежності: хімічну,

харчову, сексуальну, ігрову тощо. Більш того, механізм лікування вторинних залежностей передбачає зворотний рух від вторинної залежності до первинної. Тому важливим видається виявлення єдності залежних розладів, в основі яких лежить залежна особистість.

У генетичному аспекті міжособистісна залежність визначається низкою чинників, що мають різний статус: провідні, кристалізуючі, гальмуючі тощо [7]. Проблема систематизації функціонування міжособистісної залежності не є до кінця вивченою, а даний аспект досліджувався лише в нечисленних вітчизняних працях [1].

Характерно, що в більшості відомих досліджень, присвячених вивченню міжособистісної залежності, дані одержано на дорослих людях, які знаходяться в шлюбі, або на матеріалі межових нервово-психічних розладів. Тому дослідження генезису дебютних форм міжособистісної залежності, які мають достатню вираженість уже в підлітковому віці і спостерігаються в дошлюбних стосунках, її різних проявів, механізмів і чинників формування видається надзвичайно актуальним.

*Мета роботи* – на основі статеворольового підходу до вивчення причин і механізмів формування міжособистісної залежності поглибити теоретичні уявлення про функціонування дебютних форм міжособистісної залежності у жінок та розробити інструментарій для психодіагностики міжособистісної залежності.

Відповідно до мети роботи було поставлено *завдання дослідження*:

- провести теоретичний аналіз проблеми формування залежної особистості;
- провести психометричну оцінку методики діагностики міжособистісної залежності Б. Уайнхолда;
- визначити особливості структурної організації емоційної сфери у залежних жінок;
- виявити структурні зміни симптомокомплексу маскулінності / фемінінності (М/Ф симптомокомплексу) на різних рівнях його функціонування (соціогенному,





6. Гураков А. А. Проблема річок та водовикористання в Україні / А. А. Гураков. – Київ, 1999.

***ТИРТИЧКО А.П.,*** *перекладач-дактилолог,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***ДАЩЕНКО С.В.,*** *студент 2-го курсу,*
*спеціальність «Середня освіта (здоров'я людини)»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ІСТОРІЯ ВОДОЛІКУВАННЯ

Лікувальні властивості прісної та мінеральної води відомі здавна і згадуються ще в індійських Ведах. Піфагор, Гіппократ, Асклепіад, Авіценна, Антоній Муса (лікар Октавіана) використовували ці знання для лікування багатьох захворювань.

Середньовіччя принесло забуття фізіотерапії, і тільки в XVIII столітті Європа згадала про водолікування. Знання стародавніх народів з плином століть доповнювалися новими даними, методики удосконалювалися, їх застосування в медицині розширювалося, але підхід до вивчення гідротерапії був тільки емпіричним.

Наукове дослідження даного виду фізіотерапії почалося в XIX столітті завдяки російським і європейським ученим. Олександр Нікітін, штаб-лікар, у 1825 році описав закон антагонізму, в якому йдеться про протилежне взаємодії між судинами шкіри і черевної порожнини: при прийнятті холодних ванн судини шкіри звужуються, а черевної порожнини розширюються, при лікуванні гарячими ваннами судини шкіри розширюються, а черевної порожнини, навпаки, звужуються.

Доктор Кнайп пропагував лікування холодною водою в кінці XIX століття, а вчений Вільгельм Винтерниц став першим викладачем гідротерапії і засновником кафедри водолікування у Віденському університеті в 1899 році.

Мудров, Пирогів, Боткін і інші вітчизняні лікарі активно і успішно використовували бальнеотерапію (від лат. balneum – лазня, купання) в лікуванні багатьох захворювань.

Говорячи про фізіотерапії, не можна не згадати про зони

Гнилий Яланець. На річці працює 13 невеликих ГЕС. Річний стік – 3,39 км$^3$.

Дунай – одна з найбільших рік Європи. Довжина – 2960 км, у межах України – 174 км. Площа басейну – 817 тис. км$^2$. Середній річний стік – 123 км$^3$. У межах України найбільші притоки – Тиса і Прут (ліві). У гирлі Дунай розділяється на кілька рукавів, один з яких (Кілійський) протікає по території України.

Ріки України мають мішане живлення. Взимку, коли вони замерзають, переважає підземне живлення; навесні, при таненні снігів – снігове; влітку і восени – дощове і підземне. Зміна рівнів води протягом року називається режимом ріки. Для річок України є характерною весняна повінь, що настає внаслідок танення снігу. Паводок – це підйом рівня води в річці через дощі.

Висновки. Отже, Україна має значні сумарні водні ресурси. Але їх велика частина не може бути використана для господарських потреб, тому основними є місцеві водні ресурси. За їх запасами на одного жителя Україна є однією з найменш забезпечених країн (1 тис. м$^3$ на рік). Запаси водних ресурсів також змінюються з року в рік, нерівномірно розподілені по території України. Найбільші вони на заході, а найменш забезпечені місцевим стоком південні райони Донецької, Запорізької, Херсонської, Одеської областей. Де вимагає дбайливого ставлення до водних об'єктів, потребує раціонального використання водних ресурсів, охорони їх від забруднення.

**Список використаних джерел**

1. Сотников А. С. Головні річкові системи України / А. С. Сотников. – Київ, 2002.

2. Погорецький В. С. Живлення і режим річок / В. С. Погорецький. – Тернопіль, 2003.

3. Бастюк Б. В. Водні ресурси Украйни / Б. В. Бастюк. – Харків, 2003.

4. Боярин А. Ю. Закони раціонального використання водних ресурсів України / А. Ю. Боярин. – Київ, 2001.

5. Герасименко Ю. П. Річки України / Ю. П. Герасименко. – Київ, 2000.





поведінковому, біогенному) у залежних жінок;

• визначити особливості сприйняття образів чоловіка і жінки у жінок, які знаходяться у стосунках міжособистісної залежності;

• виявити особливості раннього досвіду особистості та структури батьківської сім'ї у жінок, які знаходяться у стосунках міжособистісної залежності.

*Об'єкт дослідження* – стосунки міжособистісної залежності.

*Предмет дослідження* – психологічні чинники і динаміка формування стосунків міжособистісної залежності у жінок.

*Методи дослідження.* Для реалізації поставлених завдань використовувались наступні методи: 1) методи діагностики міжособистісної залежності (опитувальник Б. Уайнхолда, напівструктуроване діагностичне інтерв'ю з використанням критеріїв токсичної любові P. Mellody, метод експертних оцінок); 2) методи діагностики особливостей емоційної сфери (шкала диференціальних емоцій К. Ізарда, Торонтська алекситимічна шкала); 3) методи діагностики статеворольової сфери особистості; 4) для оцінки суб'єктивної картини гендерних стосунків та гендерних установок – проективна методика, малюнок «Чоловіки і жінки» Н.М. Романової; 5) для аналізу ґенезу стосунків міжособистісної залежності, пов'язаних з інфантильною травматизацією та особливостями соціалізації – проективні методики: аналіз ранніх спогадів (W.R. Rule) та «Зачарована сім'я» (M. Kos, G. Biermann).

Математична обробка результатів проводилася за допомогою методів математичної статистики (програмний пакет Statistica 6.0): методи описової статистики; методи перевірки достовірності відмінностей незв'язаних вибірок (критерій кутового перетворення Фішера, Q-критерій Розенбаума, U-критерій Уілкоксона-Манна-Уїтні, міра інформативності ознаки j Кульбака); методи множинної статистики (кореляційний і факторний аналізи).

*Методологічну і теоретичну основу дослідження* становлять принципи генетичної психології [4], теоретичні положення про формування і функціонування залежної

особистості [7] і адиктивної поведінки [1; 6], теорія «токсичної любові» [3], статеворольовий [2] та гендерний [9] підходи у сучасній психології статі, загальнопсихологічні положення психології сім'ї [9].

*Наукова новизна дослідження* полягає в наступному:

- виявлено форми міжособистісної залежності у підлітковому віці, які характеризуються порушенням структурної організації особистості на емоційному рівні;
- доведено, що міжособистісна залежність у своєму розвитку має не тільки соціально-психологічні, але і генобіологічні складові;
- показано, що утворення маскулінності / фемінінності у залежних і незалежних підлітків функціонально нетотожні – мають різну функцію в структурі особистості;
- подальшого розвитку дістали теоретичні уявлення щодо структурних змін емоційної сфери у жінок зі стосунками міжособистісної залежності, а саме: «утоплений профіль» емоційної сфери, недиференційованість негативних емоцій, знижена здатність до емоційної рефлексії, інфантилізм емоційної сфери;
- поглиблено теоретичні уявлення щодо ролі статеворольової сфери особистості в становленні й розвитку міжособистісної залежності, а саме: важливими етіопатогенетичними чинниками розвитку стосунків міжособистісної залежності є низька біогенна маскулінність і ригідна інфантильна структура соціогенного рівня М/Ф симптомокомплексу, яка не трансформується в андрогінну в період дорослості;
- уточнено уявлення щодо ґенезу стосунків міжособистісної залежності, пов'язаних з інфантильною травматизацією та особливостями соціалізації, а саме: становленню міжособистісної залежності сприяють фіксованість на фігурі матері, травматична природа стосунків із батьком, наявність травми позбавлення, інверсія домінування в сім'ї, недиференційованість особистісних меж, дефіцитарність стосунків у сім'ї.

*Практичне значення.* Отримані дані можуть бути





України складають 50 км$^3$. Із суміжних з нею територій припливає 159 км$^3$ води. Тому загальні її ресурси оцінюються в 209 км$^3$. Основна кількість водних ресурсів поверхневих вод припадає на басейн Дніпра – 53,5 км$^3$ середнього за водністю року. Значні водні ресурси формуються в басейнах інших річок. Особливістю формування водних ресурсів України є те, що притік води з суміжних з нею територій набагато більший за місцевий стік. Так, Кілійським гирлом Дунаю надходить 123 км$^3$ води.

Озер у країні понад 20 тисяч, 43 з них мають площу, яка перевищує 10 км$^2$. Великі озера розташовані в плавнях Дунаю і на узбережжі Чорного моря (Ялпуг, Сасик та ін.). Найбільше озеро Полісся – Світязь. Синевир – найбільше озеро Карпат. Загальна площа боліт становить 12 тис. км$^2$. Розташовані вони переважно в Поліссі. Розрахункові запаси прісних підземних вод дорівнюють 27,4 км$^3$, з яких 8,9 км$^3$ не пов'язані з поверхневим стоком.

В цілому водні ресурси України можна охарактеризувати як недостатні. У маловодні роки дефіцит води відчувається навіть у басейнах великих рік.

*Дніпро утворює основну річкову систему України.* Довжина Дніпра – 2201 км (у межах України 981 км), площа басейну 504 тис. км$^2$. Найбільші праві притоки – Прип'ять, Тетерів, Рось, Інгулець; ліві – Десна, Сула, Псел, Ворскла, Самара. Від гирла Прип'яті до греблі Каховської ГЕС Дніпро являє собою каскад водосховищ (Київське, Канівське, Кременчуцьке, Дніпродзержинське, Дніпровське, Каховське). Середній річний стік – 53,5 км$^3$.

Дністер із своїми притоками утворює річкову систему на південному заході України. Довжина Дністра – 1362 км (в Україні – 705 км). Площа басейну – 72,1 тис. км$^3$. Основні праві притоки – Стрий, Бистриця, Свіча, Реут, Лімниця; ліві – Золота Липа, Серет, Смотрич, Збруч. У верхів'ї Дністер – гірська ріка. На ріці споруджено ГЕС і водосховища (Дністровське, Дубоссарське). Річний стік – 10 км$^3$.

Південний Буг бере початок на Подільській височині. Довжина ріки – 806 км, площа басейну – 63,7 тис. км$^2$. Основні ліві притоки – Синюха, Мертвовід, Інгул; праві – Згар, Кодима,

дотриманням визначеного режиму, дієти і використанням додаткових лікувальних факторів (фізіотерапії, медикаментозного лікування, гормональної терапії і т.п.).

Висновок. Перспективними вважаються райони, в яких зростання температури з глибиною відбувається досить інтенсивно, колекторські властивості гірських порід дозволяють одержувати з тріщин значні кількості нагрітої води чи пари, а склад мінеральної частини термальних вод не створює додаткових труднощів по боротьбі із солевідкладеннями і кородуванням устаткування.

**Список використаних джерел**

1. Большая советская энциклопедия. – М., 1976.

2. Парфенов А. П. Закаливание человека / А. П. Парфенов. – Л., 1980.

3. Сыроечковская М. Н. Водолечение / М. Н. Сыроечковская. – М., 1988.

4. Кольранский Б. Б. Охлаждение, переохлаждение и их профилактика / Б. Б. Кольранский. – М., 1996.

5. Лікування мінеральними водами / С. С. Северинов. «В Крым на отдых». – Сімферопіль : «Таврія», 1988 р.

***ТИРТИЧКО А.П.,*** *перекладач-дактилолог,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***БАЗЯКА О.О.,*** *студент 2-го курсу,*
*спеціальність «Середня освіта (здоров'я людини)»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ВОДНІ РЕСУРСИ УКРАЇНИ

Водні ресурси України формуються з місцевого стоку рік на своїй території, а також стоку, що надходить із суміжних територій Дунаєм, Дніпром і його притоками, Сіверським Дінцем.

У середньому на території України випадає 609 мм. опадів. Із них лише 83 мм. перетворюються на річковий стік; решта вологи – 526 мм. – випаровується. За розрахунками гідрологів, середнього за водністю року ресурси місцевого стоку





використано для вдосконалення психодіагностичної роботи та психологічного консультування жінок, які перебувають у стосунках міжособистісної залежності.

Матеріали дослідження впроваджено в педагогічний процес підготовки психологів у ВСЕІ «Україна», у рамках дисциплін «Основи психотерапії» та «Психологічна діагностика».

*Перспектива подальших досліджень* полягає у розробці та вдосконаленні інструментарію для психодіагностики залежної особистості та поглибленні уявлень щодо її структурної організації і механізмів функціонування. Важливим видається дослідження суб'єктивного образу світу та індивідуального досвіду залежних жінок, зокрема психосемантичних векторів конструювання світу і значущих об'єктів комунікації.

**Список використаних джерел**

1. Говорун Т., Кікінежді О. Стать та сексуальність: психологічний ракурс. Навчальний посібник / Т. Говорун, О. Кікінежді. – Тернопіль : Навчальна книга – Богдан, 1999. – 384 с.

2. Кочарян А. С. Личность и половая роль / А. С. Кочарян. – Харьков : «Основа», 1996. – 127 с.

3. Кочарян А. С, Федоренко Р. П. Токсическая любовь как форма патологии супружеских отношений / А. С. Кочарян, Р. П. Федоренко // Вісник Харківського університету. Серія: «Психологія». – 1998. – №419. – С. 87-91.

4. Максименко С. Д. Генезис существования личности / С. Д. Максименко. – К. : Издательство ООО «КММ», 2006. – 240 с.

5. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки. Навчальний посібник / Н. Ю. Максимова. – К. : Видавничо-поліграфічний центр «Київський університет», 2002. – 308 с.

6. Менделевич В. Д., Новиков И. А. Парадоксы взаимосвязей зависимой личности и расстройств зависимого поведения / В. Д. Менделевич, И. А. Новиков // Архів психіатрії. – 2002. – №4. – С. 129-133.

7. Уайнхолд Б., Уайнхолд Дж. Освобождение от созависимости / Б. Уайнхолд, Дж. Уайнхолд; Перевод с англ. А. Г. Чеславской. – М. : Независимая фирма «Класс». – 224 с.

8. Чуркин А. А., Мартюшов А. Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии / А. А. Чуркин, А. Н. Мартюшов. – М. : «Триада-Х», 2000. – 232 с.

9. Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В. В. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис. – СПб; М.; Х.; Минск : Питер, 2002. – 656 с.

10. Mellody P. Toksyczna milosc i jak sie z niej wyzwolic / P. Mellody. – Warszawa : Jacek Santorski & Co, 1993. – 204 s.

***ПОДОЛУЖНА Ю.Д.,*** *магістрант 1-го року підготовки, спеціальність «Психологія», Вінницький інститут Університету «Україна».*
*Науковий керівник: КОТИК І.О., кандидат психологічних наук, доцент, професор кафедри психології, Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ СТАНОВЛЕННЯ ЗАВЧАСНОЇ СТІЙКОСТІ МАЙБУТНЬОГО ВІЙСЬКОВОГО ПРОФЕСІОНАЛА

*Актуальність дослідження*. Соціально-політичні події останніх років в українському суспільстві роблять виклик щодо спроможності та професіоналізму військовослужбовців, піднімають питання щодо патріотичного налаштування та професійного становлення курсантів.

Особливостям професійного становлення військових фахівців приділялася значна увага в роботах військових педагогів і психологів [1-10]. Проблемам професійного розвитку людини як суб'єкта діяльності присвячені роботи І.В. Ващенко, Ж.П. Вірної, А.А. Деркача, М.С. Корольчука, В.О. Лефтерова, Є.М. Потапчука та ін. В науковій літературі представлено дослідження окремих процесів та видів стійкості особистості [5; 8; 10]. Однак, у більшості з них завчасна стійкість особистості не розглядалася в якості конкретних моделей, не встановлювалися закономірності її становлення та розвитку на різних етапах професіоналізації.





властивості, класифікацію, критерії оцінки терапевтичного впливу на організм при різних захворюваннях вивчає і розробляє бальнеологія. До лікувального відносять тільки ті мінеральні води, зміст хімічних компонентів і фізичні властивості яких відповідають прийнятим нормам, розробленим на основі багаторічного досвіду лікувального застосування і спеціальних досліджень. В результаті вживання мінеральної води відбувається сумарна дія солей, що містяться в ній, і інших речовин, що проникають через слизову оболонку в кров.

Характеристика і класифікація мінеральних вод проводиться по їхньому хімічному складі і фізичних властивостях. При цьому враховується загальна мінералізація, іонний і газовий склад, радіоактивність, температура, реакція середовища. По кількості компонентів у грамах на один літр розрізняють мінеральні води: слабкої мінералізації (1-2 г/л), малої мінералізації (2 г/л), середньої (5-15 г/л) і високої мінералізації (15 г/л).

Ступінь мінералізації води багато в чому визначає можливості її лікувального застосування. Зміст мінеральних речовин більш 10-12 г/л у хлоридних водах є максимальним для використання їх у натуральному вигляді при внутрішньому вживанні. Води високої мінералізації застосовуються для ванн.

Ефективність лікування слабо мінералізованими водами обумовлена не їхнім іонним складом, а змістом органічних біологічно активних речовин, кремнієвої кислоти, радіоактивністю, підвищеною температурою.

Мінеральні води використовують на курортах для питного лікування, ванн, купань у лікувальних басейнах, усіляких душів, а також для інгаляцій і полоскань при захворюваннях горла і верхніх дихальних шляхів, для зрошення при гінекологічних захворюваннях і т.п. Мінеральні води застосовують усередину і поза межами курорту, коли користуються привізними водами, розлитими в пляшки. Налита в пляшки вода насичується двоокисом вуглецю для збереження її хімічних властивостей і смакових якостей; вона повинна бути безбарвною, абсолютно чистою; пляшки з мінеральною водою зберігають у горизонтальному положенні в прохолодному місці. Лікування пляшковими мінеральними водами повинне сполучатися з

За ред. Ю. Бойчука, М. Шульги. – Суми : Університетська книга, 2004. – 351 с.

***ТИРТИЧКО А.П.,*** *перекладач-дактилолог,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***БАБУР В.А.,*** *студентка 2-го курсу,*
*спеціальність «Середня освіта (здоров'я людини)»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ЛІКУВАННЯ ТЕРМАЛЬНИМИ ВОДАМИ

Термальні води – гарячі підземні джерела. У Береговому міститься відомий термальний басейн, до якого можна приїхати по міцне карпатське здоров'я хоч влітку, хоч морозної зими.

Традиція лікування термальними водами виникла в Австрії, і саме за часів Австро-Угорської імперії в місті Берегсас з'явилися басейни, наповненні цілющою водою. Термальні води не варто плутати з мінеральними джерелами, адже ними лікуються зовнішньо: треба занурюватись в резервуар. Термальними називають гарячі джерела з температурою води від 20 градусів Цельсія – вони лікують понад 80 захворювань.

Принцип водолікування заснований на тому, що вода, володіючи високою теплоємністю, великою теплопровідністю і конвекцією, добре розчиняючи різні солі і гази, при впливі на організм через нервові рецептори шкіри викликає доброчинні хімічні і біохімічні зміни в організмі.

Мінеральні води, підземні (іноді поверхневі) води, що характеризуються підвищеним змістом біологічно активних мінеральних (рідше органічних) компонентів і які володіють специфічними фізико-хімічними властивостями (хімічний склад, температура, радіоактивність і ін.), завдяки яким вони спричиняють на організм людини лікувальну дію. У залежності від хімічного складу і фізичних властивостей мінеральні води використовують у якості зовнішнього чи внутрішнього лікувального засобу.

З лікувальними цілями (як зовнішньо, так і всередину) застосовують найрізноманітніші мінеральні води. Їхні





У зарубіжній науковій практиці відомі спроби визначити усвідомлення життєвих перспектив особистістю, яка переживає кризи, негативні стани та є жертвою певних обставин [9; 10].

Проте, вимірювання та моделювання окремих компонентів завчасної стійкості особистості (функції психологічних границь, внутрішьоособистісна конфліктність, прогностичні здібності, адаптаційно-ресурсний потенціал, типи контролю за діями тощо) не складали предмет конкретного дослідження.

Не в повній мірі у психологічній науці досліджені глибиннопсихологічні детермінанти, що забезпечують стійкість і усталеність завчасної стійкості особистості в предметній площині понять: психологічна готовність, професійна готовність, змобілізованість, особистісна стійкість тощо. Крім того, проблема розвитку завчасної стійкості суб'єктів оборонної та державно-захисної діяльності набуває особливої актуальності внаслідок загострення суперечностей між наявним рівнем практичної підготовки майбутніх фахівців та об'єктивними потребами вдосконалення вищої військової освіти в Україні, що і стало підставою для вибору теми дослідження: «Психологічні особливості становлення завчасної стійкості майбутнього військового професіонала».

*Мета дослідження* – встановити психологічні особливості становлення завчасної стійкості особистості в контексті її життєво-часових перспектив та відповідно до умов професіоналізації.

*Задачі дослідження:*

1. Проаналізувати феноменологію життєвої перспективи особистості у вимірах часової організації та репрезентації суб'єктивного смислу минулого-теперішнього / сьогодення-майбутнього.

2. Визначити та проаналізувати основні концептуальні підходи до аналізу сутності, компонентів та функцій завчасної стійкості особистості як функціонально-енергетичного органу у площині ресурсності та потенціалів суб'єкта навчально-професійної діяльності.

3. Виявити особливості становлення завчасної стійкості особистості в контексті життєво-часових перспектив курсантів

на навчально-академічному та навчально-професійному етапах навчання у профільних ВНЗ та розробити відповідно до них емпіричну модель завчасної стійкості особистості.

5. Визначити взаємообумовленість компонентів змісту завчасної стійкості, життєстійкості та часових перспектив особистості та відповідно до них запропонувати практичні рекомендації з розвитку.

*Об'єкт дослідження*: завчасна стійкість особистості.

*Предмет дослідження*: психологічні особливості становлення завчасної стійкості особистості в контексті зв'язку з життєво-часовими перспективами на навчально-академічному та навчально-професійному етапах детермінації.

*Методи дослідження*: методи збору інформації (теоретичні – аналіз наукових джерел, системний аналіз та інтерпретація отриманих даних, класифікація, моделювання, вивчення та узагальнення досвіду; емпіричні – спостереження, моделювання, аналіз результатів діяльності, метод психодіагностичного обстеження); методи обробки даних (якісні – аналіз, синтез, порівняння; кількісні – методи статистичної обробки) та інтерпретаційні методи: структурний спосіб інтерпретації отриманих у роботі результатів, який уможливив співставлення отриманих даних.

Метод психодіагностичного обстеження містить конкретні методики: «Методику діагностики психологічної границі особистості» Т.С. Леві; тест з виявлення рівня внутрішньоособистісної конфліктності офіцера (А.І. Шипілов); методика-тест «Здатність до прогнозування» Л.О. Регуш; багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність» А.Г. Маклакова і С.В. Чермяніна; тест життєстійкості С. Мадді, адаптація Д.О. Леонтьєва; методика «Опитувальник часової перспективи» Ф. Зімбардо; опитувальник «Контроль за дією» Ю. Куля, адаптація С.О. Шапкіна.

*Методологічною основою дослідження* є основні положення діяльнісного підходу (О.М. Леонтьєв, Б.Ф. Ломов, С.Л. Рубінштейн); акмеологічного підходу (О.О. Бодальов, Ж.П. Вірна, А.О. Деркач); ситуаційного підходу (К.О. Абульханова-Славська, Б.Ф. Ломов, С.Л. Рубінштейн). Завчасну стійкість особистості доречно розглядати як складно





більшості цих систем настільки великий, що відбувається навпаки вже забруднення недоочищеної води. І тоді користувач мережі водопостачання отримує воду, яку важко назвати очищеною та придатною до вживання. А темпи, та якість заміни систем водопостачання та очистки води настільки малі, що не здатні вирішити проблему відразу.

3. Для того щоб вирішити проблему питної води в Україні необхідно діяти на усіх рівнях суспільства:

- Правовий та законодавчий рівень. Посилення відповідальності за забруднення водних ресурсів та налагодження чіткого механізму покарання за це має зобов'язати населення України до дотримання чистоти води.
- Масштабна модернізація по всій Україні очисного та водопровідного обладнання, що задовільняють сучасні стандарти питної води.
- Загальнодержавна навчально-виховна робота по підвищеню обізнаності відповідальності через забруднення води на покарання за це.

**Список використаних джерел**

1. Білявський Г. Основи екології : Підручник для студентів вищих навчальних закладів / Г. Білявський, Р. Фурдуй, І. Костіков. – К. : Либідь, 2004. – 406 с.

2. Заверуха Н. Основи екології : Навчальний посібник для вищих навчальних закладів / Н. Заверуха, В. Серебряков, Ю. Скиба. – К. : Каравела, 2006. – 365 с.

3. Запольський А. Основи екології : Підручник для студентів техніко-технологічних спеціальностей вищих навчальних закладів / А. Запольський, А. Салюк. Ред. К. М. Ситник. – К. : Вища школа, 2003. – 357 с.

4. Корсак К. Основи екології : Навчальний посібник / К. Корсак, О. Плахотнік. – К. : МАУП, 2002. – 294 с.

5. Основи екології : Навчальний посібник для вищих навчальних закладів / О. М. Адаменко, Я. В. Коденко, Л. М. Консевич. – К. : Центр навчальної літератури, 2005. – 314 с.

6. Основи екології та екологічного права : Навчальний посібник / Ю. Бойчук, М. Шульга, Д. Цалін, В. Дем'яненко;

Найчастіше з фізико-хімічних методів застосовуються коагуляція, окислення, сорбція, екстракція і т. д. Широке застосування знаходить також електроліз. Він полягає в руйнуванні органічних речовин у стічних водах і витяганні металів, кислот й інших неорганічних речовин. Електролітичне очищення здійснюється в особливих спорудах – електролізерах. Очищення стічних вод за допомогою електролізу ефективне на свинцевих і мідних підприємствах, в лакофарбовій і деяких інших областях промисловості.

Забруднені стічні води очищають також за допомогою ультразвуку, озону, іонообмінних смол і високого тиску, добре зарекомендувало себе очищення шляхом хлорування.

Серед методів очищення стічних вод велику роль відіграє біологічний метод, оснований на використанні закономірностей біохімічного і фізіологічного самоочищення річок й інших водоймищ. Є декілька типів біологічних пристроїв по очищенню стічних вод: біофільтри, біологічні ставки й аеротенки.

*Висновки.*

1. Вода це ключовий елемент не тільки життя людини але і його оточення та зовнішнього середовища. У процесі дослідження встановлено, що рівень забрудненості водних ресурсів, запас питної води України безпосередньо впливає на рівень захворюваності населення. Через високий рівень забрудненості води в України маємо високі показники захворюваності онкопатології, інфекційнопаразитраних хвороб та хвороб шлунково-кишкового тракту. Тому можна з впевненістю стверджувати, що проблема води в нашій країні є критичною.

2. Оцінюючи проблему води в Україні варто зробити акцент на поганий стан системи водопостачання та очистки води для мешканців населених пунктів різної величини. Найменш критично це питання стосується мешканців сіл, за умови, що поруч з ними немає важких та громізтких виробничих процесів, які викидають у навколишнє середовище велику кількість стічних забруднених вод. Для міського населення ситуація ускладнюється через те, що обладнання яке здійснює очистку та водопостачання має радянське походження та давно вже вийшло з строку експлуатації. Відсоток зносу





організовану цілісність, що складається з упорядкованих і взаємопов'язаних елементів (принцип системності – Б.Г. Ананьєв, В.О. Ганзен, Б.Ф. Ломов), у часі і динаміці (В.Й. Бочелюк, О.І. Власова, З.О. Кіреєва) з урахуванням обумовленості процесу розвитку внутрішніми і зовнішніми умовами (В.У. Кузьменко, Т.О. Піроженко). Провідною концепцією є паритетно-ієрархічна модель розвитку свідомості, що детермінована репрезентаціями часу, в якій останній розглядається як спосіб функціонування суб'єктивного образу світу (Ф. Зімбардо, З.О. Кіреєва, Б.Й. Цуканов). Загальний рівень методології дослідження завчасної стійкості особистості до умов військово-професійної діяльності може бути заснованим на положеннях особистісно-діяльнісного, аксіологічного, акмеологічного та суб'єктно-гуманістичного підходів.

*Емпірична база дослідження*. У дослідженні взяли участь курсанти Військових академій Міністерства оборони України другого (84 особи) та четвертого року навчання (109 осіб).

*Наукова новизна та практичне значення* дослідження полягають у тому, що:

- феномен завчасної стійкості особистості розглядається в контексті детермінації та взаємообумовленості життєво-часових перспектив;
- завчасна стійкість особистості розглядається як функціонально-енергетичний орган – особистісне утворення, представлене специфічною функціональністю психологічних меж особистості, антиципаторно-прогностичними здібностями, структурою внутрішньоособистісних конфліктів, типом орієнтації на дію / стан алієнації, адаптивними здібностями та орієнтацією на часовий контекст життєдіяльності;
- визначено особливості становлення завчасної стійкості особистості на прикладі курсантів ВНЗ МО України на різних етапах детермінації, проведено їх порівняльний аналіз;
- розроблено модель та визначено актуальний стан становлення завчасної стійкості курсантів-майбутніх військовослужбовців;
- доповнено уявлення про контекст життєвих перспектив

(життєстійкість, залученість, контроль, прийняття ризику) та життєво-часові орієнтації (негативне/позитивне минуле, фаталістичне/гедоністичне сьогодення, сприйняття майбутнього) доповнено змістом індивідуально-психологічних властивостей, глибинно-психологічних детермінант та здібностей;

• набули подальшого розвитку рекомендації щодо розвитку завчасної стійкості особистості.

**Список використаних джерел**

1. Вірна Ж. П. Життєві та професійні перспективи в структурі особистісної саморегуляції / Ж. П. Вірна // Психологія. – К., 2002. – Вип. 15. – С. 22-31.

2. Деркач А. А., Зазыкин В. Г. Профессионализм деятельности в особых и экстремальных условиях : монографія / А. А. Деркач, В. Г. Зазыкин – М. : РАГС, 1998. – 356 с.

3. Захаренко Л. М. Психологічні особливості формування життєвої перспективи курсантів вищих навчальних закладів МВС України : автореф. дис. канд. психол. наук : 19.00.06 / Л. М. Захаренко. – Х., 2013. – 22 с.

4. Киреева З. А. Дифференциация уровней отражения времени в сознании : Монография / З. А. Киреева. – Одесса : Пальмира, 2009. – 186 с.

5. Лисюк С. Г. Забезпечення психологічної стійкості військовослужбовців до екстремальних ситуацій професійної діяльності : дис. канд. психол. наук : 19.00.09 / С. Г. Лисюк. – Хмельницький, 2011. – 250 с.

6. Луньов В. Є. Становлення та розвиток професійного мислення особистості у системі органів внутрішніх справ України : монографія / В. Є. Луньов. – Макіївка : МЕГІ; Донецьк : Донбас, 2014. – 350 с.

7. Молотай В. А. Формування психологічної готовності військовослужбовців внутрішніх військ до діяльності по охороні громадського порядку : дис. канд. псих. наук : 19.00.09 / В. А. Молотай. – Хмельницький, 2006. – 220 с.

8. Норчук Ю. В. Феноменологія завчасної стійкості особистості майбутніх військовослужбовців [Електронний ресурс] / Ю. В. Норчук // Фундаментальные и прикладные исследования в практиках ведущих научных школ. – 2015. –





належному стані діючого устаткування і очисних споруд, забезпечення своєчасного збирання твердих побутових відходів, дотримання режиму використання водоохоронних зон та прибережних смуг, контроль за використанням та зберіганням мінеральних і органічних добрив, нафтопродуктів, отрутохімікатів тощо.

Раціональне використання і охорона водних ресурсів – ключ до вирішення «водної» проблеми як на рівні України, так і на світовому рівні.

Очищення стічних вод – обробка стічних вод з метою руйнування або видалення з них шкідливих речовин. Звільнення стічних вод від забруднення – складне виробництво. В ньому, як і в будь-якому іншому виробництві, є сировина (стічні води) та готова продукція (очищена вода).

Методи очищення стічних вод можна розділити на механічні, хімічні, фізико-хімічні й біологічні, коли ж вони застосовуються разом, то метод очищення і знешкодження стічних вод називається комбінованим. Застосування того або іншого методу у кожному конкретному випадку визначається характером забруднення і ступенем шкідливості домішок.

Суть механічного методу полягає в тому, що із стічних вод шляхом відстоювання і фільтрації видаляються механічні домішки. Грубодисперсні частинки залежно від розмірів уловлюються ґратами, ситами, пісковловлювачами, септиками, гнойовловлювачами різних конструкцій, а поверхневі забруднення – нафтопастками, бензомасловловлювачами, відстійниками й ін. Механічне очищення дозволяє виділяти з побутових стічних вод до 60-75% нерозчинних домішок, а з промислових – до 95%, багато з яких як цінні домішки використовуються у виробництві.

Хімічний метод полягає в тому, що в стічні води додають різні хімічні реагенти, які вступають в реакцію із забруднювачами й облягають їх у вигляді нерозчинних осадів. Хімічним очищенням досягається зменшення нерозчинних домішок до 95% і розчинних – до 25%.

При фізико-хімічному методі обробки із стічних вод видаляються тонко дисперсні і розчинені неорганічні домішки і руйнуються органічні та речовини, які погано окислюються.

Світовий та український ринок достатньою мірою насичений обладнанням, яке приводить воду в належний стан. Питання лише в реалізації необхідних заходів.

*Раціональний підхід.* Раціональне водокористування – це комплекс заходів щодо зменшення споживання води і підвищення ефективності переробки стічних вод. Все це здійснюється з метою ресурсозбереження, охорони навколишнього середовища та для підвищення економічної ефективності в промисловості, житлово-комунальному та сільському господарстві.

Зменшення використання води можливе за рахунок впровадження заходів збереження водних ресурсів або підвищення ефективності використання води. Дієве також впровадження систем управління водними ресурсами, які скорочують або сприяють зменшенню надлишкового споживання води.

А ось досягти максимальної ефективності переробки стічних вод якщо і можливо, то дуже важко. Методи, які використовуються для очистки питної води перед тим, як вона потрапить до споживача, не такі дієві, коли мова йде про побутові чи промислові відходи. За сучасного рівня очистки стічних вод, навіть в водах, які пройшли біологічне очищення, вміст біогенних солей достатній для інтенсивної евтрофікації водойм. Створенням принципово нових методів очистки стічних вод сьогодні займаються як у розвинених країнах, так і в міжнародних проектах.

*Вода під охороною.* Збереження і захист водних об’єктів та їх раціональне використання – одна з найважливіших проблем, яка потребує невідкладного вирішення. Так, серед головних напрямів роботи з охорони водних ресурсів можна виділити впровадження нових технологічних процесів, перехід на замкнуті цикли водопостачання, за яких очищені стічні води не скидаються, а повторно використовуються в процесах виробництва.

Але в найближчі роки існує необхідність виконання, перш за все, тих заходів, які не потребують істотних капіталовкладень. Це дотримання технологічних норм використання і споживання водних ресурсів, підтримка в





Режим доступу : http://fund-issled-intern.esrae.ru/11-214.

9. Connor-Smith J. K. Relations between personality and coping: A meta-analysis / J. K. Connor-Smith, C. Flachsbart // Journal of Personalityand Social Psychology. – 2007. – №93. – P. 1080-1107.

10. Peng A. C. A moderated mediation test of personality, coping, and health among deployed soldiers / A. C. Peng, L. T. Riollijohn, S. P. Everett // Journal of Organizational Behavior. – 2012. – №33. – P. 512-530.

# РОЗДІЛ 4. ФІЗИЧНА ТА ФУНКЦІОНАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

***АРДЕЛЯН В.Г.,*** *студентка 2 курсу,*
*спеціальність «Фізична реабілітація»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## РОЛЬ ВОДИ У БІОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСАХ В ОРГАНІЗМІ

Вода відіграє в організмі людини важливу роль. Без води не відбувається жоден біохімічний, фізіологічний та фізико-хімічний процес обміну речовин і енергії, неможливі травлення, дихання, анаболізм (асиміляція) і катаболізм (дисиміляція), синтез білків, жирів, вуглеводів з чужорідних білків, жирів, вуглеводів харчових продуктів. Така роль води обумовлена тим, що вона є універсальним розчинником, у якому газоподібні, рідкі та тверді неорганічні речовини створюють молекулярні або іонні розчини, а органічні речовини знаходяться переважно у молекулярному й колоїдному стані. Саме тому вона бере безпосередню або непряму участь практично у всіх життєво важливих процесах: всмоктуванні, транспорті, розщепленні, окисленні, гідролізі, синтезі, осмосі, дифузії, резорбції, фільтрації, виведення.

За допомогою води в клітини організму надходять пластичні речовини, біологічно активні з'єднання, енергетичні матеріали, виводяться продукти обміну. Вода сприяє збереженню колоїдального стану живої плазми. Вода і розчинені в ній мінеральні солі підтримують найважливішу біологічну константу організму – осмотичний тиск крові і тканин. У водному середовищі створюються необхідні рівні лужності, кислотності, гідроксильні й водневі іони. Вода забезпечує кислотно-основний стан в організмі, а це впливає на швидкість і напрямок біохімічних реакцій. Бере участь в процесах гідролізу жирів, вуглеводів, гідролітичного і окисного дезамінування амінокислот і в інших реакціях.

Крім того, випаровуючись з поверхні шкіри і слизових





отруєння ними шахтарів у вибоях.

Що стосується витоків стічних вод, то вони належать наступним рекордсменам всього обсягу зливу в ріки:

- Електроенергетиці – 43%.
- Комунальному господарстві – 19,5%.
- Сільському господарстві – 16,6%.
- Чорній металургії – 9%.
- Хімії і нафтохімії – 3%.
- Іншим – 8-9%.

Підсумовуючи можна стверджувати, що водні перспективи України погані. Хоча економічні негаразди зупинили частину виробництва і скоротили решту, зменшивши об'єм стічних вод, та це мабуть тимчасове явище. Відсутність капіталів на модернізацію промисловості змусить виробників для виживання і проникнення на світові ринки продовжувати випуск металу і виробів з нього на наявних підприємствах. Наслідки цього для якості води очевидні.

Якість та кількість. Задоволення потреб населення у воді та забезпечення екологічної рівноваги можливі при покращенні якості питної води, раціональному використанні води підприємствами всіх галузей господарства і відтворенні водних ресурсів. Зупинимось поки на першому пункті.

Методів покращення якості води багато. Вони дозволяють звільнити воду від небезпечних мікроорганізмів, зважених частинок, гумінових сполук, надлишку солей, токсичних та радіоактивних речовин, а також неприємних запахів. Основна мета очищення води – захист споживача від патогенних організмів та домішок, які можуть являти небезпеку для здоров'я людини або мати неприємні властивості (колір, запах, смак і т. д.).

Методи очищення вибираються з урахуванням характеру джерела водопостачання. Так, для використання води в техніці, її можна піддати простому знезалізнюванню, тобто видаленню важких металів. Проте різні фільтрувальні установки створені і для більш складних завдань. Сучасні технології поліпшення якості питної води дозволяють привести воду будь-якої початкової якості у відповідність до найжорсткіших нормативів.

інтенсивно відбуваються в Україні, стала надмірна концентрація об'єктів промисловості на обмеженій території. Високий рівень забрудненості, незадовільний стан систем життєзабезпечення, швидкий ріст населення міст і розширення їх територій призвели до того, що більшість поверхневих вод стали непридатними до використання. Найбільш густонаселеними та, відповідно, екологічно проблемними стали місто Київ, міста «мільйонники», а також східна частина України. В деяких населених пунктах питна вода не відповідає нормам за фізико-хімічними показниками. Близько 1200 населених пунктів частково або повністю задовольняють потреби у питній воді закуповуючи привозну воду.

Усі наші великі річки за міжнародними стандартами належать до забруднених та дуже забруднених, те саме стосується і більшої частини їх головних приток. Чимало річок, де гранично допустимі концентрації для однієї чи кількох речовин перевищені в десятки разів. Наприклад, у притоці р. Західний Буг в Полтаві у 20-30 разів перевищена допустима концентрація вмісту амонійного азоту, з Дніпра і Дунаю можна видобувати цинк. Своєрідними «родовищами» стали для міді і фенолу – р. Тисмениця, міді і марганцю – Південний Буг і Дніпро, нафтопродуктів Сіверський Донець і майже всі річки Приазов'я.

Рекордсменом за сукупністю забруднень визначено р. Полтаву. В її воді нижче Львова довго не з'являється кисень, зате розкошує сірководень. Не набагато поступається їй притока Дністра Тисмениця, в якій усі контрольовані речовини спостерігалися з концентраціями, що перевищували ГДК. Суперників цих річок можна знайти лише на Сході та Донбасі.

Не набагато краща ситуація як на Дніпрі, так і в усіх його українських притоках. Вони забруднені насамперед нітритним та амонійним азотом і численними сполуками важких металів. Нижні водосховища збагачені фенолом, Дніпровське – нафтопродуктами. Все це – наслідок скидання брудних стоків, розплата за надто розвинену за десятиліття радянської влади промисловість зі старими технологіями.

Особливо високі концентрації шкідливих речовин у підземних водах спостерігаються у Донбасі, де були випадки





оболонок органів дихання, вода бере участь в процесах тепловіддачі, у підтримці температурного гомеостазу. Потреба організму у воді задовольняється за рахунок питної води, напоїв і продуктів харчування, особливо рослинного походження. Фізіологічна добова потреба дорослої людини у воді (при відсутності фізичних навантажень) в регіонах з помірним кліматом орієнтовно становить 1,5-3 л, або 90 л/міс, майже 1000 л/рік і 60000-70000 л за 60-70 років життя. Це так звана екзогенна вода.

Певна кількість води утворюється в організмі внаслідок обміну речовин. Наприклад, при повному окисленні 100 г жирів, 100 г вуглеводів і 100 г білків виробляється відповідно 107555 і 41 г води. Це так звана ендогенна вода, щодня утворюється в кількості 0,3 л.

*Роль води в організмі людини*

Тут дуже важливо ще раз сказати про значну роль води для людського організму. Наш організм на 70-80% складається з води у так званому зв'язаному стані. Багато води міститься в речовині головного мозку, де вона з її дуже рухливими молекулами залучена у формування інформації. Будь-яка біохімічна реакція протікає оптимально тільки при достатній кількості молекул води. При її дефіциті в клітинах і тканинах концентрація кінцевих продуктів обміну речовин, в першу чергу мінеральних солей і сечовини, досить швидко переходить допустимі межі. З 1 літром сечі з організму виводиться не більше 30 г солей, в той час як за добу в організмі утворюється значно більше розчинних шлаків.

Багато обмежують себе 3-4 склянками рідини. У цьому випадку організм постійно знаходиться в сухому режимі, який не дозволяє йому повністю очиститися від кінцевих продуктів обміну. При цьому частина сечовини, утвореною при білковому обміні, перетворюється в тверді кристали, які відкладаються в суглобах. Так виникає подагра. Люди, що п'ють мало води, часто відчувають нездужання, швидко втомлюються. Вони ніяк не встають вранці, відчуваючи в зневоднених м'язах хворобливі відчуття, працездатність падає.

Усі обмінні процеси нагадують свого роду біоконструктор, головними деталями якого є молекули води.

Розчиняючи навколишні тверді молекули, вони транспортують до всіх органів необхідні мікро- і макроелементи, кисень, виводять шлаки, токсини, надлишки солей. Вода активно бере участь у кровотворенні, регулює артеріальний тиск, а через нього і всю серцево-судинну систему.

Без води, що міститься в тканинах, неможливий нормальний теплообмін з навколишнім середовищем і підтримка оптимальної температури тіла. Вона ж служить мастилом для суглобів, грає роль своєрідного гідроамортизатора для спинного мозку і оберігає кістки від крихкості, а м'язи – від розривів.

З точки зору геронтологів, відсоток вмісту води в організмі є одним з головних показників старіння. Вважається, що процесам виродження схильні не самі клітини, а лише рідина, в якій вони плавають. У тілі немовляти обсяг води близький до 80% від загальної маси, до 18 років він зменшується на 10-15%, у літніх людей рідини залишається всього 30-40% від загальної ваги. Втрата більше чверті водних запасів смертельно небезпечна.

Брак усього лише 1-1,5 літра рідини викликає спрагу, слабкість, сонливість, загальмованість реакцій, нудоту, часом почервоніння шкіри.

Дефіцит у 3-5 літрів супроводжується головним болем, задишкою, сухістю в роті, підвищенням температури, порушенням логічного мислення, непритомністю. Подальше зневоднення викликає м'язові спазми, притуплення слуху і зору, галюцинації. Часто холестеринові бляшки на стінках кровоносних судин утворюються як захисна реакція на дефіцит води – щоб вона не випаровувалася через кровоносні судини. В результаті погіршується кровотік, виникають серцево-судинні захворювання, може розвинутися артеріальний тромбоз і т. зв. головний біль і запаморочення – частий сигнал при водному дефіциті.

Страждає і дихальна система. При дефіциті води організм виробляє статевий гормон гістамін, який сприяє скороченню бронхів, запобігаючи випаровування води через дихальні шляхи, паралельно провокуючи розвиток астми. Крім того, надлишки гістаміну є причиною алергії і безлічі інших захворювань.





фекаліями людини і тварин.

За висловом відомого вченого-мікробіолога Л. Пастера, – людина випиває дев'яносто відсотків своїх хвороб. ВООЗ застосувала свої стандарти на питну воду ще в 1958 р. і переглядала їх в 1963 і 1971 рр., у 1984 р. були прийняті Керівні принципи якості питної води, що є основою для всіх Національних стандартів, в тому числі українських.

Велика проблема якості річкових вод – наявність у них хлоро-органічних сполук – залишки пестицидів, миючих речовин, які після хлорування води утворюють діоксини, аналіз яких дуже складний і можливий тільки при наявності спеціальних приладів.

Для знищення шкідливих мікроорганізмів воду хлорують. В результаті у воді спочатку утворюються хлорорганічні сполуки, а потім з них під дією розчинного кисню утворюються дуже токсичні діоксини, що сприяють виникненню ракових пухлин.

Хлорорганічні сполуки, що містять фтор, хлор, бром, викликають нефрити (хвороби нирок), гепатити (хвороби печінки), збільшують кількість мертвонароджених дітей і токсикозів при вагітності, вроджені аномалії, мутагенні дефекти, ослаблення імунітету, порушення дітородних функцій як у чоловіків, так і в жінок.

Будь-яка хлорована вода шкідлива для здоров'я саме через наступне утворення діоксинів, мутагенні, канцерогенні, тератогенні властивості яких проявляються при концентрації у воді вже 5-10-12 мг/л. Це проблема для всього світу.

*Води України.* Питання дефіциту водних ресурсів тісно пов'язане з проблемою якості питної води. В Україні по обом пунктам ситуація склалась катастрофічна. На жаль, екологічний стан більшості басейнів українських річок, із яких, в основному, і забезпечується водопостачання населення, не можна назвати задовільним. У деяких містах та окремих регіонах відхилення від норми становить 70-80%. Навіть підземні води далеко не скрізь відповідають вимогам, які висуваються до питної води. В результаті неякісну воду для питних потреб використовує значна частина населення.

Негативним наслідком процесів урбанізації, які

Вода – на перший погляд, просте поєднання двох атомів водню й одного атома кисню – є, без перебільшення, основою життя на Землі. Майже половина населення нашої планети потерпає від хвороб через нестачу або забруднення води. Водні ресурси чимдалі більше забруднюються неочищеними промисловими відходами або використовуються так, що вже не здатні самовідновлюватися. Скидання відходів, що здійснюється з порушенням необхідних вимог, забруднює водні джерела – часто невиправно.

Усі речовини, які містяться у воді, можна розділити на дві групи – неорганічні та органічні. Важливе значення мають мікроорганізми. Неорганічні речовини, в залежності від їхнього вмісту у воді, утворюють три групи.

Перша – макроелементи – речовини, необхідні організму в значних концентраціях – від 0,1% до 10% і більше. Це кальцій, магній, фосфор, калій, натрій, залізо, хлор, сірка.

Друга – мікроелементи, концентрація яких коливається в межах від 0,1% до 0,001%. Це йод, фтор, мідь, кобальт, цинк, марганець, алюміній.

Третя група – ультрамікроелементи. Їхня концентрація в організмі людини дуже незначна – від 0,001% і менше, але вони виконують дуже важливі, значні функції, регулюючи життєво важливі процеси – окислювально-відновні реакції, процеси старіння, відновлення клітин. Це бром, селен, срібло, цезій, золото, майже всі елементи Періодичної таблиці Д.І. Менделєєва.

У разі перевищення гранично допустимих концентрацій будь-якої речовини формується загроза для здоров'я. Але погано й інше – коли концентрація потрібного елемента менше, ніж його необхідно для нормального функціонування організму. За висловом відомого вченого середньовіччя Парацельса, все є отрутою, все є ліками – все залежить від дози. Часто навіть незначне перевищення концентрації певної речовини викликає хворобу і смерть. Тому важливо знати фізіологічні властивості найрозповсюдженіших сполук.

У всьому світі більше як 5 млн. людей щорічно вмирають через хвороби, викликані забрудненою питною водою. В багатьох випадках хвороби викликають води, заражені сечею,





Артритні болі в суглобах – теж наслідок дегідратації. У нормі клітки хряща оточені структурою, основним компонентом якої є вода. Вона утримується між хрящовими поверхнями кісток у суглобах, дозволяючи їм вільно ковзати відносно один одного під час руху. Коли вологи недостатньо, ковзання перетворюється на тертя і заподіює біль.

Гастрит, печія, запори – часті симптоми водного голодування: підшлункова залоза виробляє інсулін для регулювання рівня цукру в крові і нейтралізує надлишок кислот, що потрапляють в кишечник, а через нестачу води ці процеси пригнічуються, звідси і виникають проблеми з травленням. З тієї ж причини в нирках і жовчному міхурі часто утворюються камені. Нестача води – це шлаки, зайва вага, целюліт.

Підтримання водного балансу в організмі людини передбачає не тільки надходження і розподіл води, але і її виведення. У стані спокою вода виводиться через нирки – з сечею (майже1,5 л/добу), легені – в пароподібному стані (приблизно 0,4 л), кишечник – з фекаліями (до 0,2 л). Втрати води з поверхні шкіри, які значною мірою пов'язані з терморегуляцією, змінюються, але в середньому складають 0,6 л. Таким чином, з організму людини в стані спокою щодоби в середньому виводиться 2,7 л води (з коливаннями від 2,5 до 3,0 л). При деяких патологічних станах і фізичному навантаженні виділення води посилюється і співвідношення шляхів виведення, наведене вище, змінюється. Наприклад, при цукровому діабеті посилюється виділення води через нирки – з сечею, при холері – через травний тракт, під час роботи в гарячих цехах – через шкіру, з потом.

Людина гостро реагує на обмеження або повне припинення надходження води в організм. Зневоднення – надзвичайно небезпечний стан, при якому порушується більшість фізіологічних функцій організму. Великі втрати води супроводжуються виділенням значної кількості макро- і мікроелементів, водорозчинних вітамінів, що посилює негативні наслідки зневоднення для здоров'я і життя людини.

У разі зневоднення організму посилюються процеси розпаду тканинних білків, жирів і вуглеводів, змінюються фізико-хімічні константи крові і водно-електролітного обміну. У

центральній нервовій системі розвиваються процеси гальмування, порушується діяльність ендокринної та серцево-судинної систем, погіршується самопочуття, знижується працездатність і т. п. Чіткі клінічні ознаки зневоднення з'являються, якщо втрати води становлять 5-6% маси тіла. При цьому частішає дихання, спостерігаються почервоніння шкіри, сухість слизових оболонок, зниження артеріального тиску, тахікардія, м'язова слабкість, порушення координації руху, парестезії, головний біль, запаморочення. Втрати води, рівні 10% маси тіла, супроводжуються значним порушенням функцій організму: підвищується температура тіла, загострюються риси обличчя, погіршуються зір і слух, кровообіг, можливий тромбоз судин, розвивається анурія, порушується психічний стан, виникає запаморочення, колапс. Втрата води на рівні 15-20% маси тіла смертельна для людини при температурі повітря 30°С, на рівні 25% – при температурі 20-25°С.

У той же час у разі вживання неякісної води створюється реальна небезпека розвитку інфекційних і неінфекційних захворювань. Статистика ВООЗ свідчить, що майже 3 млрд. населення планети користуються недоброякісної питної водою. З більш ніж 2 тис. хвороб техногенного походження, 80% виникають внаслідок вживання питної води незадовільної якості. З цієї причини щорічно 25% населення світу ризикують захворіти, приблизно кожен десятий житель планети хворіє, майже 4 млн. дітей і 18 млн. дорослих вмирають. Вважається, що з 100 випадків онкологічних захворювань від 20 до 35 (особливо товстої кишки і сечового міхура) обумовлені вживанням хлорованої питної води. Саме тому надзвичайно важливі гігієнічна роль води та її значення для профілактики інфекційних і неінфекційних захворювань.

Вважалося, що води в організмі більш, ніж достатньо, а та, що втрачається з потом, сечею і повітрям, що видихається, легко компенсується будь-якими напоями, що містять воду, так, що роль води просто недооцінювали. Тільки в самі останні роки стало приходити розуміння ролі води для людини, того, що не існує води, як такої, що вона представлена безліччю різних форм і ця її різноманітність дозволяє їй не тільки підтримувати життя, але, по суті, бути джерелом життя.





поєднання різноманітних традиційних методик, а також Альфа-Гравіті, значно прискорила загальнозміцнюючу дію на правильне формування опорно-рухового апарату і може бути рекомендована в інших закладах відповідного типу.

*Перспективи подальших досліджень.* Дані, отримані в цьому дослідженні, будуть використовуватися в подальшій науковій і практичній роботі.

**Список використаних джерел**

1. Мухін В. М. Фізична реабілітація : підручник для студентів вищих навчальних закладів фізичного виховання і спорту / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, НУФВСУ, 2000. – 422 с.

2. Полеся Г. В., Петренко Г. Г. Лечебное плавание при нарушениях осанки и сколеозе у детей / Г. В. Полеся, Г. Г. Петренко. – К. : Здоровье, 1980. – 143 с.

3. Профіль Володимира Єзерського у соцмережі Facebook [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://www.facebook.com/vladimir.ezerskiy

4. Інформація про Володимира Єзерського у електронному довіднику «Циклопедія» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://cyclowiki.org/wiki/Владимир_Борисович_Езерский

5. Козырев И. А. Эссе №1: об «Альфа-Гравити» / И. А. Козырев // «Академия Тринитаризма». – М. – Эл №77-6567. – Публ. 22517. – 17.09.2016.

***СТАСЮК М.О.,*** *студент 2-го курсу,*
*спеціальність «Фізична реабілітація»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## СУЧАСНИЙ СТАН ВОДНИХ РЕСУРСІВ ПЛАНЕТИ

*Актуальність теми.* Вивчити стан водних ресурсів за допомогою літературних джерел.

*Мета роботи:* визначити роль води в житті людини, ознайомитися з основними нормативами вживання води, законами, які стосуються водокористування.

отримані дані, дана характеристика, проведено обговорення результатів, аргументовані висновки, внесено рекомендації і оформлена публікація.

Застосування методики Альфа-Гравіті із цільовою групою, визначеною для дослідження, дали можливість зробити висновки щодо загального покращення стану здоров'я і функціонального стану організму.

На початку спостереження в усіх дітей та підлітків, відзначалось зменшення амплітуди активних рухів у плечовій зоні, зоні хребта, зниження сили м'язів, порушення постави і ходи.

Позитивний вплив комплексної фізичної терапії після року регулярних тренувань тут відчули практично 90% опитуваних, що підтверджено клінічними діагностичними даними. Виявлено позитивні зміни у поставі, поліпшення рухливості при поворотах і нахилах в зоні хребта, збільшення фізичних можливостей при дозованому фізичному навантаженні, в окремих випадках змінено діагноз «сколіоз» на «сколіотичну осанку», поліпшено загальний функціональний стан.

*Висновки.*

1. Ознайомлення, вивчення та проведення аналітичної роботи із сучасною спеціальною літературою з проблем фізичної реабілітації дітей та підлітків з синдромом шийного остеохондрозу, а також з іншими порушеннями опорно-рухового апарату – сколіоз, плоскостопість, дефекти постави дозволило визначити етіологію, патогенез, класифікацію та клінічні ознаки фізіологічних змін організму, дізнатись про нову цікаву методику реабілітації, як Альфа-Гравіті і механізм її впливу на дитячий організм.

2. Позитивна динаміка була ефективною, незважаючи на невеликий проміжок часу, за умов комплексного застосування усіх перелічених методик. Фактично, впродовж одного року, група з 20-ти дітей пройшла курс реабілітаційних дій, отримавши якісний вплив на оздоровлення організму.

3. Отримані дані з динаміки і перебігу реабілітаційного курсу підводять до висновку, що запропонована програма фізичної реабілітації к.м.н. Ломиноги С.І., що включала





*Значення води*

Кількісно вода займає перше місце серед хімічних сполук будь-якої клітини. Наявність води є обов'язковою умовою життєдіяльності організмів. Які ж функції виконує в біосистемах ця найпоширеніша на Землі речовина?

- *Вода – універсальний розчинник* для іонних і багатьох ковалентних сполук, забезпечує протікання хімічних реакцій, транспорт речовин у клітину і з клітини.
- *Вода – реагент,* за участю якого в клітинах відбуваються реакції гідролізу та гідратації, окисно-відновні та кислотно-основні реакції.
- *Вода – теплорегулятор,* підтримує оптимальний тепловий режим організмів і забезпечує рівномірний розподіл теплоти в живих системах.
- *Вода – осморегулятор,* що забезпечує форму клітин, транспорт неорганічних речовин.
- *Вода – опора,* забезпечує пружний стан клітин (тургор), виступає амортизатором від механічних впливів на організм, виконує функцію гідроскелету в багатьох тварин.
- *Вода – засіб транспорту,* здійснює зв'язок в клітинах, між клітинами, тканинами, органами і забезпечує гомеостаз та функціонування організму як єдиного цілого.
- *Вода – середовище існування* для водних організмів, у ньому здійснюються пасивний рух, зовнішнє запліднення, поширення насіння, гамет і личинкових стадій наземних організмів.
- *Вода – конформатор,* має вагоме значення в організації просторової структури (конформації) біополімерів.

*Властивості води.* Роль води в біосистемах визначається її фізико-хімічними властивостями.

- Для чистої води характерні прозорість, відсутність смаку, кольору, запаху. Природна вода завжди містить різні домішки: розчинені речовини у вигляді іонів, нерозчинені сполуки – у вигляді суспензії. Вода – єдина речовина на Землі, яка одночасно і у великій кількості зустрічається в рідкому, твердому і газоподібному станах.
- Густина води за температури +4°С є максимальною і

дорівнює 1 г/см$^3$. Із зниженням температури густина зменшується, тому лід плаває на поверхні води.

• Вода має аномально високі питому теплоємність (4,17 Дж/гК), теплоту випаровування (за температури 100°С – 2253 Дж/г), теплоту танення (за температури 0°С – 333,98 Дж/г).

• Воді властивий виключно великий поверхневий натяг за рахунок потужних сил зчеплення (когезії), пов'язаних з утворенням водневих зв'язків між молекулами.

• Для води характерна властивість прилипання (адгезії), яка проявляється у разі підняття її проти гравітаційних сил.

• Воді у рідкому стані властива текучість, нестискуваність, чим обумовлені явища *осмосу* та *тургору.*

• Вода має амфотерні властивості, тобто проявляє властивості як кислоти так і основи та бере участь у кислотно-основних реакціях.

• Вода здатна виступати і як відновник, і як окисник, здійснюючи біологічно важливі окисно-відновні реакції обміну речовин.

• Молекули води полярні, завдяки чому беруть участь у реакціях гідратації, забезпечуючи розчинення багатьох хімічних сполук.

• Вода бере участь у біологічно важливих реакціях розкладання – реакціях *гідролізу.*

*Висновки.* Отже, вода грає не менше важливу роль в динамічній структурній організації живої речовини – кліток і оточуючих їх сполучнотканинних елементів, що і біологічні молекули, які в ній мешкають. Але вона ще і безпосередньо бере участь в обміні речовин, який, власне, і лежить в основі всіх процесів життєдіяльності.

Обмін речовин – це безперервна заміна одних молекул на інші, тобто розпад одних і синтез тих же або інших молекул, потрібних організму в даний момент і в даному його місці. Здійснення обміну речовин вимагає безперервного притоку енергії, а в її продукції в організмі вода, як ми побачимо далі, також грає ключову роль.





• зняття розумового та емоційного напруження.

За словами С. Ломиноги, збагачення ЛФК такою методикою, як Альфа-Гравіті, сприяло можливості розтягнути хребет і м'язи за рахунок сили і ваги власного тіла.

Впродовж трьох років у «Патріоті» пройшли реабілітацію і відновили своє здоров'я понад 250 осіб, з них 60% – це діти до 14 років. А система Альфа-Гравіті дозволила прискорити процес оздоровлення і закріпити результати на тривалий період.

Саме у «Патріоті» ефективно застосовуються комплексні підходи до використання різних засобів фізичної реабілітації з урахуванням віку, індивідуальних особливостей, періоду хвороби, рухового режиму, супутніх патологій, які у сучасній літературі представлено в недостатньому обсязі, однак, досвід фахівців, що працюють у клубі, дозволяє ефективно практикувати набуті знання.

*Мета статті.* Описати деякі результати застосування програми Альфа-Гравіті для дітей та підлітків на базі дитячого спортивно-оздоровчого клубу «Патріот» у місті Вінниці.

*Виклад основного матеріалу.* Робота проводилась нами у 4 етапи. На першому було вивчено та проаналізовано джерела літератури з проблем реабілітації дітей та підлітків, яким діагностовано дефекти постави: сколіоз, плоскостопість, кіфоз, лордоз та ін. На другому етапі ознайомлено із результатами обстеження 20 дітей і підлітків із числа вищезазначеної категорії в умовах дитячого спортивно-оздоровчого клубу «Патріот». Вивчена і проаналізована загальноприйнята в умовах клубу програма фізичної реабілітації, а також застосування Альфа-Гравіті. Окрім цього є і додаткова програма для визначеної категорії діток з лікувального плавання на базі басейну Вінницького міського палацу дітей та юнацтва імені Лялі Ратушної.

На третьому етапі роботи – через рік регулярного відвідування занять у клубі та басейні, діагностичні дослідження на основі проведеної фотометрії, повторного зовнішнього огляду і функціонального стану, отримані дані дозволили діагностувати сталий ефект у бік покращення загального стану пацієнтів.

На четвертому етапі роботи було зведено і порівняно

розробив і пропонує персональні тренування на підвісних тренажерах.

На відміну від інших видів фізичної активності Альфа-Гравіті виключає компресію на хребет і суглоби. Активна робота м'язів відбувається за рахунок балансування у підвішеному стані з опорою на підвісні троси, за які людина чіпляється за допомогою кистей рук та стоп. Заняття у найкоротші терміни дозволяють відновити тонус м'язів, розблокування м'язевих зажимів, покращити кровообіг, позитивно впливають на зміцнення опорно-рухового апарату, збільшуть відстань між хребцевими дисками. Також заняття покращують роботу центральної нервової системи, яка відповідає за низку захворювань, які люди часто навіть не схильні пов'язувати із проблемами хребта.

Система допомагає у відновленні після травм (перелому, вивиху, розриву зв'язки та ін.), сприяє лімфодренажу, поліпшенню кровопостачання, стимуляції роботи головного мозку, підвищенню гнучкості тіла, омолодженню організму, послабленню розумового та емоційного напруження, зменшенню або повному виліковуванню міжхребцевих гриж. При одночасному витягуванні хребта працюють м'язи, тобто з'єднуються і напруга, і розтягнення. При цьому гарантована розтяжка, яку людина не відчувала до сих пір [5].

Цю систему успішно вже рік використовують спеціалісти «Патріоту». Її ефективність підтверджено на контрольній групі з 20 дітей віком від 5 до 16 років, що мали різноманітні порушення ОРА. З початку занять впродовж року дали наступні результати:

- зміцнення опорно-рухового апарату і всієї структури тіла: суглобів, хребта, зв'язок, сухожиль;
- відновлення рухливості після травм, переломів, вивихів, розриву зв'язок та укріплення кісткової тканини;
- усунення м'язових зажимів;
- підвищення гнучкості тіла;
- поліпшення циркуляції крові;
- стимуляція роботи головного мозку;
- укріплення серцево-судинної системи;





**Список використаних джерел**

1. Петрянов И. В. Самое необыкновенное вещество в мире / И. В. Петрянов. – Москва : «Педагогика», 1975.
2. Загальна гігієна : Посібник до практичних занять / За ред. І. І. Даценко. – Львів : Світ, 2001. – 471 с.
3. Вікіпедія [Електронний ресурс]. – Режим доступу : https://uk.wikipedia. org/wiki/
4. Энциклопедический словарь юного химика / В. А. Крицман, В. В. Станцо. – Москва : «Педагогика», 1990.

***КОРЧИНСЬКИЙ В.С.,*** *доктор медичних наук, старший науковий співробітник, професор кафедри медицини та реабілітації, Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***ПОНОМАРЕНКО М.В.,*** *асистент кафедри медицини та реабілітації, Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***ІВАНОВ Д.А.,*** *магістрант 1-го року підготовки, спеціальність «Фізична терапія. Ерготерапія», Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***ГІРНИК І.М., ІГНАТЮК К.П., БУБЛИК Н.П., БАРТЮК О.М.,***
*Клінічний санаторій «Хмільник», м. Хмільник*

## ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ З СУПУТНІМ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ШИЙНОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Гіпертонічна хвороба (ГХ) – провідний фактор ризику серцево-судинних та цереброваскулярних захворювань, поширеність її в Україні становить 24,3% (24 339,4 на 100 тис. населення). Оптимізація лікування ГХ вдосконалюється разом зі створенням нових антигіпертензивних препаратів, індивідуалізації терапії в залежності від патогенетичної характеристики ГХ, наявність ускладнень та супутніх паталогій. ГХ та остеохондроз шийного відділу хребта, як правило, проявляються в однаковій віковій групі, зі збільшенням віку –

частішають випадки захворювань на артеріальну гіпертензію та дегенеративні ураження хребта. Існують твердження, що шийний остеохондроз обтяжує перебіг ГХ: сприяє резистентності до антигіпертензивної терапії, при синдромі хребцевої артерії (СХА) – призводить до збільшення кількості гіпертонічних кризів. Особливе місце у взаємовідношенні ГХ з шийним остеохондрозом займає СХА, при якому ГХ проявляється в 40-50% випадків. Існують компресійно-ірритативний і рефлекорно-ангіоспастичний варіанти СХА, в обох випадках має місце спазм судин вертебробазелярного басейну, найбільш виражені порушення мозкової гемодинаміки спостерігаються при ангіоспастичному варіанті. Шийний відділ хребта і серцево-судинна система тісно пов'язані: спінальні симпатичні центри іннервації серця знаходяться між 7-м шийним та 5-6-м грудними хребцями, в цих же сегментах закладені центри симпатичної іннервації голови, шиї, грудної клітки. В іннервації серця беруть участь нерви, які відходять від 3-го шийного і 5-6-го верхніх грудних симпатичних вузлів хребта. Здатність симпатичної нервової системи до широкої іррадіації і генералізації збудження при остеохондрозі шийного відділу хребта сприяє дисфункції центрів, що регулюють артеріальний тиск (АТ).

Лікування ГХ та остеохондрозу шийного відділу хребта включає як антигіпертензивну терапію, так і лікування клінічних проявів остеохондрозу (венотоніки, нестероїдні протизапальні препарати, фізіотерапевтичні методи, масаж). Не всі методи лікування остеохондрозу поєднується з антигіпертензивною терапією: нестероїдні протизапальні препарати за рахунок затримки рідини, впливу на простогландини понижують ефективність лікування ГХ; масаж, мануальна терапія також можуть сприяти підвищенню АТ. Тому існує необхідність в фізичній терапії, котра при дегенеративно-дистрофічних змінах хребта і викликаних ними нервово-м'язевих і ангіо-дистонічних синдромах направлена на усунення ушкодження структури і функції нервових клітин, нормалізацію енергетичного обміну в нейроцитах, покращення ендоневрального кровотоку, стану нейротрофічних процесів, нормалізацію симпатичної регуляції та зниження асоційованого





***ЛОМИНОГА С.І.,*** *кандидат медичних наук,*
*лікар ЛФК вищої категорії, старший*
*викладач кафедри реабілітаційних технологій,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***ЖУРБЕНКО Н.М.,*** *магістрант 1-го року підготовки,*
*спеціальність «Фізична терапія. Ерготерапія»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ЗАСТОСУВАННЯ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ НА ПРИКЛАДІ СПОРТИВНО-ОЗДОРОВЧОГО КЛУБУ «ПАТРІОТ» У МІСТІ ВІННИЦІ

*Постановка проблеми.* Щорік лікарі констатують збільшення кількості дітей та підлітків на початкових стадіях захворювання опорно-рухового апарату. Найбільш поширені у школярів, здебільшого, через слабкість м'язового корсету і внаслідок малорухливого способу проведення дозвілля, сидіння за незручними шкільними партами, а також надмірного захоплення Інтернетом та онлайн іграми – лордоз, сколіоз, кіфоз, плоскостопість.

*Зв'язок роботи з науковими планами.* Дослідження проводилося відповідно до навчального плану студентської науково-дослідної роботи кафедри медицини і реабілітації в розділі фізичної реабілітації при захворюваннях опорно-рухового апарату.

*Аналіз останніх літературних джерел і публікацій.* Реабілітаційний напрям медицини є, без перебільшення, єдиною панацеєю від подальших ускладнень і можливих операційних втручань при загострені хвороб ОРА. У спортивно-оздоровчому клубі «Патріот» практикують використання різноманітних методик ЛФК, масажу, фізіотерапії, мануальної терапії, кінезотерапії і Альфа-Гравіті – комплексу спеціальних фізичних вправ, рушійним елементом якого є гравітація.

Про «Альфа-Гравіті» (АГ) детально викладено у статті «Десять загальноцивілізаційних концепцій в Україні» [5, с. 10-11, 24-25]. Автор методики АГ Володимир Єзерський. Він

показниками здорових вагітних – про відсутність гіпоксії у плодів вагітних основної групи.

Таким чином, застосування представленої програми фізичної реабілітації дозволить найбільш раціонально підійти до вирішення проблеми реабілітації вагітних з анемією. Це дозволяє рекомендувати запропоновану програму реабілітації для застосування в практиці спеціалізованих лікувальних установ.

**Список використаних джерел**

1. Гойда Н. Г. Роль сімейної медицини в збереженні здоров'я дітей та жінок репродуктивного віку / Н. Г. Гойда // Сімейна медицина. – 2004. – №3. – С. 39.

2. Дудіна О. О. Діяльність закладів сімейної медицини з надання акушерсько-гінекологічної допомоги / О. О. Дудіна, С. Г. Лесовська // Матеріали II з'їзду лікарів загальної (сімейної) практики України (26 жовтня 2005 р., м. Харків) : Міжнародний медичний журнал. – 2005. – Спец. вип. – С. 88.

3. Корчинська О. А. Сімейна медицина – запорука вищої якості репродуктивного здоров'я жінок в Україні / О. А. Корчинська, Б. М. Корчинський // Матеріали XI з'їзду ВУЛТ. 100 років Українському лікарському товариству (28-30 вересня 2011р., м. Харків) : Українські медичні вісті : Науково-практичний часопис Всеукраїнського лікарського товариства; [редкол.: С. Нечаїв (гол. ред.), Є. Білинський, С. Гаврилюк та ін.]. – К. : Всеукраїнське лікарське товариство, 2011. – Т. 9. – С. 73-74.

4. Одринський В. А. Переваги реформування первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини (огляд літератури) / В. А. Одринський // Сімейна медицина. – 2007. – №3. – С. 4-6.

5. Піотрович Л. М. Визначення ролі лікарів загальної (сімейної) практики в наданні амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги на етапі реформування системи охорони здоров'я / Л. М. Піотрович // Матеріали II з'їзду лікарів загальної (сімейної) практики України (26 жовтня 2005 р., м. Харків) : Міжнародний медичний журнал. – 2005. – Спец. вип. – С. 98.





з цими процесами АТ.

Комплексна програма фізичної терапії для осіб з ГХ та остеохондрозом шийного відділу хребта мала на меті дослідження наступних завдань:

- зменшення болю в шийно-грудному відділі хребта;
- вплив на патогенетичні процеси шийно-грудного остеохондрозу та ГХ з можливістю досягнення регресії патологічних змін;
- нормалізація процесів збудження і гальмування в центральній нервовій системі;
- поліпшення обмінних процесів шляхом підсилення крово- та лімфообігу в шийно-грудному відділі хребта;
- стимулювання компенсаторних механізмів серцево-судинної системи;
- підвищення функціональних і компенсаторних можливостей організму;
- зменшення клінічних проявів комбінованої патології;
- відновлення порушених функцій опорно-рухового апарату;
- покращення якості життя хворих;
- профілактика ускладнень;
- мотивування пацієнтів до активного способу життя.

Комплексна програма фізичної терапії проводилась на фоні медикаментозного лікування. Для індивідуалізації програми, засоби фізичної терапії підбиралися хворим в залежності від рівня адаптації вегетативного тонусу та вегетативної реактивності, функціонального стану серцево-судинної системи та опорно-рухового апарату. У зв'язку з цим на час призначення вправ пацієнтам із поєднаною паталогією, програма підбиралася індивідуально, з урахуванням особливостей хвороби.

При побудові комплексної програми фізичної терапії нами враховувались:

- клінічні прояви захворювань;
- стаж реабілітаційного лікування;
- функціональний стан серцуво-судинної системи;
- рівень фізичної підготовленості;

- судинні захворювання;
- засоби та умови вирішення поставлених завдань;
- анатомо-фізіологічні особливості;
- раціональне співвідношення засобів фізичної терапії.

Аналіз особливостей індивідуального та функціонального стану серцево-судинної системи та опорно-рухового апарату дозволив скомбінувати засоби фізичної терапії таким чином, щоб не було перехресного обтяження чи погіршення перебігу захворювань. Для цього дотримувались низки сформульованих рекомендацій, щодо підбору та застосування вправ:

1. Використання різноманітних засобів та прийомів для зниження м'язового тонусу доцільного при остеохондрозі шийно-грудного відділу хребта (елементи масажу, пасивні вправи, ізометричні вправи з наступним розслабленням), можуть бути використані і для зниження підвищеного судинного тонусу за умови чергування із вправами на розслаблення, загальнорозвиваючими і дихальними вправами, та відпочинком.

2. Використання силових вправ та вправ на тренажерах для зміцнення м'язів тулуба обґрунтованим для хворих на ГХ за умови поєднання їх із вправами аеробного характеру, дихальними вправами та постійними паузами для відпочинку. Підвищення щільності функціонуючих капілярів, що є результатом силових та аеробних тренувань сприяє зниженню спазму периферичних судин.

3. Використання достатньої кількості вправ на розслаблення м'язів шиї, тулуба і кінцівок, постізометричної релаксації, що сприяють кращому кровопостачанню та позитивно впливають на психологічний стан хворого.

4. Обмеження активних, повноамплітудних рухів у шийному відділі хребта у щадному та щадно-тренувальному режимах у зв'язку із запобіганням компресії нервових корінців та судин.

5. Включення в заняття лікувальною фізкультурою коригувальних вправ для корекції паталогічних вигинів хребта.

6. Задля зменшення осьового навантаження на хребет доцільним є використання вихідних положень лежачи на спині,





Підґрунтям для побудови програми став диференційований підхід, при якому вибір та обсяг методів реабілітації визначаються терміном вагітності, рівнем фізичної працездатності та станом плода.

Запропонована диференційована програма фізичної реабілітації входила до комплексного санаторно-курортного лікування вагітних з анемією та тривала 24 календарних дні. Вона складалася з базової та диференційованої програм. Базова програма призначалася для оздоровлення всіх вагітних і включала кліматотерапію, ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну дозовану ходьбу, лікувальну гімнастику (загальнозміцнюючу), гідрокінезитерапію, масаж комірцевої зони та верхнього грудного відділу, лікувальне харчування, фітотерапію, аерофітотерапію, психотерапію, ультрафіолетове опромінення, бальнеотерапію. Диференційована програма застосовувалась виключно для вагітних основної групи та включала комплекси лікувальної гімнастики залежно від рівня фізичної працездатності, терміну вагітності; при гіпоксії плода призначалась нормо барична гіпокситерапія та йоготерапія.

Після проведення санаторно-курортного лікування в основній групі амплітуда акцелерацій вище ($p<0,05$) відповідного показника до реабілітації та наблизилась до показника здорових вагітних.

Частота акцелерацій за 10 хв. в основній групі достовірно підвищилась.

Аналіз кардіотокограм вагітних, які займалися за запропонованою методикою, дозволив виявити суттєве зменшення частоти децелерацій, що вказує на зниження гіпоксії плода. Величина даного параметру за 10-хвилинний інтервал достовірно нижче ($p<0,05$) вихідних показників.

Порівняльний аналіз даних кардіотокограм плодів у вагітних з анемією надав кращі показники у жінок, які займалися за запропонованою методикою. Зокрема, достовірна різниця ($p<0,05$) спостерігалась між такими показниками: амплітудою та частотою акцелерацій, амплітудою децелерацій.

Отримані дані свідчать про кращі адаптаційні можливості плодів у вагітних, які проходили курс реабілітації за запропонованою методикою, а порівняльна характеристика з

оперативних втручань. Після пологів часто спостерігаються запальні захворювання та гіпогалактія. Суттєво порушується розвиток плода і стан новонародженого, збільшується частота затримки розвитку плода, внутрішньоутробної гіпоксії та асфіксії новонародженого, порушуються процеси його адаптації [1; 3; 5].

Ми використовували методи дослідження, які адекватні меті, завданням, об'єкту і предмету дослідження: аналіз науково-методичної літератури, аналіз історій хвороб, педагогічні спостереження, методи оцінки фізичної працездатності, оцінка еритроцитарної ланки гемопоезу, кардіотокографія, методи математичної статистики.

Чинники, які призвели до розвитку анемії, клінічну характеристику обстежених жінок та стан функціональних систем вагітних на підставі лабораторного дослідження, навантажувальних тестів та визначений стан плода у вагітних.

Чинники, які привели до розвитку анемії: низький запас заліза в депо або латентний залізодефіцит до вагітності: – підвищені менструальні крововтрати, маткові кровотечі в анамнезі – 10%; – інтервал між подальшими вагітностями менше 2 років – 17%; – 3-4 і більше пологів в анамнезі – 12%, багатоплідда, великий плід – 15%, тяжка форма раннього гестозу – 18%, передлежання плаценти з геморагічним синдромом – 6%, хронічні захворювання внутрішніх органів – 22%.

Розподіл вагітних за професійною зайнятістю показав, що в жінок, які займаються розумовою діяльністю, анемія зустрічається в 1,5 рази частіше, ніж при інших видах зайнятості. Виходячи з цього, можна зробити висновок про те, що ці жінки більш вразливі до розвитку анемії під час вагітності і становлять групу ризику в розвитку даного захворювання.

Основними скаргами вагітних з анемією були: загальна слабкість (у 70,2% пацієнток), втома (51,2%), головний біль (22,1%), сонливість (24,7%), зміна смаку (6,4%), зниження концентрації уваги (11,1%), задишка при фізичному навантаженні (42,3%), м'язова слабкість (23,8%). Частою скаргою був біль внизу живота (25,1%), надмірна активність ворушіння плода (31,4%).





на животі, на боці.

7. Застосування вправ, які сприяють витягуванню хребта на вертикальній осі, та зменшують компресію на нервові корінці та судини.

8. Характер вправ, дозування фізичного навантаження, послідовність виконання вправ, вихідні положення, інтенсивність – мають відповідати фізичному стану серцево-судинної системи та опорно-рухового апарату, фізичному розвитку і фізичній підготовленості пацієнтів.

На основі встановленого вегетативного тонусу та рівня вегетативної реактивності визначалася спрямованість навантаження для кожного пацієнта. Для осіб з вираженою симпатикотонією та гіперсимпатикотонічною реакцією на навантаження в комплекс включили вправи із адаптивною дією, вправи на розтягування, на розслаблення, дихальні вправи з подовженою фазою видиху, елементи йоги.

Для пацієнтів із недостаньою вегетативною реактивністю і парасимпатикотонією підбиралися вправи, що стимулюють симпатичний тонус: вправи в статодинамічному режимі, вправи на координацію та рівновагу, силові вправи на блочних тренажерах.

Отримані нами попередні дані свідчать про м'який антигіпертензивний ефект, що можна пов'язати з позитивним впливом фізичної терапії на кардіальний та вертеброгенний стан регуляції артеріального тиску. Оптимізація кардіального статусу пов'язана з покращенням тканинного метаболізму в серці й гладких м'язах судин, корекцією оксидативного стресу, дисфункцією ендотелію, ліпідного спектру та асоційована з позитивною динамікою вертеброгенної паталогії.

**Список використаних джерел**

1. Семке Г. В., Стукс И. И. Влияние вертебрального синдрома при шейном остеохондрозе на течение гипертонической болезни I-II стадии, биоэлектрической активности и гемодинамики мезга / Г. В. Семке, И. И. Стукс // Клиническая медицина. – 1989. – Т.67. – №5. – С. 60-63.

2. Семке Г. В. Нестабильная гипертония и шейный остеохондроз / Г. В. Семке // Советская медицина. – 1988. – №9. – С. 62-64.

3. Тузлуков А. П., Горбатовская Н. С. О роли шейного остеохондроза в клинике гипертонической болезни / А. П. Тузлуков, Н. С. Горбатовская // Терапевтический архив. – 1982. – №1. – С. 89-93.

***КОРЧИНСЬКИЙ В.С.,*** *доктор медичних наук, старший науковий співробітник, професор кафедри медицини та реабілітації, Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***ПОНОМАРЕНКО М.В.,*** *асистент кафедри медицини та реабілітації, Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***ПОНОМАРЕНКО О.В.,*** *магістрант 1-го року підготовки, спеціальність «Фізична терапія. Ерготерапія», Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***БУБЛИК Ю.П., ЧЕСНИК І.В., ІЩУК Д.П., ВИСОЦЬКА В.В.,***
*Клінічний санаторій «Хмільник», м. Хмільник*

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИХ ПРОГРАМ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПАЦІЄНТІВ ІЗ РІЗНИМИ КЛІНІЧНИМИ ВАРІАНТАМИ ХВОРОБИ ШЕЙЕРМАНА-МАУ

Хвороба Шейермана-Мау – це прогресуючі деформуючі зміни в хребті, які проявляються в основному в юнацькому або підлітковому віці, тобто під час інтенсивного росту тканин і кісток. Згідно з даними медичної статистики, захворювання розвивається приблизно у 1% молодих людей. Зустрічається однаково часто у дівчат, і в юнаків.

В клінічному перебігу хвороби Шейермана-Мау виділяють класичну і атипову форми захворювання. Класична форма характеризується ригідною грудною чи грудинно-поперековою кіфотичною деформацією хребта; вертебральний біль, як правило, в період формування деформації відсутній і може з’явитись у третій-четвертій декаді життя, локалізуючись





умов : Метод. рекомендації. – К., 2010. – 19 с.

4. Етапне відновлювальне лікування хворих на остеоартроз (госпітальний, амбулаторний, санаторний етапи) : Метод. рекомендації. – К., 2004. – 17 с.

5. Епифанов В. А. Артроз суставов кисти и стопы: (клиника, диагностика, лечение) / В. А. Епифанов. – М. : МедПресс-информ, 2005. – 128 с.

6. Заболотных И. И. Болезни суставов : Руководство / И. И. Заболотных. – СПб. : Спец. лит., 2005. – 220 с.

7. Зазірний І. М. Сучасні погляди на етіологію і патогенез остеоартрозу / І. М. Зазірний // Лікарська справа. – 1999. – №2. – С. 7-12.

***КУЦ О.О.,*** *викладач кафедри медицини та реабілітації, Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***ЩЕРБАК А.С.,*** *магістрант 2-го року підготовки, спеціальність «Фізична реабілітація», Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ГІДРОКІНЕЗІТЕРАПІЯ У РЕАБІЛІТАЦІЇ ЖІНОК З ПАТОЛОГІЄЮ ВАГІТНОСТІ

Для багатьох країн світу залізодефіцитна анемія є медико-соціальною проблемою, оскільки призводить до порушення стану хворих, зниження їх працездатності та викликає функціональні зміни в органах і системах організму.

Особливого значення ця проблема набуває під час вагітності, що обумовлено, по-перше, значним поширенням цієї патології серед вагітних, а по-друге, великою частотою ускладнень вагітності, пологів і перинатальної патології. За офіційними даними МОЗ України, частота анемії у вагітних за останні роки збільшилась і сягала у 2008 році 36,4% [2; 4].

У вагітних з анемією збільшується частота прееклампсії, передчасного відшарування нормально розташованої плаценти. Під час пологів виникає слабкість пологової діяльності, передчасне вилиття навколоплодних вод, гіпо- і атонічні кровотечі, збільшується частота акушерського травматизму та

розробці схем їх раціонального використання. Проте до теперішнього часу при терапевтичному втручанні не доведено можливості запобігати, або сповільнювати прогресування ОА. Перш за все це пов'язано з недостатньою інформативністю існуючих методів оцінки прогресування ушкодження суглобового хряща та ін.

Найбільші можливості в досягненні стійкої і тривалої ремісії і в сповільненні дегенеративно-дистрофічних процесів в суглобовому хрящі мають природні і преформовані фактори, що мають доказану клінічну ефективність.

Ми встановили, що при вивченні ефективності реабілітаційних програм бальна динаміка функціональних індексів дозволяє розробляти оптимальні і диференційовані методи при ОА. Хворим призначали радонові ванни, лазерну терапію, озокеритові аплікації, масаж, гідрокінезітерапію та ін. Застосування цих методів розширюють та удосконалюють існуючу систему фізичної реабілітації хворих на ОА.

Наукова новизна нашого дослідження полягає в тому, що при застосуванні комплексної програми реабілітації та дослідженні впливу пресотерапії, кріотерапії і загальних ванн з радоном позитивно вплинула на стан пацієнтів з деформуючим артрозом.

Можна відмітити, що на сьогоднішній день досягнуто значних успіхів у фізичній реабілітації хворих на ДОА: покращена діагностика та результати лікування, оптимізована соціально-трудова адаптація, але хвороба до кінця не подолана. Хоча немає сумніву в тому, що в майбутньому дослідників чекають нові важливі відкриття.

**Список використаних джерел**

1. Гросс Дж. Физикальное исследование костно-мышечной системы : Руководство / Дж. Гросс. – М. : Бином, 2011. – 472 с.

2. Диагностика и консервативное лечение заболеваний и повреждений опорно-двигательной системы. Кн. 2. Остеоартроз / А. А. Корж, В. П. Черных, В. А. Филиппенко [и др.]. – Харьков : Основа, 2007. – 88 с.

3. Диференційоване застосування лікувальних фізичних чинників у хворих на остеоартроз за санаторно-курортних





у парагібарних відділах. Атипові ж форми хвороби Шейермана-Мау з локалізацією у поперековому відділі хребта, навпаки, супроводжуються вираженим болем у попереку, і в ряді випадків – іррадіюючим у нижні кінцівки болем та відсутністю фіксованого грудного кіфозу. В зв'язку із вищезазначеним, в реабілітації пацієнтів з хворобою Шейермана-Мау застосовуються програми лікувальної гімнастики, направлені переважно на корекцію деформації, зменшення ригідності хребта, покращення вертикальної пози, і програми лікувальних вправ для зменшення болю у поперековому відділі хребта.

Одначе, зміна сагітального контуру хребта, яка властива пацієнтам з хворобою Шейермана-Мау, супроводжується зміною сагітальної центрації сегментів тіла із перерозподілом м'язових сил, потрібних для підтримання вертикальної пози і розвитком м'язового дисбалансу зі зміною тонусу, як постуральної мускулатури, так і м'язів-антагоністів. Виходячи з цього, ми вважаємо, що базові програми лікувальної гімнастики для таких пацієнтів повинні бути відмінними для різних варіантів постурального сагітального балансу із диференційованим навантаженням на м'язові групи розгиначів і згиначів тулуба і нижніх кінцівок.

Мета нашої роботи полягала в розробці диференційованих програм кінезотерапії для пацієнтів з хворобою Шейермана-Мау з різними сагітальними контурами хребта.

Матеріалом досліджень є протоколи клініко-рентгенологічного обстеження 44 пацієнтів з хворобою Шейермана-Мау (всі чоловічої статі) віком 16-26 років (середній вік 20,6±0,3 роки). Критеріями включення в дослідження були типові рентгенологічні ознаки класичної форми хвороби Шейермана-Мау клиноподібна деформація тіл хребців, критерій Sorenson [1964] (клиноподібна деформація не менше 5° трьох центральних хребців на верхівці кіфозу), порушення контура замикальних пластин тіл хребців із інтраспогіозними килами Шморля, збільшення передньо-заднього розміру тіл хребців, зниження висоти міжхребцевих дисків.

Фізіологічними величинами грудного кіфозу вважали 20°-45°; поперекового лордозу – 50°-65°.

Всіх пацієнтів розділили на дві групи: I (n=22) та II (n=22).

При вивченні ортопедичного статусу вимірювали загальну рухомість хребтового стовбуру при нахилах вперед із використанням тесту «пальці-підлога» (П-П) із вимірюванням відстані П-П від кінчиків пальців до підлоги при розігнутих колінних суглобах, рухомість поперекового відділу хребта при згинанні за методом Schober, обсяг рухів у кульшових суглобах. Реєстрували інтенсивність вертеброгенного болю за візуальною аналоговою шкалою (VAS); індекс дисабілітації Oswestry, версія 2.0 і рівень тривоги і хвилювання, пов'язаний із очікуванням болю, по шкалі симптомів болю і хвилювання PASS-20.

На оглядових спондилограмах грудного і поперекового відділів хребта, виконаних у двох стандартних проекціях, в вертикальному положенні, вимірювали величини грудного кіфозу і поперекового лордозу за методом Cobb.

Програми реабілітації для пацієнтів I та II груп виконувались щоденно протягом 14 діб в амбулаторних умовах і включали одну щоденну сесію з 14 вправ.

В групі I пацієнти застосовували розроблені нами програми кінезотерапії з диференційованими лікувальними вправами для усунення м'язового дисбалансу при різних сагітальних контурах хребта.

В групі II використовувалась стандартна програма лікувальної гімнастики – вправи для редресації кіфозу, а також вправи для розтягнення м'язів задньої поверхні стегна і грудних м'язів.

При проведенні статистичних досліджень оцінювали t-критерій за методом Ст'юдента, проводили кореляційний аналіз за методом Пірсона.

Всі дослідження виконувались двічі – при первинному огляді до лікування та після лікування. Всі пацієнти спостерігались в клінічному санаторії «Хмільник».

Результати. Обговорення.

При первинному обстеженні в обох групах пацієнтів відмічалась помірно виражена інтенсивність болю в грудному і поперековому відділах хребта, а також рівень дисабілітації і рівень тривоги та хвилювання, пов'язаний з очікуванням болю.

Загальна рухливість хребта при нахилах вперед за





та альтернативних методів, а також диференційоване їх призначення залежно від клініко-патогенетичного варіанта первинного гонартрозу.

На сьогоднішній день розроблено багато різних систем оцінки тяжкості стану хворих, функціональних можливостей хворого, а також стандарти оцінки ефективності лікування хворих ОА. В основному це опитувальні листки, шкали, індекси, анкети із больною градацією. Це допомагає прослідкувати динаміку перебігу хвороби та отримати об'єктивні оцінки стану здоров'я хворих [2].

Значну допомогу при лікуванні хворих надають програми фізичної реабілітації, в яких подаються конкретні рекомендації хворому про застосування фізичних вправ і повсякденної поведінки в побуті. В роботі подається клінічний аналіз змін після проведеного курсу реабілітації, ефективність застосування різних методів фізичної реабілітації, їх вплив на стан хворих.

Використання розроблених програм фізіотерапевтичного комплексу в реабілітації хворих на ДОА дало позитивний результат. Аналіз результатів показав значне зменшення болю в суглобах, покращився функціональний стан, щезли зміни лабораторних показників, деструктивний процес призупинено, покращився психологічний стан пацієнтів, підвищилась їх активність в повсякденному житті. Це підтверджує ефективність вибору методів фізичної реабілітації обстежуваних хворих. Застосування кріотерапії, пресотерапії, УЗ терапії та бальнеотерапії показало кращий ефект лікування (82,6%) ніж стандартне лікування в контрольній групі (65,7%). Оскільки ДОА має складний етіопатогенез, а метаболічні порушення залишаються без належної уваги лікаря, що являється причиною загострення та прогресування хвороби – це зумовлює необхідність застосування у хворих не одного, а, одночасно або з невеликим інтервалом, багатьох лікувальних факторів, так як тільки комплексна дія дає ефективні результати. Таким чином, ефективність лікування значно зростала при комплексному диференційованому застосуванні медикаментозної терапії, природних та преформованих фізичних чинників.

Значне збагачення в останні роки фармацевтичного ринку України препаратами, які застосовують в лікуванні ОА сприяла

Залишається нез'ясованим зв'язок зі зниженням мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) окремих клінічних, сонографічних, рентгенологічних та томографічних структурних проявів суглобової патології при ОА, не вивчена прогностична значимість остеодефіциту щодо темпів прогресування артрозних змін. Потребує вдосконалення і програма медичної реабілітації пацієнтів з первинним гонартрозом, залежно від варіантів його перебігу, коморбідності, вікових особливостей пацієнтів, періоду лікування [2; 3; 7].

Незважаючи на використання у лікуванні первинного гонартрозу сучасних медикаментозних засобів, розробку та впровадження нових лікувальних технологій, суттєвих успіхів у його профілактиці та терапії домогтися не вдалося. Актуальність проблеми диктує необхідність розроблення нових та удосконалення уже існуючих методів обстеження та медичної реабілітації пацієнтів вказаного профілю. Подальший розвиток системи ефективної медичної реабілітації з урахуванням сьогоднішнього рівня суспільного здоров'я, без сумніву, можна віднести до числа найважливіших медико-соціальних завдань сучасної охорони здоров'я [1; 6].

Серед засобів медичної реабілітації важливе місце належить природним, преформованим фізичним чинникам, кінезіотерапії та їх раціональному поєднанню. Особливо ефективне їх застосування в санаторно-курортних умовах. У цей період хворий позбавлений негативних ефектів застосування медикаментозних засобів і реабілітація спрямована на стимуляцію компенсаторних можливостей організму шляхом поліпшення гемодинаміки, фізичної працездатності, нормалізації метаболічних порушень. Перспективним є використання реабілітаційних програм на основі вивчення нових аспектів механізмів дії природних та преформованих факторів. Це дозволить поєднувати вплив різних реабілітаційних методів, точніше прогнозувати результати реабілітації, використовувати тривалі підтримувальні курси лікування. Тому актуальним залишається створення комплексних програм медичної реабілітації з використанням основних лікувальних факторів курортів (мінеральних вод, лікувальних грязей), фізіотерапії, методів фізичної реабілітації





результатами тесту «пальці – підлога» була статистично значно краща у пацієнтів II групи, тоді як рухомість поперекового відділу хребта, виміряна за методом Schober, суттєво не відрізнялась між I та II групами. Отримані дані відображають відомий факт про існування ригідності хребта при існуванні грудного гіперкіфозу внаслідок ретракції м'язів – розгиначів.

Обсяг рухів в кульшових суглобах в сагітальній площині виявився суттєво зменшеним в II групі із урахуванням того, що згинання в I групі було обмеженим. У фронтальній площині виявлено деяке обмеження відведення у пацієнтів всіх груп, приведення і ротаційні рухи – в межах норми.

За даними рентгенометричних досліджень середня величина грудного кіфозу в I групі (58,5°±0,8) була статистично більше значима ($p<0,01$) в порівнянні з II групою (32,6°±0,8). Середня величина поперекового лордозу не мала достовірних відмінностей між групами,складаючи в групах: I=38,7°±1,1; в II=38,8°±0,8. Таким чином, практично у всіх пацієнтів відзначалась невідповідність величини позиційних параметрів хребтово-тазового балансу, грудного кіфозу і поперекового лордозу. В групі I надлишковий грудний кіфоз мав бути компенсованим поперековим гіперлордозом, одначе грудна деформація супроводжувалась поперековим гіполордозом. В групі II при нормальних значеннях величини грудного кіфозу також реєструвалось зменшення величини поперекового лордозу. При поверхневій ЕМГ паравертебральних м'язів в положенні стоячи між I та II групами не виявлено статистично значимих відмінностей між показниками біоелектричної активності м'язів. Однак, відмічалась суттєва асиметрія параметрів біоелектричної активності правих і лівих паравертебральних м'язів у всіх групах за рахунок статистично значимої різниці ($p<0,001$) між показниками амплітуди скорочення як в I, так і в II групах. Отримані результати можуть свідчити про десинхронізацію процесів збудження в поперекових паравертебральних м'язах.

Таким чином, у пацієнтів обох груп спостерігався сагітальний хребтово-тазовий дисбаланс із некомпенсованою кіфотичною деформацією грудного відділу хребта (в групі I), а також сплощення сагітального контуру хребта по типу

деформації «flatback» (в групі II). Утримування вертикальної пози при таких різних варіантах сагітального хребтово-тазового дисбалансу потребує різних компенсаторних установок в суглобах нижніх кінцівок і, відповідно, постуральної активності різних м'язових груп. У пацієнтів із некомпенсованим грудним гіперкіфозом здійснюється гіперекстензія кульшових і флексійна установка колінних суглобів із постуральною активністю м'язу, що випрямляє хребет, м'язів передньої поверхні кульшового суглобу і стегна та задньої поверхні гомілки. У пацієнтів із гіполордотичною деформацією хребта і болем у поперековому відділі спостерігається флексійна установка кульшових і колінних суглобів із постуральною активністю м'язу, що випрямляє хребет, м'язів задньої поверхні кульшового суглобу, стегна і гомілки.

Виходячи із вище сказаного, для пацієнтів групи I були розроблені диференційовані програми кінезотерапії. Останні включали вправи, направлені на постізометричну релаксацію постуральних м'язів із одночасною ізометричною стабілізацією їх антагоністів.

Результати контрольних досліджень, проведених після закінчення лікування, продемонстрували ефективність запропонованої програми кінезотерапії для пацієнтів з хворобою Шейермана-Мау із різними сагітальними контурами хребта. В групі I відмічено достовірне зменшення інтенсивності больового синдрому по VAS ($t=5,1$; $p<0,001$ и $t=5,4$), дисабілітації по ODI ($t=2,7$; $p<0,01$), тривоги і хвилювання, пов'язаний з очікуванням болю, по PASS ($t=2,8$; $p<0,01$). Статистично значимий позитивний ефект спостерігався лише в групі II – $t=2,8$; $p<0,01$ для VAS; $t=2,4$; $p<0,05$ для ODI и $t=2,7$; $p<0,01$ для PASS.

Загальна рухливість хребта при нахилах вперед при тесті «пальці – підлога» збільшилась в групі I. Також спостерігалось збільшення об'єму рухів у кульшових суглобах в сагітальній площині за рахунок згинання ($t=2,3$; $p<0,05$), і розгинання ($t=2,0$; $p<0,05$). В групі II суттєвих змін даних параметрів не виявлено.

Отримані результати дозволяють стверджувати, що розроблена програма кінезотерапії більш ефективно покращує функціональний стан м'язів в порівнянні зі звичайними вправами для редресації кіфозу, розтягнення м'язів задньої





***КУЦ О.О.,*** *викладач кафедри медицини та реабілітації,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***ОПАНАСЮК М.В.,*** *магістрант 2-го року підготовки,*
*спеціальність «Фізична реабілітація»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗАХ У ПОЄДНАННІ З ОСТЕОПОРОЗОМ

Остеоартроз (ОА) – одне з найпоширеніших хронічних захворювань суглобів, яке характеризується прогресуючим перебігом, деформацією суглобів, втратою їх функцій та погіршенням якості життя хворих. Найчастіше і найраніше ураження зазнає колінний суглоб, що обумовлено його роллю опорного суглоба, на який припадає основне осьове навантаження. Звіт ВООЗ щодо глобальної поширеності хвороби (EULAR, 2013) засвідчив, що остеоартроз колінного суглоба (первинний гонартроз, ПГА) посідає четверте місце серед основних причин непрацездатності у жінок і восьме – у чоловіків. Суттєво зростає поширеність і захворюваність на первинний гонартроз [1; 4].

Епідеміологічні дослідження свідчать, що у 2011 році захворюваність на указану патологію в Україні становила 227 661 осіб (605,6 випадків на 100 тис. населення), поширеність – 1 290 509 (3432,7). Серед осіб працездатного віку на первинний гонартроз хворіє 413 801 особа (1511,9), а вперше його виявлено у 109 403 (399,7). Проте це не відображає реальної картини, оскільки багато пацієнтів вперше звертаються до лікаря тільки при появі симптомів артропатії.

За останні десятиліття досягнуто значного прогресу в розумінні патогенетичних механізмів дегенерації суглобового хряща. Однак дотепер недостатньо вивчена роль пошкодження внутрішньосуглобових структур у виникненні, розвитку, прогресуванні та підтримці запальної реакції синовіальної оболонки колінного суглоба (та розвитку м'язової дисфункції при первинному гонартрозі). Сучасним поглядам на патогенетичні механізми кісткової резорбції при остеоартрозі притаманні багатофакторність та різноспрямованість.

перенесенні невеликих предметів відновилась повністю, показники динамометрії також збільшились: до 13 кг у жінок та до 49 кг у чоловіків.

**Список використаних джерел**

1. Васюк В. Л. Драматична еволюція блокуючого інтрамедулярного металополімерного остеосинтезу / В. Л. Васюк, С. В. Васюк // Травма – 2010. – Том 11, №5. – С. 565-572.

2. Грачова Л. И. Динамика изменений в химическом составе тканей локтевого сустава при заживлении чрезмыщелковых переломов у щенков / Л. И. Грачова, В. Н. Матвеенко, Г. Б. Знаменский // Чрезкостный остеосинтез в ортопедии и травматологии. – 1984. – Вып. 9. – С. 139-144.

3. Деякі медико-соціальні аспекти інвалідності внаслідок виробничих травм кисті / О. В. Сергиени, Л. Ю. Науменко, И. В. Бойко [та ін.] // Матер. наук.-практ. конф. з міжнар. участю «Медико-соціальна експертиза і реабілітація хворих внаслідок травм і захворювань опорно-рухового апарату», 25-26 вересня 2008 р. – Дніпропетровськ, 2008. – С. 30-32.

4. Епифанов В. А. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации больных и инвалидов / В. А. Епифанов // Лечебная физкультура и спортивная медицина. – 2009. – №8 (68). – С. 55-60.

5. Іпатов А. В. Проблеми інвалідності та реабілітації інвалідів ортопедо-травматологічного профілю / А. В Іпатов // Ортопедія, травматологія та протезування – 2002. – №4. – С. 12-17.

6. Каллаев Н. О. Оперативное лечение внутрисуставных переломов проксимального отдела костей предплечья / Н. О. Каллаев, Ч. М. Афгани // Вестник травматологии и ортопедии им. Н. Н. Приорова. – 2007. – №2. – С. 76-79.





поверхні стегна і грудних м’язів. Оптимальне поєднання різних режимів (постізометричної релаксації і ізометричної стабілізації) у вправах програми кінезотерапії дозволило зменшити м’язовий дисбаланс і збільшити рухомість хребта і кульшових суглобів. Це, в свою чергу, призвело до зниження інтенсивності болю і пов’язаних з ним дисабілітації і страху очікування болю.

Більшість результатів дослідження – зменшення інтенсивності болю за шкалою VAS, ступеню дисабілітації за ODI, рівня тривоги і хвилювання за шкалою PASS, збільшення рухомості хребта при нахилах вперед і збільшення обсягу рухів в кульшових суглобах в сагітальній площині – було прогнозованим. Неочікуваним виявився вплив нашої програми кінезотерапії на руховий контроль з достовірним покращенням синхронності активації поперекових паравертебральних м’язів у вертикальній позі. Досягнення майже повної синхронності процесів збудження в правих і лівих паравертебральних м’язах в групі I свідчать про те, що зміни біоелектричної активності м’язів при класичній формі хвороби Шейермана-Мау є в більшій мірі функціональними і пов’язані із перерозподілом постуральної роботи. Збереження асиметрії при активації правих і лівих паравертебральних м’язів в групі II, хоча і виражене в меншій мірі, може бути пов’язане з дегенеративними змінами в поперекових хребцевих сегментах і супутнім хронічним поперековим болем.

В представленому дослідженні був проведений короткий курс програм кінезотерапії для пацієнтів з хворобою Шейермана-Мау з різними сагітальними контурами хребта. Ефективність даних програм кінезотерапії ми пов’язуємо з диференційованим підходом до призначення вправ залежно від варіанту сагітальної центрації хребта, а також із використанням вправ у різних режимах (постізометричної релаксації і ізометричної стабілізації) під час виконання однієї лікувальної сесії. Одночасний селективний вплив на м’язи-антагоністи, на нашу думку, нормалізує тонус різних м’язових груп, сприяє покращенню їх координованої взаємодії в ортоградному положенні, покращує руховий контроль і функціональні можливості хребта.

Нами вважається перспективним впровадження запропонованих програм кінезотерапії у практику лікарів-ортопедів, лікарів ЛФК і сімейних лікарів.

**Список використаних джерел**

1. Колесниченко В. А. Механогенез синдромов перенапряжения у спортсменов / В. А. Колесниченко, А. И. Продан, А. А. Тяжелов // Травматология и ортопедия России. – 2007. – Т. 3. – С. 17-24.

2. Колесниченко В. А. Остеохондропатия позвоночника. Ранняя диагностика и прогнозирование течение заболевания: дисс. … д-ра. мед. наук / В. А. Колесниченко. – Харьков, 2000. – 451 с.

3. Маркс В. О. Ортопедическая діагностика / В. О. Маркс. – Минск : Наука и техника, 1978. – 506 с.

4. A Model of Movement Dysfunction Provides a Classification System Guiding Diagnosis and Therapeutic Care in Spinal Pain and Related Musculoskeletal Syndromes: A Paradigm Shift-Part 2 / J. Key, A. Clift, F. Condie, C. Harley // J. Bodywork and Movement Therapies. – 2008 – Vol. 12, №1. – P. 105-120.

***КОРЧИНСЬКИЙ В.С.,*** *доктор медичних наук,*
*старший науковий співробітник,*
*професор кафедри медицини та реабілітації,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***СМАГЛО І.О.,*** *магістрант 1-го року підготовки,*
*спеціальність «Фізична терапія. Ерготерапія»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***КОСТРІКОВ О.С., ДОБРОГІВСЬКА О.О.,***
***КИЛИМЕН О.А.,***
*Санаторій «Березовий гай», м. Хмільник*

## ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ОСТЕОПОРОЗІ В ПОЄДНАНІ З ОСТЕОАРТРОЗОМ

Остеоартроз (ОА) – гетерогенна група захворювань різної етіології зі схожими біологічними, морфологічними, клінічними проявами і наслідками в основі яких лежить ураження всіх





становить близько 30%. Це призводить до втрати спортивної працездатності. Типовими клінічними ознаками перелому променевої кістки в дистальному відділі є набряклість, біль і обмеження рухів у променево-зап'ясному суглобі, деформація. Раннє функціональне наступне лікування починається з ізометричних тренувань і активних рухів пальцями. Більш активні заняття лікувальною фізкультурою починають після загоєння рани.

Для відновлення функцій кінцівки використовувались загально розвиваючі гімнастичні вправи, а 75-80% – спеціальні вправи для пошкодженої руки: вправи з опором; вправи з невеликим навантаженням; пасивні і активні вправи – супінація, пронація для м'язів передпліччя, променево-зап'ясткового та ліктьового суглобів пошкодженої руки; пасивно-активні вправи для пальців (активно згинати пальці в кулак до повного їх зіткнення з долонею). Виконуючи вправи, амплітуду рухів в суглобах постійно збільшували.

Після закінчення курсу оздоровлення відмічено значне покращення загального стану спортсменів та їхнього самопочуття. Помірна болючість в зоні перелому та м'язів передпліччя у спокої, припухлість м'яких тканин, обмеження рухливості передпліччя та в зап'ястку – зникли повністю (100%). Індекс припухлості променево-зап'ясткового суглоба дорівнював 0 балів (норма). Помітно виросла активність при вирішення побутових проблем та впевненість у собі, підвищилась самооцінка та впевненість у можливості повернення до спортивних занять. У 10 (77%) осіб зникли, у 3 (23%) осіб значно зменшились емоційна лабільність, роздратованість, негативізм, прояви депресії. Сон нормалізувався в 100% випадків.

Повторна гоніометрія підтвердила ефективність тренування та регулярних, спеціально підібраних вправ при відновленні морфологічних та функціональних порушень в кістках та м'язах після перелому: відновлення амплітуди рухів передпліччям та в променево-зап'ястковому суглобі до показників при помірно вираженій тугорухомості та чутливості у частини хворих. Показники окружності передпліччя нормалізувались. М'язова сила при пальцьовому захопленні та

***КУЦ О.О.,*** *викладач кафедри медицини та реабілітації,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***ОНІЩИШИН В.В.,*** *магістрант 2-го року підготовки,*
*спеціальність «Фізична реабілітація»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ПРОМЕНЕВОЇ КІСТКИ

Перелом променевої кістки в типовому місці є поширеною травмою опорно-рухового апарату серед спортсменів. За даними деяких авторів, цей вид травми складає 40-50% від усіх переломів верхніх кінцівок – саме в цьому місці найчастіше виникають переломи у дорослих людей.

Переломи променевої кістки в типовому місці – найчастіший вид переломів кісток передпліччя, складаючий більше 60% всіх переломів цих кісток.

Потерпають від цих переломів як люди похилого віку з активним способом життя, так і молодші особи, що отримали перелом внаслідок дії високоенергетичної травми. Аналіз за статевою ознакою та розподілом за віком вказує на певну закономірність у виникненні травм у дистальному відділі передпліччя. Так, у дитячому та юнацькому віці здебільшого мова йде про пацієнтів чоловічої статі з виробничими чи спортивними травмами. У старшому віці домінують травми в пацієнтів жіночої статі, причому суттєво збільшується вплив на генезис переломів постменопаузального остеопорозу. Близько 20-25% з цих хворих мають нестабільні, внутрішньосуглобові переломи із значним зміщенням. Дослідження H. Minne [3] на великій кількості пацієнтів доводить, що переломи променевої кістки трапляються частіше у людей похилого віку. На фоні демінералізації кісток перелом у таких пацієнтів може виникнути без особливого впливу сили агента, що травмує, чи дії на дистальну частину передпліччя.

Проблема лікування даних ушкоджень та їх наслідків у спортсменів, незважаючи на існування різноманітних методів як консервативного, так і оперативного характеру, залишається досить актуальною, тому що кількість незадовільних результатів





компонентів суглоба в першу чергу хряща, а також субарахноїдальної кістки, синовіальної оболонки, зв'язок капсульованих суглобових м'язів (Коваленко В.М., Шуба Н.М., 2013). Спостерігається у 87% жінок і 83% чоловіків у віці 55-64 років [1, с. 113].

ОА – одна з найчастіших причин інвалідизації та хронічного болю в популяції старше 40 років. Показники поширеніші в Європі сягають 25% серед осіб віком до 70 років [2, с. 15-19].

Згідно з сучасними даними в основі розвитку дегенеративно-дистрофічних змін в суглобах лежать багато взаємодіючих причин та механізмів. Отримують докази впливу на перебіг ОА генетичної схильності, біомеханічних та метаболічних порушень, хронічного запалення [3, с. 32]. При дослідженні коморбідності у хворих на ОА відмічається переважання серцево-судинної патології (50%), зокрема висока частота порушень ліпідного обміну, остеопорозу (ОП), що негативно впливає на прогноз цієї категорії пацієнтів (Lcite A.A. etall, 2011) [4, с. 34; 5, с. 48].

ОА і ОП становлять важливу проблему системи охорони здоров'я в зв'язку з їх великою розповсюдженістю, схильністю до хронізації, інвалідизації, зниженню якості життя зумовленому порушенням функції суглобів і мало-травматичними переломами кісток. За всіма перерахованими вище характеристиками ОА і ОП відносяться до найбільш соціально значимих захворювань.

В науковій літературі довгий час існувала думка, що ОА і ОП взаємовиключаючі захворювання, але в останнє дослідження було опубліковано ряд статей про наявність загальних факторів ризику етіології і патогенезу цих захворювань (Hochber M.C. etol 2004, Neogitetall 2012).

Виявлено, що між кістковою і хрящовою тканинами існують загальні і залежні між собою механізми взаємодії. Встановлено зв'язок мікротравми субарахноїдальної кістки з пошкодженням хрящової у результаті механічної компресії остеобластів субхондральної кістки підвищується продукція інтерлейкіну-6, знижується рівень остеопротегерину (OPG). Зниження співвідношення остеопротегерину

лімфаденорецептора активації нуклеарного фактора В призводить до порушення кістки і хряща (Tsoitoetall, 2010).

Останніми роками у світовій медичній літературі з'явились дані про те, що деякі протизапальні препарати серед яких нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) симптоматичні повільно діючі протиартрозні препарати можуть впливати на мінеральну щільність кісткової тканини (МЩКТ). Нещодавні дослідження показали, що хондроїтин сульфат збільшує OPGв остеобластах субхондральної кістки людини, що викликає підвищення співвідношення OPG\RANKL і призводить до зниження кісткової резорбції (M. Lovuetall, 2008).

Не дивлячись на те, що різні аспекти проблеми ОА і ОП достатньо вивчені та висвітлені в літературі, вивченню впливу окремих засобів фізичної реабілітації на МЩКТ присвячені лише поодинокі дослідження.

Сучасні рекомендації з лікування ОА наголошують на необхідній комбінації нефармакологічних і фармакологічних методів лікування пацієнтів з ОА. У 2013 році Європейська протиревматична ліга (EULAR) видала розгорнуті рекомендації щодо нефармакологічного лікування ОА кульшових і колінних суглобів. Згідно з цими рекомендаціями всі пацієнти мають отримувати індивідуальний план дій, який включає:

- інформацію на навчання контролю ОА;
- індивідуальну програму фізичних вправ;
- інформацію щодо підтримки й темпів виконання навантажень;
- зниження маси тіла при надмірній вазі та ожирінні;
- зменшення впливу негативних механічних чинників (наприклад, носіння відповідного взуття);
- використання допоміжних пристроїв для ходьби та відповідних технологій.

Отже, немедикаментозні методи обов'язково мають включати освітні програми, що забезпечують хворого інформацією не тільки про природу захворювання та різні методи лікування. Вони повинні містити інформацію щодо зміни способу життя і корекцію маси тіла, захисту та розвантаження суглобів. Немедикаментозні аспекти також





Перспективним є дослідження впливу сучасних методів фізичної реабілітації, зокрема занять на профілакторі Євмінова, на функціональний стан організму під час сколіозу в різних груп населення.

**Список використаних джерел**

1. Абальмасова Е. А. О диспластических сколиозах / Е. А. Абальмасова, А. В. Коган // Ортопед. травматол. – 1965. – №7. – С. 3-5.

2. Епифанов В. А. Лечебная физическая культура и массаж : Учеб. пособ. для вузов / В. А. Епифанов. – М. : ГЭОТААМЕД, 2004. – 560 с.

3. Ишал В. Физиология, асимметрии, фронтальные нарушения осанки, сколиоз и сколиотическая болезнь / В. Ишал // Ортопедия, травматология и протезирование. – 2000. – №5. – С. 33-37.

4. Корж Н. А. Сколиотическая болезнь: принципы лечения / Н. А. Корж // Здоров'я України. – 2001. – №10. – 38 с.

5. Ловейко И. Ф. Лечебная физическая культура при заболеваниях позвоночника у детей / И. Ф. Ловейко, М. И. Фонарев. – Л. : Медицина, 1988. – 130 с.

6. Лоскутова Н. В. Особенности статико-локомоторной функции у больных со сколиотической болезнью / Н. В. Лоскутова, С. Н. Балдова, Л. П. Максимова // Актуальные вопросы медицинской реабилитации больных с патологией опорно-двигательной и нервной систем : тез. докл. – М., 1999. – С. 228-229.

застосування профілактора Євмінова для студентів групи фізичної реабілітації зі сколіозом II-III ступенів.

Методи та організація досліджень. Для розв'язання поставлених у роботі завдань використано теоретичний аналіз і синтез, педагогічний експеримент (антропометричні методи, дослідження рухливості хребта), статистичну обробку отриманих даних.

Аналіз результатів медичного огляду студентів вищого навчального закладу показав, що найчастіше в молоді виявляється сколіоз II-III ступенів. Груба сколіотична деформація, зокрема в грудному відділі, викликає значні морфологічні та функціональні порушення серця і великих судин. У хворих на сколіоз II-III ступенів домінуючими причинами, що мають істотний вплив на положення серця, є форма грудної клітки і ступінь викривлення хребта [4]. Під час сколіозу патологічно змінені функції зовнішнього дихання й гемодинаміки. На перших етапах розвитку захворювання ці порушення проявляються в гіпервентиляції та збільшенні хвилинного об'єму дихання [1]. Надалі в міру прогресування хвороби збільшується систолічний і хвилинний об'єми серця й прискорюється кровотік [6].

Проведені дослідження показали, що використання запропонованої програми відновного лікування під час сколіозу II-III ступенів у студентів групи фізичної реабілітації дало змогу досягти покращення результатів антропометричного огляду в 76,9% студентів. Лікарем-терапевтом санаторію-профілакторію зафіксовано зміну ступеня сколіозу з III ст. до II ст. у 23,1% хворих, із II ст. до I ст. – 53,8% обстежених, ефективність застосування цієї програми не зафіксована лише у 23,1% студентів.

Відзначено позитивний вплив занять ЛФК на профілакторі Євмінова й у домашніх умовах на рухливість хребта вперед, назад і вбік.

Проведені дослідження підтвердили ефективність використання запропонованої програми відновного лікування студентів під час сколіозу II-III ступенів та можливість використання її в майбутньому в процесі фізичного виховання в групах фізичної реабілітації ВНЗ.





включають навчання хворих у так званій ревмошколі, фізичні навики навантаження (як аеробні вправи, так і плавання), застосування спеціальних пристроїв (тростин), ортезів (наколінників, ортопедичних устілок, тощо). Як додаткові методи лікування та реабілітації використовують фізіотерапію, голкорефлексотерапію, масаж, бальнеотерапію (сульфідні та радонові ванни).

Із цього приводу слід зазначити, що майже половина з 9 млн. дорослого населення США, яка страждає на симптоматичний ОА колінних суглобів користується тростиною для ходьби. Сучасне дослідження ефективності нової «розумної» тростини з вібротактильним біологічним зворотнім зв'язком продемонструвало, що правильне навантаження тростини (наприклад 15% маси тіла) сприяє зниженню навантаження на коліно, дає змогу зменшити біль, навіть уповільнити прогресування захворювання (R.L. Routsozaetall, 2016). Також наразі продовжуються рандомізовані контрольовані дослідження впливу використання тростини на кісткову тканину, біль у коліні в цілому та при ходьбі, а також показники якості життя (A. Van Gincheletall, 2017).

Серед сучасних методів ФР у лікуванні ОА особливе місце займає плазмоліфтинг. Це новий і безпечний біологічний стимулятор, який діє на весь ланцюжок регенерації тканин. Процедура полягає у введені тромбоцитарної аутоплазми в проблемну зону: болючі точки м'язів, всередину суглоба, а також в тканини, що оточують суглоб.

У світовій медицині за останні роки в ортопедичній хірургії накопичений великий позитивний досвід щодо застосування ін'єкцій аутоплазмою, збагаченою тромбоцитами (Giuseppe Filardoetall, 2010). Intern. Orthopaedics, 2010 34:909-915 – використовували метод множинних ін'єкцій PRP в терапії 15 пацієнтів з остеоартритами, що безуспішно отримували різноманітні методи терапії, що включають застосування кортикостероїдів. У всіх пацієнтів отримано стійкий позитивний ефект.

Nikolas Garbis Anthony Romeoetall, 2010 Operative Techniquesin Sport Medicine, Volume 19, Issue 3, September, P. 165-169 – відзначають позитивний клінічний ефект і

довготривалу перспективу застосування ін'єкцій аутоплазмою при мінімальному ризику ускладнень не тільки при остеоартриті але і пошкодженнях зв'язкового апарату суглобів з супутніми тендинитами.

Для отримання тромбоцитарної плазми проводиться забір крові з вени у пацієнта. Цю кров поміщають у спеціальну ємність (пробірку), що своєю формою нагадує пісочний годинник, після чого кров центрифугується. Під час центрифугування кров розділяється на три частини: еритроцити і фібрин, плазма, з якої вилучені тромбоцити, а також суспензію з високою концентрацією тромбоцитів і невеликою кількістю плазми, яка виділяється у звуженій частині пробірки, саме цю суспензію і використовують для введення в уражену тканину чи суглоб. Чим більша концентрація тромбоцитів, тим кращий ефект від лікування. Процедуру проводять під місцевою анестезією. Для більш точного введення тромбоцитарної маси використовується ультразвукове дослідження ураженої тканини чи суглоба.

Лікувальний ефект процедури заснований на введені тромбоцитами факторів росту, які стимулюють відновлення тканин, запускають ріст нових судин, підвищують місцевий імунітет, регулюють обмінні процеси. Все це сприяє зменшенню болю в суглобі, відновленню кісткової тканини, синовіальної рідини, хрящової тканини, зменшенню спазму м'язів, збільшенню рухів у суглобі, а також зміцненню тканин опорно-рухового апарату.

Курс лікування призначається індивідуально лікарем після консультації та обстежень. Чим старший пацієнт, тим довший курс лікування. В середньому тривалість його становить 2-5 процедур з перервою в тиждень, при необхідності лікування слід повторювати через пів року. Протипоказаннями є онкологічні захворювання, порушення гомеостазу та інфекції шкірних покривів.

Застосування плазмоліфтингу в ортопедичній практиці показало високу ефективність і дало змогу в більшості випадків відмовитись від ін'єкцій кортикостероїдних препаратів.

У результаті численних наукових досліджень також виявлено ефективність впливу вібраційного фізичного





***КУЦ О.О.,*** *викладач кафедри медицини та реабілітації,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***МАЗУР О.П.,*** *магістрант 2-го року підготовки,*
*спеціальність «Фізична реабілітація»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ СКОЛІОЗАХ

Сколіоз є найбільш поширеним видом деформації опорно-рухового апарату. Зазвичай це захворювання вражає дітей і підлітків. Характерна особливість цієї деформації – схильність до прогресування, що тісно пов'язане з ростом та віком дитини. Незважаючи на досягнуті за останні 10-15 років успіхи в ранній діагностиці й лікуванні цієї патології, відсоток прогресування захворювання залишається досить високим. Вибір сучасних ефективних засобів під час розробки тактики консервативного лікування сколіозу на сьогодні є одним з актуальних завдань. Вплив занять на профілакторі Євмінова на морфофункціональне відновлення структур хребта та фізичну працездатність у студентів групи фізичної реабілітації зі сколіозом II-III ступенів є загалом малодослідженим і визначає основну проблемність нашої статті.

Аналіз останніх досліджень та публікацій із цієї проблеми. Розв'язання наукової проблеми започатковано в роботах О.Л. Луковської й С.М. Афанасьєва (2008), Б.К. Іваськіва та В.М. Трифонюка (2005) й інших авторів, які досліджували вплив занять на профілакторі Євмінова на морфофункціональний стан хребта та фізичну працездатність дітей і підлітків. Вибір сучасних ефективних засобів у процесі розробки тактики консервативного лікування сколіозу на сьогодні є одним із актуальних завдань.

Завдання дослідження:

1. Вивчити особливості функціонального стану організму під час сколіозу II-III ступенів.

2. Розробити та впровадити у відновне лікування методику занять на профілакторі Євмінова й у домашніх умовах під час сколіозу II-III ступенів.

3. Експериментально перевірити ефективність

тренування рівноваги та координації є результати обстеження рівня рухових навиків за шкалою COVS, результати обстеження проби Ромберга і наявність скарг на загальномозкові симптоми. Під загальномозковими симптомами маємо на увазі головокружіння, нудоту, біль голови. Обстеження рухових навиків за шкалою COVS передбачає якісне оцінювання виконання певних рухових завдань. Оцінювання якості виконання рухового завдання проводиться за допомогою семибальної шкали: – 1 бал – неможливо виконати завдання; – 2 бали – пацієнт виконує завдання за допомогою однієї особи; – 4 бали – виконує самостійно, але потребує нагляду, вербальної підказки, страхування; – 5 балів – виконує самостійно з допоміжним пристроєм; – 6 балів – виконує самостійно, безпечно, але зі значними зусиллями; – 7 балів – норма. За результатами тестування проби Ромберга тренування рівноваги й координації рухів відбувається тоді, коли пацієнт отримує 2 бали. Важливим чинником, котрий впливає на тренування та розвиток цієї якості, є самопочуття пацієнта [1; 3].

Огляд медичної та наукової літератури показав, що на сьогодні травми черепа та головного мозку мають недостатній рівень вивчення ефективності застосування засобів фізичної реабілітації для швидкого відновлення пацієнтів із черепно-мозковими травмами. Застосування власне засобів фізичної реабілітації при черепно-мозковій травмі ґрунтується лише на основі періодизації.

**Список використаних джерел**

1. Внутренние болезни / Под ред. Е. Браунвальда // Болезни сердечно-сосудистой системы : книга 5. – М. : Медицина, 1995. – С. 270-311.

2. Кардиология в таблицах и схемах : Перев. с англ. / Под ред. М. Фрида, С. Грайнса. – М. : Практика, 1996. – С. 72-108.

3. Башкин И. Н. Современные подходы к развитию физической реабилитации / И. Н. Башкин, В. Н. Мухин, В. А. Сорокин. – Киев : Олимп. лит., 2005. – 763 с.

4. Мухін В. М. Фізична реабілітація : підручник / В. М. Мухін. – Київ : Олімп. літ., 2010. – 488 с.

5. Энока Р. М. Основы кинезиологии / Р. М. Энока. – Киев : Олимп. лит., 2000. – 400 с.





навантаження на збільшення м’язової сили, мінеральної щільності кісток і покращення координації рухів. Техніка вібраційних прийомів була розроблена у 19-му сторіччі. Вібраційний вплив подразнює нервові закінчення, регулює їх збудливість за рахунок коливань і амплітуд. Після курсу масажу спостерігаються покращення в галузі лімфатичної, нервової і кровоносної системи.

Наукові дослідження показали також ефективність лікування ОА і ОП ударно-хвильовою терапією (УХТ). Лікування цим методом базується на регульованій ударній хвилі, що впливає на хворі ділянки тканин організму. Ударно-хвильова терапія заснована на високоенергетичній високочастотній вібрації, що спрямована на уражену ділянку. У боротьбі з артрозом вона є ефективною на початковій стадії захворювання.

Суть методу полягає в роботі двох видів акустичних ударних хвиль: сфокусованої і радіальної. Сфокусована хвиля направляється конкретно в вогнище ураження, вона фокусує велику енергію на малу ділянку, завдяки чому не тільки знімає біль, але і усуває причину запалення, за рахунок стимуляції кровотоку і сприяє росту судин. Радіальні хвилі мають низьку енергію і нормалізують м’язовий тонус, а також знімають біль. Проникаючи крізь м’які тканини організму, ці хвилі не порушують його структуру, водночас активно діючи на кісткову і хрящову тканини опорно-рухового апарату. Частотність хвиль варіюється від 16 до 25 Гц. Ударно-хвильова терапія виконується за допомогою приладів, які завдяки своїм звуковим коливанням розм’якшують склад остеофітів, гострих кісткових утворень, які і сприяють розвитку гострого болю при артрозі. Курс лікування – 2-3 процедури. Уже після одного проведеного курсу остеофіти розсмоктуються і прояви болю стають меншими, збільшується об’єм рухів у суглобі і підвищується ступінь стійкості при фізичних навантаженнях. Процедура проводиться лише лікарем, під контролем УЗД для точнішого визначення місця вогнища ураження і причини болю.

Ударно-хвильова терапія майже немає протипоказань, окрім наявності онкологічних захворювань, кардіостимулятора і може застосовуватись для пацієнтів різного віку.

В даний час проводиться пошук методів комбінованого впливу на декілька м'язів, патогенезу зниження МЩКТ осеогетерогенних переломів для збільшення приросту кісткової маси і прихильності науковців до лікування.

З огляду на поширеність даної патології, необхідність досліджень засобів фізичної реабілітації у лікуванні ОА і ОП не лише на хрящову, але і на кісткову тканину.

**Список використаних джерел**

1. Шуба Н. М. Нові аспекти патогенезу остеоартрозу та шляхи його корекції / Н. М. Шуба, Т. Д. Воронова, Т. М. Тарасенко, А. С. Крилова // Укр. мед. часопис. – 2012. – №2(88). – С. 113-119.

2. Хитров Н. А. Многоликий остеоартроз: пути лечения / Н. А. Хитров // РМЖ. – 2012. – №30. – С. 1518-1521.

3. Насонова В. А. Особенности восстановительного лечения больных ревматологического профиля / В. А. Насонова, В. П. Павлов, Т. М. Павленко и др. // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – М. : Медицина, 2003. – №3. – С. 32-35.

4. Головач І. Ю. Остеоартроз і адипокіни: патогенетичні зв'язки, вплив на суглобовий хрящ та новітні терапевтичні цілі / І. Ю. Головач // Мистецтво лікування. – 2011. – №8. – С. 34-38.

5. Денисов Л. Н., Насонов Е. Л. Ожирение и остеоартроз / Л. Н. Денисов, Е. Л. Насонов // Научно-практич. ревматология. – 2010. – №3. – С. 48-51.





фізичної реабілітації й об'єктивного оцінювання динаміки відновлення втрачених функцій в осіб із черепно-мозковою травмою використано такі методи дослідження: для визначення рівня свідомості пацієнтів із наслідками черепно-мозкової травми використовували шкалу Глазго, бальну шкалу спастичності Ашфорта, гоніометрію, пробу Ромберга; для оцінювання рівня володіння соціально важливими руховими навичками самообслуговування, переміщення здійснювали за допомогою тесту COVS (Clinicaloutcomevariablesscale).

Застосування засобів фізичної реабілітації спрямовано на виконання таких завдань:

- розвиток сили паретичних м'язів;
- корекція тонусу та спастичності м'язів;
- тренування рівноваги та координації;
- навчання навиків переміщення й самообслуговування.

Методична особливість застосування вправ для розвитку сили полягала в тому, що вибір способу виконання вправи залежить від результатів тестування сили м'язів за мануально-м'язовим тестом.

У процесі силового тренування вибір є індивідуальним для кожного хворого. Для тренування сили м'язів, які оцінено за ММТ від 0 до 2 балів, застосовували активно-пасивні вправи, вправи без опору сили тяжіння й активні з допомогою. Для тренування сили м'язів, які оцінено за ММТ від 3 до 5 балів, використовували активні вправи та активні з протидією. Пасивні вправи застосовуємо в тих випадках, коли пацієнт не може виконати жодного виду активних вправ, тобто за результатами ММТ сила паретичних м'язів становить менше ніж 2 бали. Пасивні рухи у верхніх та нижніх кінцівках потрібно виконувати в повільному темпі з фіксацією розтягування в кінці амплітуди руху на 20-30 секунд. Для того щоб уникнути підвищення м'язового тонусу, передбачено контроль за диханням, що є важливою умовою виконання пасивних рухів при спастиці. Усі рухи виконуються на подовженому видиху й у діапазоні 10-15 разів або до зменшення спастичності, або досягнення крайньої точки фізіологічної амплітуди руху. Визначальними для вибору та застосування вправ для

***КУЦ О.О.,*** *викладач кафедри медицини та реабілітації,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***КРАВЧУК С.Л.,*** *магістрант 2-го року підготовки,*
*спеціальність «Фізична реабілітація»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ ПІСЛЯ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИХ ТРАВМ

Санітарні втрати у сучасних військових конфліктах характеризуються збільшенням питомої ваги поранених нейрохірургічного профілю [1]. Зокрема, за даними бюро медичної експертизи, причиною загибелі наших бійців під час АТО у 15,2% стали поранення голови з руйнуванням головного мозку і переломами кісток черепа (тяжка черепно-мозкова травма (ЧМТ)) [2]. Критеріями тяжкої травми черепа та головного мозку є: пригнічення свідомості – 3-8 балів за шкалою коми Глазго (ШКГ), втрата свідомості >30 хв., посттравматична амнезія >24 год. [3; 4].

Оцінка стану поранених з тяжкою бойовою травмою черепа та головного мозку (БТЧГМ) на передових етапах медичної евакуації не передбачає детальної оцінки неврологічного статусу та діагностики характеру пошкодження головного мозку. Вона спрямована на встановлення самого факту черепно-мозкової травми, виявлення життєзагрожуючих станів для своєчасного надання невідкладної медичної допомоги, сортування та евакуації поранених. Основними ознаками черепно-мозкової травми є: порушення свідомості, наявність зовнішніх ознак механічної травми голови, ліквореї з рани в проекції мозкового черепа, носових ходів (частіше гемоліквореї), зовнішніх слухових проходів, крововиливи в ділянці орбіт, соскоподібних відростків. Можуть бути виявлені зміни розмірів та форми зіниць, порушення рухів кінцівок. До життєзагрожуючих станів належать: асфіксія, зовнішня кровотеча, стиснення головного мозку [1].

Для встановлення важкості неврологічного дефіциту, обстеження показників рухової сфери, визначення порушених функцій та перевірки ефективності застосування засобів





***КОРЧИНСЬКИЙ В.С.,*** *доктор медичних наук,*
*старший науковий співробітник, професор*
*кафедри медицини та реабілітації,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***СТРАТІЄНКО М.А.,*** *магістрант 1-го року підготовки,*
*спеціальність «Фізична терапія. Ерготерапія»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***ЧЕСНИК І.В., ЖЕЛЮК Л.П., ФУРМАН Л.В.,***
***ШУТЯК І.П.,СТЕПАНЕЦЬ Л.П., СИНИЦЯ О.О.,***
*Клінічний санаторій «Хмільник», м. Хмільник*

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ МЕТАБОЛІЧНОМУ СИНДРОМІ

Метаболічний синдром (МС) – це комплекс взаємопов'язаних порушень вуглеводного і жирового обміну, а також порушень артеріального тиску (АТ) і функцій ендотелію, зумовлених зниженням чутливості тканин до інсуліну. Міжнародна федерація діабету (IDF, 2005) у своєму визначенні включила до компонентів МС, окрім абдомінального ожиріння, інсулінорезистентності гіперглікемії, дисліпідемії та артеріальної гіпертензії (АГ), також порушення системи гемостазу та наявність маркерів хронічного субклінічного запалення. Незважаючи на те, що й досі триває дискусія щодо доцільності виділення МС, у багатьох дослідженнях показано, що він призводить до збільшення ризику розвитку серцево-судинних захворювань (ССЗ) навіть за відсутності класичних факторів ризику. Наявність МС подвоює ризик розвитку ССЗ упродовж найближчих 5-10 років та у 3-6 рази збільшує ризик виникнення цукрового діабету (ЦД) II типу. Крім того, у таких пацієнтів збільшується рівень смертності від ССЗ [6, с. 16]. За даними Фремінгемського дослідження, що включало близько 5000 осіб віком від 18 до 74 років, комбінація трьох і більше компонентів МС призводить до збільшення ризику ішемічної хвороби серця у 2,4 рази у чоловіків і в 5,9 рази у жінок [3, с. 68]. Поширеність МС в індустріально розвинених країнах серед населення вікової категорії понад 30 років становить 10-25%. Комплекс метаболічних порушень серед чоловіків частіше

зустрічається в середньому віці, а в жінок його частота зростає з настанням менопаузи. МС має чіткий зв'язок зі способом життя: гіподинамія, висококалорійне харчування, а також стреси [2, с. 21]. Патогенез МС, що об'єднує фактори ризику ССЗ, залишається до кінця не вивченим [5, с. 1416]. На сьогоднішній день досі не узгоджені основні патогенетичні механізми МС. Згідно більшості публікацій в основі синдрому лежить інсулінорезистентність і центральне ожиріння. Крім того описані і інші механізми, які можуть лежати в основі патогенезу МС: хронічна активація імунної системи, порушення функції гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової системи, зміна дії глюкокортикоїдних гормонів, хронічний стрес, продукція великої кількості цитокінів, гормонів і інших біологічно-активних речовин адипоцитами [5, с. 1421]. Розглядається значення пре- і перинатальних генетичних змін, які можуть пояснити фенотипічну гетерогенність в різних етнічних групах. Основна ідея створення концепції МС полягає у виділенні популяції пацієнтів з високим кардіоваскулярним ризиком, у яких проведення профілактичних заходів, що включають модифікацію способу життя і застосування лікарських заходів можуть значно вплинути на основні показники здоров'я. При цьому органопротекторний ефект нормалізації АТ дозволяє на 51% зменшити число основних серцево-судинних подій у пацієнтів з МС, в той час як гіполіпідемічна і протидіабетична терапія дозволяє знизити їх лише на 36 і 16% відповідно [2, с. 23]. Виявлення в клінічній практиці пацієнтів з МС є важливим заходом, тому що всі його компоненти піддаються модифікації за допомогою немедикаментозних і медикаментозних заходів корекції. Велика увага приділяється немедикаментозним заходам корекції: підтриманню достатнього рівня фізичної активності, контролю енергетичної цінності їжі, зниженню вживання жирів та підтримці адекватної маси тіла [4, с. 49]. Нормалізація маси тіла відіграє провідну роль у лікуванні пацієнтів із МС: зменшення вмісту вісцерального жиру сприяє корекції інших компонентів МС та є профілактикою розвитку ЦД II типу у пацієнтів із порушеною толерантністю до глюкози [6, с. 19]. З огляду на особливе значення немедикаментозних заходів корекції факторів МС,





або помірному розширенні вен, що мало турбує хворого (1-2 ступінь хвороби), у вагітних жінок, дітей, у осіб, яким через певні причини операція протипоказана. Консервативне лікування не може ліквідовувати варикозне розширення вен.

Лікувальні заходи тимчасово покращують стан гемодинаміки кінцівки й перешкоджають подальшому розвитку патологічного процесу.

У результаті застосовуваної нами програми реабілітації хворих із захворюванням венозних судин нижніх кінцівок середні показники відчуття болю, наявність набряків, судом у нижніх кінцівках у респондентів зменшились. На початку дослідження оцінка болю становила у ділянці стегна – 2 бали; у ділянці гомілки – 3,8 бала; у ділянці стопи − 2,8 бала, а на кінець дослідження середні показники відчуття болю в нижніх кінцівках були такі: у ділянці стегна – 1 бал; у ділянці гомілки – 2,4 бала; у ділянці стопи – 1,2 бала.

Запропоновані реабілітаційні заходи покращили стан пацієнтів із варикозом поверхневих вен нижніх кінцівок і внаслідок цього діагностувався легший ступінь важкості захворювання.

**Список використаних джерел**

1. Аскерханов Р. П. Варикоз, тромбоз, псевдоварикоз вен конечностей / Р. П. Аскерханов. – Махачкала : [б. и.], 1969. – 252 с.

2. Байкова З. З. Комбинированное лечение варикозного расширения вен нижних конечностей / З. З. Байкова, В. А. Рудольфи, А. Е. Старикова // Хирургия. – 1973. – №4. – С. 109-112.

3. Калугин А. С. О морфофункциональных нарушениях венозной гемодинамики нижних конечностей у спортсменов / А. С. Калугин, Е. Е. Заколодная // Теория и практика физ. культуры. – 1986. – №8. – С. 34-37.

4. Лидский А. Т. Хроническая венозная недостаточность. (Посттромбо-флебический синдром) / А. Т. Лидский. – М. : Медицина, 1969. – 169 с.

5. Озолинь П. П. Адаптация сосудистой системы к спортивным нагрузкам / П. П. Озолинь. – Рига : Знание, 1984. – 135 с.

розширення вен, а лише призводять до анатомічної та функціональної неповноцінності поверхневої венозної системи, нижніх кінцівок. Розширення просвіту вен відбувається під впливом підвищення внутрішньо-судинного тиску. Якщо нормальна вена реагує на гіпертензію посиленням свого тонусу, то за вродженої або набутої слабкості м'язово-еластичних утворень венозної стінки у відповідь на збільшення внутрішньо-судинного тиску розвивається незворотне збільшення просвіту вени [1; 2].

Аналізуючи проведене нами анкетування, можна відзначити, що варикозне розширення вен – поширене захворювань серед жінок. Фактори ризику виникнення недуги: генетичні, зайва вага; вагітність, спосіб життя.

На початку дослідження ми просили пацієнтів оцінити ступінь болю у нижніх кінцівках за 5-бальною шкалою. У респондентів середні показники оцінки болю були наступними: в області стегна – 2 бали; в області гомілки – 3,8 бала; в області стопи 2,8 бала. На кінець дослідження середні показники відчуття болю в нижніх кінцівках у респондентів були такі: у ділянці стегна − 1,0 бал; у ділянці гомілки − 2,4 бала; у ділянці стопи − 1,2 бала. Крім цього, під час опитування респондентів до експерименту важкість і втомлюваність у нижніх кінцівках зазначили всі хворі (100%). Наприкінці експерименту важкість і втомлюваність у нижніх кінцівках зазначили 60% хворих.

Під час анкетування хворих із варикозним розширенням вен нижніх кінцівок ми виявили, що 60% хворих до експерименту мали скарги на набряки нижніх кінцівок до кінця робочого дня. Після проходження реабілітації набряки спостерігались у 40%.

Судоми литкових м'язів, особливо в нічний час, мали 60% хворих. Після проходження курсу реабілітації в зазначених хворих судоми литкових м'язів зменшились і становили 20%. Отже, запропоновані реабілітаційні заходи покращили стан пацієнтів із варикозом поверхневих вен нижніх кінцівок.

Отже, лікування первинного варикозного розширення вен проводиться залежно від клінічних проявів захворювання, типу та ступеня. Консервативне лікування направлене на запобігання прогресування хвороби. Воно застосовується при незначному





засоби фізичної реабілітації стають методами вибору у таких пацієнтів, основою первинної і вторинної профілактики ССЗ. Мета дослідження – вивчити вплив комплексного санаторно-курортного лікування на основні компоненти метаболічного синдрому.

Обстежено 36 пацієнтів на гіпертонічну хворобу (ГХ) II стадії з підвищенням АТ I-II ступеню та МС. Вік обстежуваних 48,1±3,4 роки, всі чоловіки. Діагноз ГХ встановлювали відповідно до рекомендацій Української асоціації кардіологів 2008 рік. МС діагностували згідно з Консенсусом з метаболічного синдрому 2009 року у разі виявлення трьох і більше з наведених критеріїв: абдомінального ожиріння, що визначається як окружність талії (ОТ): >94 см для чоловіків і > 80 см для жінок, рівень тригліцеридів (ТГ) >1,7 ммоль/л, рівень холестерину ліпопоротеїнів високої щільності (ХЛПВЩ) <1,0 ммоль/л для чоловіків і <1,3 ммоль/л для жінок, артеріальний тиск >130/85 мм.рт.ст., гіперглікемія натще >5,6 ммоль/л. Ступінь ожиріння визначали за величиною індексу маси тіла (ІМТ) відповідно до рекомендацій ВООЗ (1997). Проводили загальноклінічне дослідження: загальний аналіз крові і сечі, аналіз крові на вміст с-реактивного білку, цукру, холестерину і його фракцій, креатиніну, сечової кислоти, коагулограму. Для оцінки інсулінорезистентності використовували індекс HOMA, який розраховували за формулою HOMA = інсулін (Мод/мл) х глюкозу (ммоль/л)/22,5.

При підвищенні цього показника понад 2,77 діагностували інсулінореститентність. Для оцінки стану вегетативної нервової системи проводили варіаційну пульсометрію за методикою Р.М. Баєвського [1, с. 53].

В залежності від наявності діагностичних критеріїв МС хворі були розподілені на дві групи. До І групи включено 17 хворих з гіперінсулінемією, дисліпідемією, АГ, абдомінальним ожирінням, яким було призначено дієту №8, радонові ванни, сегментарний масаж, ЛФК, пневмопресинг, магніто-лазеро-ультразвукову терапію (МЛУЗТ). До ІІ групи віднесли 19 хворих з гіперінсулінемією, порушенням толерантністю до глюкози, АГ, дисліпідемією (європейський тип без ожиріння). Програма реабілітації цих пацієнтів

включала: дієту №10, радонові ванни, ЛФК, озонотерапію та сегментарний масаж. Отриманні дані були статистично опрацьовані за допомогою програми «Microsoft Excel». Перевірку гіпотез про достовірність різниці двох середніх для зв'язаних вибірок виконували за допомогою t-критерію Ст'юдента. Результати вважали достовірними при рівні їх статистичної значимості p <0,005.

Після завершення санаторно-курортного лікування у двох групах хворих спостерігали високу ефективність комплексів фізичної реабілітації. При цьому цільовий рівень АТ був досягнутий у хворих І групи з наявністю абдомінального ожиріння і ІР. У пацієнтів І групи відзначався найбільш значний відсоток зниження САТ на 13,1% і ДАТ на 12,4% порівняно з вихідними даними. Суттєвої динаміки ЧСС серед групи пацієнтів відзначено не було. Дані зміни АТ асоціювались з динамікою показників варіабельності серцевого ритму. Вихідні значення інтегрального показника ІН відзначалися великою дисперсією, у деяких пацієнтів відповідали таким при стресі (>300 ум. од.) і свідчать про значну перевагу симпатичної ланки регуляції. Після завершення лікування спостерігали позитивну динаміку у всіх пацієнтів: зменшення ступеню вираженості напруги вегетативної регуляції і зниження симпатикотонії, що проявлялося вірогідним зниженням середніх значень ІН. Оцінка змін шляху реалізації центрального стимулювання проводилося за показниками Мо, АМо, ПАПР. У пацієнтів І групи спостерігався нервовий шлях центрального стимулювання, що свідчить про виражений дисбаланс вегетативної нервової системи: гіперактивність симпатичного і пригнічення парасимпатичного відділів. Після курсу лікування відзначена позитивна тенденція у всіх пацієнтів: зменшення дисбалансу вегетативної нервової системи і дисфункції вищих коркових і гіпоталамічних центрів регуляції АТ. Це підтверджують достовірні зміни АМо, ПАПР. У пацієнтів ІІ групи переважав нервовий шлях центрального стимулювання (72%), гуморальний у 28% хворих. Після проведеного лікування відзначено вірогідне зниження ІН і ІВР, що є ознакою зниження активності симпатичного відділу вегетативної нервової системи. Також спостерігали вірогідне зниження ПАПР, що свідчить про





(p<0,01), індекс Тіффно-Вотчала – на 3,12% (p<0,02), ПОШвид – на 3,12% (p<0,02). Зростання вищезгаданих показників у дівчат свідчить про покращення проходження повітря на ділянці саме крупних бронхів. Також зросли миттєві показники ФЖЄЛ, а саме: МОШ25 – на 3,50% (p<0,05), МОШ50 – на 9,6% (p<0,05), МОШ75 – на 9,0% (p<0,05).

**Список використаних джерел**

1. Классика оздоровительного дыхания / под ред. А. В. Садова. – СПб. : Издательство «Крылов», 2010. – 288 с.

2. Ковальчук М. П. Епідеміологічні дослідження бронхіальної астми / М. П. Ковальчук // ПАГ. – 1998. – №2. – С. 48-49.

3. Марк В. О. Профілактика, діагностика, лікування, реабілітація при бронхіальній астмі / В. О. Марк. – Мінськ : Наука і механіка, 2004. – 365 с.

4. Пешкова О. В. Физическая реабилитация при бронхиальной астме : методические рекомендации для студентов специализации «Физическая реабилитация» / О. В. Пешкова. – Харьков : ХГАФК, 2001. – 64 с.

***КУЦ О.О.,*** *викладач кафедри медицини та реабілітації,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***КОВТЮХ Н.Р.,*** *магістрант 2-го року підготовки,*
*спеціальність «Фізична реабілітація»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ВЕНОЗНІЙ НЕДОСТАТНОСТІ КІНЦІВОК

Первинне варикозне розширення вен – поліетіологічне захворювання. Причинами його вважають слабкість м'язово-еластичних волокон стінок поверхневих вен і вроджену неповноцінність їх клапанного апарату, що передається за спадковістю, токсикоз – інфекційні чинники, ураження нервового апарату вен, що послаблює дію гормонів на мускулатуру венозної стінки в період вагітності [1; 3; 4]. Перераховані чинники безпосередньо не спричиняють

Все це дозволяє вважати БА важливою соціально-медичною проблемою і вимагає удосконалення діагностики, розробки і впровадження комплексних програм профілактики, лікування і реабілітації.

Для відновлення функцій дихальної системи хворих з бронхіальною астмою в основній групі додатково до основного комплексу фізичної реабілітації була впроваджена дозована ходьба та спеціальні динамічні дихальні вправи за методом Бутейко.

Після проведення фізичної реабілітації хворих обох дослідних груп встановлена тенденція до позитивних змін досліджених показників дихальної системи. Порівняння середніх результатів за всіма показниками не показало вірогідної різниці між даними груп. У пацієнтів основної групи відмічалася швидша позитивна динаміка зменшення клінічних симптомів астми, покращувалося самопочуття.

В основній групі покращення показників функціонального стану дихальної системи були більш вираженими ніж у хворих контрольної групи, що свідчить про ефективність дії підібраного комплексу фізичної реабілітації у порівнянні з традиційними комплексами.

Результати дослідження показали, що комплексне застосування лікувальної гімнастики й методики дихання за Бутейко в реабілітації студентів, хворих на БА, сприяє покращенню функції апарату зовнішнього дихання за рахунок полегшення проходження повітря через бронхи мілкого, середнього й крупного калібрів, про що свідчить покращення показників ФЖЄЛ, ОФВ1, ОФВ1/ЖЄЛ, ПОШвид, МОШ25, МОШ50, МОШ75.

У студентів експериментальної групи зріс показник ФЖЄЛ на 3,14% ($p<0,05$) і його складники, а саме: ОФВ1 на 10,81% ($p<0,02$), ОФВ1/ЖЄЛ – на 5,17% ($p<0,05$), ПОШвид на 4,10% ($p<0,05$). Зросли також миттєві показники ФЖЄЛ, які характеризують пропускну спроможність бронхів, зокрема: МОШ25 – на 4,06% ($p<0,05$), МОШ50 – на 13,02% ($p<0,05$), МОШ75 – на 14,61% ($p<0,02$).

У студенток експериментальної групи достовірно зросли такі показники, як ФЖЄЛ – на 4,84% ($p<0,02$), ОФВ1 – на 6,9%





зниження напруги адаптаційних механізмів серцево-судинної системи. Аналіз вихідних даних вуглеводного обміну, продемонстрував, що у хворих I групи порівняно з другою групою відзначався найвищий рівень інсуліну крові (15,4±1,5 Мод/мл), що зумовило в них ІР (підвищення HOMA-індексу до (3,63±0,4 ум. од). У хворих другої групи спостерігався найвищий рівень глюкози натще 5,6±0,7 ммоль/л (HOMA-індекс 3,1±0,2 ум. од.). Зміни глікемії після завершення комплексу фізичної реабілітації у двох групах були невірогідними. Однак, особливу увагу привертає вплив проведеного лікування на гіперінсулінемію як основний лабораторний маркер ІР, що було виявлено на початку дослідження у хворих I групи. Призначення у цій групі радонових ванн, пневмопресингу, МЛУЗТ призвело до поліпшення стану вуглеводного обміну у вигляді зниження рівня гіперінсулінемії, що проявлялося відповідним зниженням індексу HOMA від 3,63±0,4 до 2,69±0,2 ум. од. Це вказує на зниження ІР під впливом комплексної терапії і відображає коригуючий вплив на основну ланку патогенезу МС. Механізм впливу, можливо пов’язаний, покращенням секреції інсуліну, підвищенням чутливості інсулінових рецепторів, оптимізацією утилізації глюкози, зменшенням глюконеогенезу і тонусу симпатичного відділу вегетативної нервової системи. За період спостереження була відзначена чітка позитивна динаміка показників ліпідного обміну у пацієнтів обох груп. У I групі нормалізація показників ліпідограми була більш значимою: зниження рівня загального холестерину і атерогенної фракції ХСЛПНЩ, тригліцеридів і підвищення рівня ХСЛПВЩ. Механізм гіполіпідемічного впливу, можливо, зумовлений стимуляцією функції печінки при МЛУЗТ, її здатністю до накопичення ліпідів і наступної їх утилізації і виведення. Експериментально показано також, що магнітне поле з частотами (1-100 Гц) стимулює функцію цитохрому Р-450 (залізовмісний гемопротеїд), який посилює мікросомальне окислення ЛПНЩ [3, с. 71]. Одним із можливих механізмів дії МЛУЗТ на рівень ліпідів у крові є вплив на стан вегетативної нервової системи, зумовлений симпатолітичним ефектом. У пацієнтів II групи, що отримували озонотерапію спостерігали

зниження рівня загального холестерину і тригліцеридів. Зниження рівня ТГ зумовлено здатністю озону активувати киснезалежні процеси, внаслідок чого посилюється окислення нестерифікованих жирних кислот, а також з окисленням продуктів неокислювального метаболізму НЕЖК в скелетних м'язах, які є причиною порушення інсулінозалежної утилізації глюкози. Таким чином, результати дослідження свідчать, що застосування диференційованих комплексів фізичної реабілітації з включенням сучасних методів фізіотерапії у хворих на МС спричиняє позитивний вплив на показники гемодинаміки, вуглеводного та ліпідного обмінів. Пріоритетними у виборі засобів фізичної реабілітації мають бути безпечність і ефективність лікування, вивчення особливостей дії сучасних фізичних чинників при МС з метою профілактики ускладнень, лікування та фізичної реабілітації також хворих є важливим медико-соціальним завданням.

Висновки та перспективи подальших розробок.

1. При побудові комплексу фізичної реабілітації для хворих на метаболічний синдром необхідно враховувати його варіанти, вираженість порушень вуглеводного та ліпідного обміну, а також лікувальні дії фізичних факторів.

2. Застосування диференційованих програм фізичної реабілітації дозволяє досягнути цільових значень артеріального тиску, істотно покращити показники ліпідного обміну, чутливість тканин до інсуліну (за визначенням індексу HOMA) в основному за рахунок зменшення гіперінсулінемії.

3. Профілактика метаболічного синдрому полягає у ранньому виявленні його детермінант, створенні і оцінці специфічних ідентифікаторів (етнічних, генетичних, соціальних), стратегії зниження ризику цукрового діабету і серцево-судинних захворювань.

Подальші наукові дослідження повинні бути направлені на виявлення загальних патогенетичних механізмів, що лежать в основі розвитку цукрового діабету і серцево-судинних захворювань, включаючи і ті, що об'єднуються в метаболічний синдром; саногенетичні механізми дії факторів фізичної реабілітації.





постійно зростає у всьому цивілізованому світі. Однак дані офіційної статистики значно занижені, що пояснюється формуванням їх на підставі звертань за медичною допомогою, а не за активним виявленням [**Ошибка! Источник ссылки не найден.**].

Розповсюдженість бронхіальної астми (БА) зростає у всьому світі. В Україні за останні 10 років рівень захворюваності на БА виріс у 3 рази. Причому збільшується питома вага важких форм (зокрема серед осіб молодого віку), більша частина хворих негайно госпіталізуються до стаціонарів. Із цим пов'язана висока інвалідність і летальність хворих на БА [2].

За даними Національного інституту фтизіатрії і пульмонології імені Ф.Г. Яновського в Україні на бронхіальну астму страждають 2,5 млн. людей. На сучасному етапі спостерігається невпинне зростання захворюваності на БА в Україні, що мотивовано забрудненням довкілля, збільшенням алергізації населення, погіршенням генофонду нації [2].

В умовах вищого навчального закладу (ВНЗ) фізична реабілітація студентів із бронхіальною астмою здійснюється відповідно до навчальної програми з фізичного виховання для спеціальних медичних груп, яка розробляється й затверджується окремо кожним вищим навчальним закладом. Як свідчить досвід, зміст таких програм і методика їх використання не враховує особливості перебігу конкретної хвороби, що не сприяє розв'язанню проблеми покращення фізичного здоров'я студентської молоді. Тому розповсюдженість бронхіальної астми серед студентів вищих навчальних закладів уважається не лише медико-біологічною, а й соціальною проблемою, що потребує розробки новітніх методів і засобів фізичної реабілітації цього контингенту молоді. Бронхіальна астма – це хронічне захворювання, яке має періоди ремісії, і періоди нападів ядухи, яка виникає внаслідок спазму дрібних і середніх бронхів періоди загострення. Основний чинник БА це порушений механізм дихання. Тому важливим для ЛФК являється усунення насамперед нападу, а також відновлення механізму дихання хворого студента з БА [1; 3].

конструктора, пірамідки, мозаїки і іншого інвентаря. В запропонованому комплексі застосовувалися наступні вправи: вправи з масажними м'ячиками.

З огляду на те, що розвиток дрібної моторики кисті займає недостатнє місце в системі фізичної реабілітації на пізньому етапі відновлення, та враховуючи аналіз всіх отриманих результатів, ми можемо зробити висновок, що в загальний комплекс фізичної реабілітації після інсульту на пізньому етапі відновлення важливо включати спеціалізований комплекс вправ, направлений саме на розвиток дрібної моторики кисті.

**Список використаних джерел**

1. Кадыков А. С. Реабилитация неврологических больных / А. С. Кадыков, Л. А. Черникова, Н. В. Шахпаронова. – М. : Мед пресс-информ, 2008. – 560 с.

2. Корнацький В. М. Соціальні та медичні проблеми цереброваскулярної патології / В. М. Корнацький // Український кардіологічний журнал. – 2008. – №1. – С. 121-124.

3. Нивина Ю. В. Восстановление двигательной функции больных церебральным ишемическим инсультом на стационарном этапе реабилитации : автореф дис. ... канд. пед. наук / Юлия Владимировна Нивина. – М., 2005. – 20 с.

4. Руководство по профилактике инсульта у пациентов с ишемическим инсультом или транзиторной ишемической атакой [Електронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.angio. health-ua.com/.

***КУЦ О.О.,*** *викладач кафедри медицини та реабілітації,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***ДОРОШЕНКО О.А.,*** *магістрант 2-го року підготовки,*
*спеціальність «Фізична реабілітація»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ДИХАЛЬНА ГІМНАСТИКА В РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Бронхіальна астма є проблемою надзвичайної актуальності, оскільки захворюваність та смертність від неї





**Список використаних джерел**

1. Баевский Р. М. Анализ вариабельности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем : метод. рекомендации / Р. М. Баевский. – М., 2002. – 53 с.

2. Мітченко О. І. Патогенетичні основи метаболічного синдрому / О. І. Мітченко // Нова медицина. – 2004. – №3. – С. 20-24.

3. Мітченко О .І. Діагностика і лікування метаболічного синдрому, цукрового діабету, прediабету і серцево-судинних захворювань / О. І. Мітченко // Серцево-судинні захворювання: рекомендації: з діагностики і профілактики та лікування. – К. : Моріон, 2011. – С. 68-79.

4. Сіренко Ю. М. Метаболічний синдром у пацієнтів з артеріальною гіпертензією та метаболічні ефекти різних антигіпертензивних препаратів / Ю. М. Сіренко, О. Л. Раковець, С. Ю. Савицький // Артериальная гипертензия. – 2010. – №4. – С. 42-56.

5. Eckel R. H. The metabolic syndrome / R. H. Eckel, S. M. Grundi, P. Z. Zimmet // Lancet. – 2005. – P. 1415-1428.

6. Grundi S. M. A changing paradigen for prevention of cardiovascular disease: enurgence of the metabolic syndrome as a multiplex rish factor / S. M. Grundi // Eur. Heart. – 2008. – Supll.10 (supp.13). – P. 16-23.

***КОСТЮК Н.Ю.,*** *магістрант 2-го року підготовки,*
*спеціальність «Фізична реабілітація»,*
*Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ СПОРТИВНИХ ТРАВМАХ

Заняття спортом, тим більше, якщо це професійний спорт або екстремальні види спорту, такі як, бойові мистецтва, хокей, футбол, кінний спорт, та інші, завжди пов'язані з ризиком травм. Найбільш поширені спортивні травми – це вивихи, розтягнення, переломи, удари, ураження суглобів. Важливим етапом в лікуванні такого роду травм є реабілітація.

Реабілітацією або відновленням після спортивних травм називається процес, під час якого застосовується фізична терапія, мануальна терапія, фізичні вправи, тракційне витягування та інші заходи, спрямовані на повернення спортсмену можливості продовжувати займатися спортом в повному обсязі. Як правило, курси реабілітації проводяться в умовах клініки під суворим наглядом лікарів. Важко переоцінити важливість реабілітації для відновлення фізичних можливостей в повному обсязі, оскільки без ефективного відновлення існує велика ймовірність повторної травми або розвитку ускладнень [1].

Якщо реабілітація здійснюється своєчасно та з урахуванням характеру ушкодження, це суттєво знижує ризик виникнення повторної травми, що в спорті досить поширене явище. Але слід враховувати, що реабілітація може мати два основних напрямки:

1. Полегшення прояву симптоматики пошкодження.
2. Відновлення повної спортивної готовності.

Ці реабілітаційні програми суттєво відрізняються одна від одної не тільки метою, але методиками, інтенсивністю курсу, часом. Для сучасних програм відновлення після спортивних травм характерна мета, яка полягає у виключенні небажаних наслідків іммобілізації пошкоджень. Головні завдання, які ставить перед собою лікар, який займається реабілітацією, – це стимулювання процесів, спрямованих на правильне загоєння травми, підтримання загального стану і відновлення всіх специфічних функцій, які пов’язані зі спортивними заняттями.

Після більшості типів спортивних травм, реабілітаційна програма починається відразу, навіть якщо довелося провести хірургічну операцію. Щоб не допустити дегенеративних процесів у тканинах, відновлення слід починати негайно.

Існує багато клінік, які спеціалізуються на реабілітації після спортивних травм й оснащені спеціальним обладнанням для пасивних рухів. Таким чином, навіть прооперована кінцівка може здійснювати рухи в допустимих межах, незважаючи на те, що пацієнт знаходиться без свідомості або під наркозом. Після виписки додому спортсмен може продовжувати використовувати таке обладнання для прискорення процесу





ситуація суттєво покращується. При цьому слід зазначити, що смертність від інфаркту міокарда знижується й це навряд чи можна пояснити поліпшенням у матеріальній сфері; причина, скоріше, полягає в дієвій реорганізації кардіологічної служби та впровадженні в практику сучасних світових стандартів.

Усе це свідчить про те, що реабілітація хворих після інсульту відіграє велику роль, займає важливе місце і є актуальним напрямом розвитку неврології. Ішемічний інсульт супроводжується низкою неврологічних симптомів. Найчастіше трапляються односторонні моторні й чутливі порушення, вегетативні розлади [3]. Тому на сьогодні актуальна розробка нових комплексних відновлювальних програм, які допоможуть підвищити ефективність реабілітації цього контингенту хворих [1]. Включення в комплексні програми реабілітації, крім традиційних методів, масажу шиатсу та гідрокінезотерапії, посилює вплив на втрачені види чутливості, моторну функцію й координацію, що дасть змогу підвищити ефективність реабілітації хворих на ішемічний інсульт на санаторно курортному етапі та скоротити терміни реабілітації

*Мета дослідження* – удосконалення програми фізичної реабілітації хворих після інсультів.

*Завдання дослідження:*

1. Вивчити досвід використаних засобів фізичної реабілітації хворих після інсультів.
2. Визначити функціональний стан пацієнтів після інсультів.
3. Розробити програму фізичної реабілітації для осіб, які перенесли інсульт.

У дослідженні брали участь 2 групи по 9 осіб з діагнозом геміпарез постінсультного характеру, віком 40-45 років.

Обидві групи досліджених займалися за стандартною методикою ЛФК. Експериментальна група додатково займалася розробленим комплексом з використанням інвентаря для відновлення функцій моторики кисті.

Фізична реабілітація передбачає ефективніше відновлення функцій кисті і рівня адаптаційних можливостей пацієнтів, і включає вправи з використанням спеціальних масажних м’ячиків, гімнастичної палиці, гумового диска, міні тренажерів,

4. Чуприна Г. М. Використання скальпової акупунктури в комплексному лікуванні хворих з лицевим геміспазмом: випадок з практики / Г. М. Чуприна, Н. К. Мурашко, А. І. Галуша та ін. // Матеріали наради-семінару «Сучасні аспекти використання ркфлексотерапії в медичній реабілітації» (Київ, 25-26 листопада 2011 р). – С. 96-98.

***КУЦ О.О.,*** *викладач кафедри медицини та реабілітації, Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***ДОБРЕНКО А.В.,*** *магістрант 2-го року підготовки, спеціальність «Фізична реабілітація», Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ОСНОВНІ АСПЕКТИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПРИ ІНСУЛЬТАХ

На сьогодні основними причинами смерті людства є серцево-судинні захворювання й інсульти [1]. Інсульт посідає друге місце серед хвороб із летальними наслідками, а також є найбільш поширеною причиною втрати працездатності. У світі у 2005 р. він став причиною 5,7 млн. смертельних випадків і прогнозувалося зростання смертності внаслідок інсульту до 6,7 млн. у 2015 р. і до 7,8 млн. у 2030 р. [1; 2; 4].

В Україні склалася вкрай небезпечна ситуація, пов'язана з наслідками інсульту. На відміну від багатьох інших країн, де ця хвороба займає серед причин смертності третє місце, у нас він значно випередив злоякісні новоутворення й упевнено займає друге місце. Смертність від інсульту серед чоловіків у віці 47-74 років становить 606, а серед жінок – 408 осіб на 100 тис. населення. Це, відповідно, в 11,2 і 12,75 рази вище, порівняно зі Швейцарією, і в декілька разів, порівняно з іншими країнами Європи. Навіть порівняно з Росією, від якої Україна мало відрізняється за соціально-економічним розвитком та структурою системи охорони здоров'я, смертність від інсульту серед чоловіків в 1,5 рази, а серед жінок – майже у 2 рази вища [2]. До того ж статистика інсульту в Україні має тенденцію до подальшого погіршення, тоді як у багатьох інших країнах





відновлення [2].

Важко переоцінити важливість ранніх рухів після травми, оскільки завдяки такому підходу можна підтримувати суглоби в хорошій формі, збільшити міцність зв'язок і сухожиль навколо суглобової сумки.

Якщо спортивна травма середньої тяжкості і не вимагає хірургічного втручання, реабілітацію слід починати, як тільки знизиться біль і пройде набряклість. Як правило, це строк від двадцяти чотирьох годин до сімдесяти двох.

Реабілітаційний період завершується, коли функціональність відновлюється на 95%.

**Список використаних джерел**

1. Дубровский В. И. Спортивная медицина / В. И. Дубровский. – М. : Гуманит. изд-во центр ВЛАДОС, 1998. – 445 с.

2. Платонов В. Н. Общая теория подготовки спортсменов в олимпийском спорте / В. Н. Платонов. – К. : Олимп. лит., 2004. – 808 с.

***КУЦ О.О.,*** *викладач кафедри медицини та реабілітації, Вінницький інститут Університету «Україна»;*
***ГОРБУЛЬСЬКА А.С.,*** *магістрант 2-го року підготовки, спеціальність «Фізична реабілітація», Вінницький інститут Університету «Україна»*

## ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ НЕВРИТАХ

Ураження лицевого нерва зустрічаються найчастіше серед патології черепних нервів. Вони складають 2-5% усіх захворювань периферійної нервової системи запально-дегенеративного характеру і посідають перше місце за частотою серед мононевритів та мононейропатій. У різних регіонах світу захворюваність на невропатію лицевого нерва (НЛН) становить від 16,0 до 30,1 на 100 тис. населення. Хворіють на дану недугу люди різного віку, але частіше – молодого та середнього, причому жінки хворіють частіше, ніж чоловіки, що, можливо, пов'язано із більшою вегетосудинною та емоційною лабільністю

у жінок. НЛН призводить до тривалої тимчасової непрацездатності. До того ж, косметичний дефект, який виникає у разі цього захворювання, приносить значні душевні страждання та хвилювання, приводить до інвалідизації працівників деяких професій. Між тим, питання лікування уражень лицевого нерву (ЛН) вирішені далеко не повністю. У багатьох хворих традиційні методи лікування виявляються не досить ефективними. Так, у 8-15% хворих залишається грубий дефект обличчя через залишковий парез мімічних м'язів, а у 16-32% хворих розвивається постневритична контрактура.

Враховуючи високу частоту уражень ЛН та високу частоту ускладнень цієї патології, переважну вражаємість осіб працездатного віку, з одного боку, існуючі проблеми у лікуванні цього захворювання, з іншого боку, зрозуміло інтерес до питань, які торкаються нових підходів у лікуванні цієї недуги.

Однією з найважливіших проблем в неврології є реабілітації пацієнтів після невриту лицевого нерва. Дана патологія призводить до незворотних процесів в тканинах нерва, часто не підлягає відновленню, що призводить до трофічних порушень м'язів обличчя.

Основним клінічним проявом невриту лицевого нерва є асиметрія обличчя. Окрім асиметрії обличчя, 5,74% скаржилися на біль у вусі чи привушній ділянці, 1,64% – на набряк половини обличчя до появи асиметрії, 10,7% – на порушення смаку, 0,82% – на посмикування повіки на ураженій стороні, стільки ж на порушення смаку в поєднанні з посмикуванням повіки, ще 0,82% – на порушення смаку, слуху та посіпування повіки.

За тяжкістю ураження системи «лицевий нерв – мімічні м'язи» за шкалою House-Brackmann у 9,8% хворих мала місце помірна дисфункція лицевого нерва – III ступінь, у 79,5% хворих – дисфункція середньої тяжкості – IV ступінь, у 10,7% хворих – тяжка дисфункція – V ступінь.

Функціональний стан ЛН оцінювали за наступними критеріями: симетрія обличчя у спокої та під час функціонального навантаження, ступінь функціонування окремих гілок ЛН (наморщування чола, обсяг змикання повік, відведення кута рота), наявність синкінезії та спазму мімічних м'язів.





За додатковими окрім асиметрії обличчя симптомами було визначено рівень ураження лицевого нерва: у 87,7% хворих відмічалося ураження лицевого нерва на виході з каналу, що відповідає даним літератури [1, с. 13], оскільки в нижньому відділі каналу, де на рівні шилососкоподібного отвору найбільш потовщений та еластичний епіневрій, а просвіт каналу найвужчий, умови для компресії особливо сприятливі; у 12,3% хворих – внутрішньоканальне ураження, у тому числі в 11,48% із них – до відходження барабанної струни та у 0,82% до відходження стремінного нерва.

За даними опитувальника Вейна, серед хворих із III ступенем дисфункції системи «лицевий нерв – мімічні м'язи» переважали скарги на зміну кольору та похолодання кистей і стоп, підвищену пітливість, порушення функції шлунко-ступені дисфункції скарги мали полісимптоматичний характер: усі відмічали зміни кольору й температури кистей і стоп, порушення функції шлунково-кишкового тракту й порушення сну, значна частина хворих скаржилася на підвищену пітливість і нападопоподібний головний біль, майже половина – швидку втомлюваність, почервоніння чи побліднінння при хвилюванні, відчуття серцебиття. При V ступені дисфункції спектр скарг був такого ж характеру як і при IV ступені, ці хворі частіше відмічали нападопоподібний головний біль і наявність ліпотимічних станів.

**Список використаних джерел**

1. Мачерет Є. Л. Патогенез, методи дослідження та лікування больових синдромів / Є. Л. Мачерет, Г. М. Чуприна, О. Г. Морозова та ін. – Харків : Контраст, 2006. – 167 с.

2. Мачерет Є. Л. Нове у лікуванні невропатії лицевого нерва / Є. Л. Мачерет, Г. М. Чуприна, Т. В. Кулемзіна, О. О. Коркушко, В. В. Поканевич. – Донецьк : Каштан, 2004. – 201 с.

3. Мачерет Є. Л. Обґрунтування використання інфрачервоного лазерного випромінювання для лікування хворих з наслідками перенесеної черепно-мозкової травми / Є. Л. Мачерет, О. О. Коркушко, Г. М. Чуприна // Збірник наукових праць співробітників КМАПО ім. П. Л. Шупика. – Київ : КМАПО. – 1998. – Вип. 7. – Кн. 1. – С. 448-457.