

**Міністерство освіти і науки України
Національний університет
«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»
Комунальний заклад «Харківська гуманітарно-педагогічна академія»
Харківської обласної ради
Дніпровський державний медичний університет
Кам'янець-Подільський національний університет імені Івана Огієнка
Харківська державна академія фізичної культури**

**ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ТА
ЗДОРОВ'ЯЗБЕРЕЖУВАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ: РЕАЛІЇ
ТА ПЕРСПЕКТИВИ**

**Збірник наукових матеріалів XI Всеукраїнської науково-практичної
конференції**

27-28 листопада 2025 року

**PHYSICAL REHABILITATION AND HEALTHSAVING
TECHNOLOGIES: REALITIES AND PERSPECTIVES**

**Collection of materials of the XI All-Ukrainian Scientific and Practical
conferences**

November 27-28, 2025

Полтава 2025

глибини, невпевненість у власних силах та труднощі орієнтації у водному середовищі. Тому на етапі початкового навчання важливо формувати позитивне емоційне ставлення до води, поступово адаптуючи учнів до умов глибокого басейну через ігрові вправи, вправи із зануренням, дихальні вправи та пересування з опорою на доріжку/поплавці.

Методика навчання плавання молодших школярів у глибокому басейні включає ключові компоненти:

- адаптаційний етап, що передбачає знайомство з водним середовищем, вправи на занурення, видих у воду, «зірочку», ковзання;
- вивчення базових рухових дій (робота ногами, руками, синхронізація дихання та гребкових рухів);
- формування навичок самостійного тримання на воді та пересування без опори;
- оволодіння технікою одного або кількох способів плавання (кроль на грудях, кроль на спині, брас);
- оволодіння елементами самопорятунку та безпеки на воді, що є обов'язковою складовою навчального процесу.

Використання допоміжного обладнання у глибокій воді — дошок для плавання, нудлів, поясків, нарукавників — є ефективним засобом поступового зниження страху та забезпечення відчуття безпеки. Обсяг та частка використання засобів підтримки мають зменшуватися у міру засвоєння навичок, з метою формування стійкої здатності триматися на воді самостійно.

Важливим фактором ефективності навчання є індивідуалізація навантаження: діти одного віку нерідко відрізняються за координацією, фізичною підготовленістю та рівнем адаптації до води. Поступове ускладнення вправ, застосування ігрових та сюжетних тренувальних методів підвищують мотивацію та сприяють швидшому засвоєнню техніки.

Безпека у глибокому басейні — базова умова навчального процесу. Інструктор має забезпечити постійний контроль над дітьми, використовувати чіткі команди, інструктувати щодо правил поведінки на воді, контролювати рівень втоми та психоемоційний стан вихованців. Доцільним є співвідношення педагог—діти 1:6–8, що гарантує якісний контроль та індивідуальний супровід.

Отже, навчання плавання дітей молодшого шкільного віку в умовах глибокого басейну вимагає врахування вікових психофізіологічних особливостей, поетапного формування водно-рухових навичок, застосування підтримувальних засобів та ігрових методик. Правильно організована методика забезпечує ефективне опанування технікою плавання, розвиток сили, витривалості, координації, формує навички безпечної поведінки у водному середовищі та створює умови для позитивного емоційного досвіду дитини.

Баковська В. М., магістрант
Полтавський національний педагогічний

ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ АДАПТАЦІЇ ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ: РЕГУЛЯТОРНІ ВУЗЛИ ТА РИЗИКИ ГІПЕРАДАПТАЦІЇ У РЕАБІЛІТАЦІЙНОМУ ПРОЦЕСІ

Сучасна реабілітаційна практика функціонує в умовах тривалого воєнного стану, що потребує системного розуміння внутрішніх механізмів психологічної адаптації переміщених осіб. За останні роки Україна зіткнулася з безпрецедентним рівнем міграційних хвиль, повторних переміщень і хронічних стресорів, що істотно впливає на ефективність відновлення та здатність до реінтеграції. У цьому контексті необхідною стає побудова моделей, які дозволяють реабілітологам працювати не лише з наслідками травматичного досвіду, а й з глибинними механізмами саморегуляції, емоційної інтеграції та відновлення.

Представлене дослідження (N = 57) спрямоване на комплексне вивчення психологічних процесів адаптації переміщених осіб у тривалому стресовому контексті війни. Воно охоплює багатовимірну оцінку саморегуляції, емоційної регуляції, психологічної гнучкості, резильєнтності та соціально-психологічної адаптації за допомогою низки валідних психодіагностичних методик і якісного контент-аналізу інтерв'ю. Важливим для реабілітаційної спільноти є те, що результати роботи не лише фіксують рівні та проблемні зони, але й дозволяють виділити регуляторні вузли, які визначають успішність або зрив адаптаційної траєкторії.

Одним із ключових висновків дослідження є те, що адаптаційний процес не визначається сумарною кількістю стресових подій чи частотою переміщень, а формується через якість внутрішньої регуляції та здатність особистості до психологічної гнучкості. Особи, які мали понад десять переміщень, часто оцінювали власну адаптованість як високу, водночас респонденти з одним-двома переміщеннями демонстрували суб'єктивно низький рівень адаптації. Це свідчить про індивідуальний характер адаптаційного потенціалу та важливість урахування психорегуляторних механізмів при побудові реабілітаційної роботи.

Комплекс дослідження виявив двовекторну модель архітектури адаптації:

1. Підсилювальний (позитивний) вектор, який включає резильєнтність як базовий ресурс, що активує загальний рівень саморегуляції, особливо такі її компоненти, як моделювання ситуацій та програмування дій. Розвинені регуляторні функції у свою чергу забезпечують зростання ключових показників соціально-психологічної адаптації: самоприйняття, прийняття інших, емоційного комфорту, інтернальності. Для реабілітації це означає: зміцнення резильєнтності та операційних навичок саморегуляції має прямий відновлювальний ефект і може бути інтегроване в реабілітаційні протоколи.

2. Ослаблювальний (негативний) вектор, де сприйнятий стрес, брак самооефективності та психологічна негнучкість запускають механізми емоційної дизрегуляції (румінація, труднощі менталізації, уникання), що призводить до зниження адаптації. Для реабілітологів це критично важливо, оскільки саме емоційна дизрегуляція виступає «найближчим маркером» дезадаптації, а психологічна негнучкість — чинником ризику зриву відновлення.

У зіставленні з наявними дослідженнями представлений проєкт вирізняється полікомпонентною операціоналізацією (стрес—резильєнтність — гнучкість —саморегуляція—дизрегуляція—адаптація) та комбінованою методологією, що поєднує кількісну перевірку зв'язків із якісним аналізом інтерв'ю. На відміну від досліджень, що описують загальні профілі або етапність адаптації, дана робота формує карту регуляторних вузлів, яка може бути безпосередньо використана у реабілітаційних програмах як основа для розробки таргетованих інтервенцій.

Одним із найбільш значущих висновків дослідження є опис феномену гіперадаптації — стану, коли людина демонструє зовнішню функціональність при внутрішньому емоційному виснаженні.

Гіперадаптація у дослідженні підтверджена як кількісними показниками (висока поведінкова адаптованість при низькій емоційній інтегрованості), так і якісними інтерв'ю, де респонденти зазначали: «роблю, щоб не відчувати», «не маю права зупинитися», «функціую — але не живу». Для реабілітаційної практики це означає необхідність глибших скринінгів, що виходять за межі спостереження за поведінковою ефективністю.

Підсумовуючи, можна зазначити, що представлені результати дозволяють розглядати адаптацію переміщених осіб як двовекторну регуляторну систему, у якій саморегуляція та емоційна регуляція утворюють центральний механізм управління. Саме ця модель пояснює одночасну наявність високої поведінкової ефективності та внутрішнього емоційного виснаження у частини респондентів і створює основу для розробки індивідуальних та групових реабілітаційних програм.

Батієнко В. О. студентка

Левков А.А. к.мед.н., доцент

Національний університет

«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З НАБУТИМИ ВАДАМИ СЕРЦЯ

Набуті вади серця (НВС) належать до найбільш тяжких і поширених захворювань. Причиною НВС у переважній більшості випадків (75 %) є перенесений ендокардит частіше усього ревматичної етіології. Вади мітрального клапана є найбільш частими серед ревматичних вад серця (РВС). Серед хворих із мітральними вадами на частку стенозу припадає 68,2 %.