

**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**

суб'єктів. Отримані результати дають всебічне уявлення щодо зв'язку між генетичними варіантами та метаболізмом мінералів, та підкреслюють важливість генетичного складу в оптимізації реабілітаційного втручання із застосуванням нутритивної підтримки.

Також наявні дані проведеного систематичного огляду щодо ідентифікації чинників, які впливають на дотримання дієти з низьким вмістом фенілаланіну у пацієнтів з фенілкетонурією. До заключного аналізу було включено сорок дев'ять досліджень. Автори дійшли висновку, що дотримання дієти з низьким вмістом фенілаланіну при ФКУ є багатоаспектною поведінковою парадигмою, на яку має значний вплив взаємодія сімейних, екологічних, терапевтичних та особистісних чинників. Відзначено, що вплив цих чинників розрізняється у вікових групах пацієнтів, що підкреслює необхідність персоналізованого до віку підходу до ведення пацієнтів з ФКУ та реабілітаційного втручання.

Інший огляд відображає питання, які стосуються гіпергомоцистинури у дорослих, що є метаболічним станом, який піддається терапевтичному лікуванню. У дослідженні підкреслено, що особливо важливим є визначення рівню гомоцистеїну у пацієнтів, які перенесли судинні тромботичні стани, а також в осіб з легкими або помірними когнитивними порушеннями, нейропсихіатричними розладами або асоціаціями з очними та скелетними аномаліями. Нутритивний склад раціону із включенням додатків, що містять вітаміни В6 та В12, фолати, бетаїн, є життєвоважливим для постійного підтримання концентрації гомоцистину у плазмі нижче 50 мкмоль/л для зниження ризику судинних подій, що є особливо важливим у реабілітації пацієнта.

Таким чином, аналіз систематичних оглядів значно поглиблює розуміння важливості харчування як одного з основних інструментів комплексної програми реабілітації пацієнтів з ВПМ та демонструє важливість персоналізації нутритивної підтримки для відновлення, розвитку і росту пацієнтів з ВПМ.

**Данильченко А. В.** студентка  
**Кетова О.М. .**, к.мед.н, доцент  
*Національний університет*

*«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»*

## **ПСИХОСОЦІАЛЬНА ПІДТРИМКА СІМ'Ї В СИСТЕМІ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСОБИ**

За результатами досліджень 2023 року, 73% опитаних визнали, що вони або члени їхньої родини/друзі мають потребу в реабілітаційних послугах. Найчастіше респонденти вказували на потребу в допомозі психолога (55%) та фізичній терапії (41%), близько 17% тих, хто потребує реабілітаційних послуг, не отримують їх. Серед внутрішньо переміщених осіб цей впоказник є вищим – 26%. Станом на 1 січня 2020 року в Україні налічувалося 2,7 мільйона осіб з інвалідністю (приблизно 6% населення), з них 160 тисяч дітей. Реальні цифри, ймовірно,

ближчі до міжнародного показника в 15% населення. 48% населення України демонструють помірну або високу тривожність, а 32-39% мають симптоми посттравматичного стресового розладу. 32% домогосподарств повідомляють про те, що діти мають ознаки психосоціального дистресу. Майже половина (45%) батьків повідомляють, що їм важко підтримувати своїх дітей під час кризи. Продаж антидепресантів в Україні зріс на 50% з 2021 року, а кількість звернень зі скаргами на проблеми з психічним здоров'ям зросла вдвічі з 2023 року.

Сім'я є важливим джерелом мотивації, догляду та соціальної інтеграції для особи, яка проходить реабілітацію, а якість сімейних відносин значно корелює з її успіхом. Проводиться перерозподіл сімейних обов'язків та зміна соціальних ролей. Це може спричинити конфлікти та відчуття втрати власної ідентичності, а також часто сім'я обмежують соціальні контакти через необхідність постійного догляду або сорому, що посилює психологічний тиск. Необхідно надати сім'ї достовірну інформацію про стан, потреби особи та процес реабілітації, це зменшить тривогу та сформує адекватні очікування.

Можлива робота з психологом, яка буде спрямована на відновлення функціональних ролей, покращення комунікації та вирішення внутрішньо сімейних конфліктів. Також може допомогти організація зустрічей сімей зі схожим досвідом для обміну інформацією, емоційної розради та зменшення почуття ізоляції.

Існують послуги перепочинку, тобто надання тимчасового догляду за особою, яка потребує реабілітації, щоб основний доглядач міг відпочити та відновити сили. Соціальний працівник виступає як посередник між реабілітаційним центром, медичними службами та сім'єю. Він проводить регулярну оцінку потреб сім'ї для своєчасного надання допомоги, а також надає допомогу сім'ї у пошуку фінансових, соціальних та юридичних ресурсів;

Приклади програм психосоціальної підтримки сім'ї:

- програма "Школа доглядача" або семінари з прав осіб з інвалідністю. Це навчання членів сім'ї практичним навичкам догляду (наприклад, переміщення особи з інвалідністю, годування, гігієна) та навичкам захисту прав особи у медичних, освітніх та соціальних установах;
- групи взаємопідтримки (Self-Help Groups) – це регулярні зустрічі сімей, які мають схожий досвід (наприклад, батьки дітей з аутизмом, дружини ветеранів з ПТСР). Метою цього є зменшення соціальної ізоляції, обмін досвідом, емоційне розвантаження та надання практичних порад;
- програми "Перепочинок" (Respite Care) - це надання тимчасової професійної заміни доглядача (на кілька годин або днів) для особи, яка проходить реабілітацію з метою забезпечення фізичного та

психологічного відпочинку основного доглядача, запобігання професійному вигоранню;

Актуальні виклики у сфері підтримки сім'ї:

- збільшення кількості сімей, які потребують підтримки (ветерани, внутрішньо переміщені особи, цивільні з травмами), що створює перевантаження соціальної системи;

- поєднання фізичних травм з ментальними розладами (ПТСР, тривожні розлади)

вимагає висококваліфікованих мультидисциплінарних команд, яких часто бракує;

- нестача стабільного державного фінансування програм, особливо на рівні громад, що робить їх залежними від грантів та волонтерства;

- більшість якісних послуг зосереджена у великих містах, тоді як сільські та віддалені громади мають обмежений доступ до спеціалізованої допомоги.

**Джурка С.С.**, студент  
**Левков А.А.**, к.мед.н., доцент

*Національний університет*

*«Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»*

### **ПРОГРАМА РОЗВИТКУ СИЛОВИХ ЗДІБНОСТЕЙ ШКОЛЯРІВ 14–16 РОКІВ В УМОВАХ СЕКЦІЙНОГО ТРЕНУВАННЯ**

Фізичний розвиток підлітків 14–16 років є важливою складовою становлення їх загальної працездатності, формування функціональних можливостей організму та профілактики порушень опорно-рухового апарату. У цьому віці відбувається активний ріст м'язової тканини, вдосконалення нервово-м'язової координації, посилення обмінних процесів, що створює сприятливі умови для розвитку силових здібностей. Оптимально організоване секційне тренування дозволяє формувати стійкий інтерес до занять фізичною культурою, стимулювати прагнення до самовдосконалення та підвищувати рівень фізичної підготовленості школярів.

Розроблено програму розвитку силових якостей у юнаків 14–16 років, метою якої є підвищення рівня їх м'язової сили, витривалості, швидкісно-силових якостей, вдосконалення техніки виконання силових вправ та формування навичок самостійної організації рухової активності.

Програма передбачає систематичне застосування вправ з вагою власного тіла (присідання, віджимання, підтягування), тренування з обтяженнями (гантелі, медбол, еспандери), статико-динамічні вправи, колові та інтервальні тренування.

Заняття проводяться 2–3 рази на тиждень у секційній формі, тривалість одного тренування – 60–75 хв. Структура занять включає підготовчу, основну та заключну частини. У підготовчій частині застосовуються загальнорозвивальні вправи, динамічна розминка, спеціальні вправи для активації м'язів-стабілізаторів. Основна частина спрямована на розвиток сили основних м'язових груп, чергування навантажень на верхній та нижній