Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»
Комітет Верховної Ради України у справах ветеранів, учасників бойових дій, учасників антитерористичної операції та людей з інвалідністю
Міністерство освіти і науки України
Міністерство соціальної політики України
Київська міська державна адміністрація
Інститут спеціальної педагогіки НАПН України
Фонд соціального захисту інвалідів
Всеукраїнське громадське об'єднання«Національна Асамблея людей з інвалідністю України»
Фонд імені Фрідріха Еберта в Україні
Українська асоціація маркетингу
Всеукраїнська молодіжна громадська організація студентів з інвалідністю «Гаудеамус»
Благодійний фонд «Добробут XXI століття»

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ НАВЧАННЯ ТА ВИХОВАННЯ ЛЮДЕЙ В ІНТЕГРОВАНОМУ ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ У СВІТЛІ РЕАЛІЗАЦІЇ КОНВЕНЦІЇ ПРО ПРАВА ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

ACTUAL PROBLEMS OF PEOPLE EDUCATION IN INTEGRATED EDUCATIONAL ENVIRONMENT IN THE LIGHT OF IMPLEMENTATION OF THE CONVENTION ON THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES

Тези доповідей

XVII Міжнародної
науково-практичної конференції
(м. Київ, 22 листопада 2017 р.)
Частина 2

Thesis of Speech

XVII International Scientific-practical Conference
(Kyiv, November 22, 2017)
Part 2

Київ
Університет «Україна»
2017

УДК 376-044.247(082)
ББК 74.3я43

Затверджено до друку
Вченою радою Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна»
(протокол №5 від 26 жовтня 2017 р.)

Програмний комітет:

ТАЛАНЧУК Петро Михайлович, президент Університету «Україна», академік НАПН України, доктор технічних наук, професор, Голова Програмного комітету; **КУЧЕРЯВИЙ Іван Тихонович,** перший проректор Університету «Україна», доктор філософських наук, професор; **ДАВИДЕНКО Ганна Віталіївна,** відповідальна за наукову діяльність Університету «Україна», доктор педагогічних наук, доцент, заступник Голови Програмного комітету; **КОРОТЄЄВА Антоніна Вікторівна,** проректор з навчально-виховної роботи Університету «Україна», кандидат економічних наук, доцент; **БУБНИС РЯМІГІЮС,** віце-ректор з освіти, науки та соціального забезпечення Шяуляйського університету, доктор, професор (Литва); **СТАРОСТЕНКО Ганна Вікторівна,** заступник голови Київської міської Державної адміністрації; **ЗАСЕНКО В'ячеслав Васильович,** директор Інституту спеціальної педагогіки НАПН України, академік НАПН України, доктор педагогічних наук, професор; **КОЛУПАЄВА Алла Анатоліївна,** заступник директора Інституту спеціальної педагогіки НАПН України, член-кореспондент НАПН України, доктор педагогічних наук, професор; **АДИРХАЄВ Сослан Георгійович,** директор Інституту соціальних технологій Університету «Україна», доктор педагогічних наук, доцент; **БЕБИК Валерій Михайлович,** завідувач науково-дослідної кафедри суспільно-політичних наук, глобалістики та соціальних комунікацій Університету «Україна»; доктор політичних наук, професор; **МАЛИШЕВ Віктор Володимирович,** директор Інженерно-технологічного інституту Університету «Україна», доктор технічних наук, професор; **СЕРДЮК Людмила Захарівна,** завідувач кафедри психології Університету «Україна», доктор психологічних наук, професор; **ФРИЦЬКИЙ Юрій Олегович,** завідувач кафедри конституційного права та теоретико-правових дисциплін Університету «Україна», доктор юридичних наук, професор; **ЧАЙКОВСЬКИЙ Михайло Євгенович,** директор Хмельницького інституту соціальних технологій, доктор педагогічних наук, професор.

Актуальні проблеми навчання та виховання людей в інтегрованому освітньому середовищі у світлі реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю: тези доповідей XVII Міжнародної науково-практичної конференції, (м.Київ. — 22 листопада 2017 р.). Частина 2. — К.: Університет «Україна», 2017. — 428 с.

У збірнику вміщено тези доповідей XVII Міжнародної науково-практичної конференції «Актуальні проблеми навчання та виховання людей в інтегрованому освітньому середовищі у світлі реалізації Конвенції про права осіб з інвалідністю», в яких відображено широке коло нагальних питань, пов'язаних з освітою, правовим статусом, адаптацією в суспільстві, професійною та фізичною реабілітацією людей з інвалідністю.

Розрахований на науковців, освітян, аспірантів, студентів, працівників служб соціальної допомоги, реабілітаційних центрів, а також всіх осіб, дотичних до надання послуг людям з інвалідністю.

© Університет «Україна», 2017

ВСТУПНЕ СЛОВО

В Університеті «Україна» стало вже доброю традицією проводити Міжнародну науково-практичну конференцію «Актуальні проблеми навчання та виховання людей в інтегрованому освітньому середовищі у світлі реалізації «Конвенції про права осіб з інвалідністю» напередодні Міжнародного дня людей з інвалідністю.

За майже два десятиліття навчання осіб з інвалідністю Університет «Україна» накопичив унікальний досвід організації навчально-виховного процесу в інклюзивному освітньому середовищі і готовий ділитися своїми напрацюваннями з громадськістю так само, як і ініціювати низку змін в організації освітнього процесу у вищій школі загалом.

Навчально-виховні підрозділи університету в усіх регіонах України надають вищу освіту 706 студентам з інвалідністю, з них 449 навчаються в регіональних інститутах ТВСП (224 — на денній, 225 — на заочній формах навчання); у базовій структурі університету в м.Києві навчаються 257 студентів з інвалідністю (176 — на денній, 81 — на заочній формах навчання).

На сьогодні в університеті діє комплексна система супроводу навчання студентів з інвалідністю. Ми маємо певні здобутки в забезпеченні архітектурної безбар'єрності нашого університетського містечка (пандуси, ліфти, звукові сигнали, позначки тощо), подоланні інформаційної бар'єрності навчального процесу, забезпеченні всебічного розвитку особистості студентів з інвалідністю, зокрема зростання їхніх професійних, наукових, творчих та фізкультурно-спортивних здібностей.

Переконаний, що учасники XVII міжнародної науково-практичної конференції глибоко проаналізують теоретико-методологічні та організаційні засади навчання та виховання людей з інвалідністю в інклюзивному просторі та віднайдуть нові конструктивні підходи до практичного вирішення нагальних освітянських і життєвих проблем людей з інвалідністю.

П.М. Таланчук
Президент Університету «Україна»

СЕКЦІЯ ІІІ

МЕДИЧНА, ФІЗИЧНА ТА СПОРТИВНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

АДАПТИВНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА І ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ СТУДЕНТІВ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Адирхаєв С.Г.
доктор педагогічних наук, доцент,
директор Інституту соціальних технологій,
Університет «Україна»
Адирхаєва Л.В.
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання
Університету «Україна»
Голець О.В.
професор Іркутського державного аграрного Університету
ім. А.А. Єжевського
asoslan55@gmail.com

Анотація. *У роботі наведено обґрунтування результатів власних досліджень засобів адаптивного фізичного виховання, що сприяють ефективній професійній адаптації студентів з інвалідністю. Доведено, що ефективність фізичної реабілітації суттєво залежить від опанування навичок користування індивідуальними програмами навантаження. Ці програми враховують особливості нозології, вікові і індивідуальні психофізичні властивості, їх «руховий досвід». Акцентовано увагу на оперативний стан здоров'я, мотивацію до подальшої професійної діяльності. Розроблено методику ефективного використання форм, засобів і методів адаптивного фізичного виховання для молоді з різними нозологіями.*

Annotation. *A ground over of results of own researches of facilities of adaptive physical education, that assist effective professional adaptation of*

students with disability, is in-process brought. It is well-proven that efficiency of physical rehabilitation substantially depends on a capture skills of using the individual programs of loading. These programs take into account the features of nosology, age-old and individual psychophysical properties, them «motive experience». Attention is accented on the operative state of health, motivation to further professional activity. Methodology of the effective use of forms, facilities and methods of adaptive physical education is worked out for young people with different nosologies.

В дослідженнях, присвяченим вивченню проблем інвалідності зазначається, що використання різноманітних форм, засобів, методів адаптивної фізичної культури для молоді з інвалідністю є надзвичайно ефективним чинником досягнення безпосереднього оздоровчого ефекту, підвищення інтелектуальної і фізичної працездатності, пізнання можливостей власного організму, боротьби зі шкідливими звичками, організації корисного і цікавого дозвілля, формування стійкої мотивації та потреби в систематичних, самостійних заняттях фізичними вправами різного спрямування, але головне, активно стимулює процес адаптації до умов навчання, нової соціальної ситуації, стимулює інтерес, мотивацію до здобуття професії та професійної самореалізації.

В результаті досліджень було експериментально обґрунтовано напрямки адаптивного фізичного виховання студентів з інвалідністю, що сприяють їх подальшій ефективній професійній діяльності, а саме:

1) розроблено і впроваджено організаційно-педагогічні підходи до структури та змісту адаптивного фізичного виховання, що спрямовані на навчання руховим діям й підвищення рухової активності, формування професійних умінь та навичок, необхідних у подальшій трудовій діяльності, задоволення потреб, мотивів і інтересів студентів з інвалідністю в педагогічному процесі ВНЗ та повсякденному житті;

2) розроблено систему впровадження спеціальних стимулів, які враховують освітянсько-методичну та професійно-прикладну фізичну підготовку студентів з інвалідністю в виді: рейтингових оцінок теоретичної і фізичної підготовленості, диференційованої оцінки прогресу власного досягнення протягом навчання у вищому закладі, індивідуальних завдань, системи змагань;

3) розроблено методику ефективного використання форм, засобів і методів адаптивного фізичного виховання молоді з різними нозологіями; розвинуто уявлення про власну оптимізацію рухової активності студентів з інвалідністю та їх ставлення до подальшої професійної діяльності. Визначено соціально-психологічні та морфо-функціональні особливості студентів з вадами зору, слуху, опорно-рухового апарату (основну групу серед них представляють студенти з наслідками ДЦП), студентів, які мають соматичні хвороби (серцево-судинні захворювання, епілепсія, рак; цукровий діабет) та особливості проведення занять з адаптивного фізичного виховання, спрямованих на формування професійних умінь та навичок. Доведено, що ефективність професійної реабілітації суттєво залежить від опанування навичками користування індивідуальних програм навантаження, що враховують: особливості нозології, вікові та індивідуальні психофізичні властивості, їх «руховий досвід», оперативний стан здоров'я, мотивацію до подальшої професійної діяльності. Раціональним засобом формування рухових дій виступає організація ефективних рухів не за рахунок акцентування зусиль, а через їх координаційне упорядкування (що дуже важливо враховувати у професійній реабілітації), що потребує пошуку особливих умов їх виконання. Необхідно пам'ятати, що порушення сенсорних систем, особливо зору, опорно-рухового апарату (ампутації, травми хребта, церебральні паралічі, набуті в наслідок недорозвиненість кінцівок) приводять до необхідності значного обмеження можливих відхилень від результату навчання і засобу його досягнення, що переставляє пріоритети цілей навчання руховим діям в напрямку його результату.

Результати дослідження дають підстави стверджувати, що застосування форм, засобів та методів адаптивного фізичного виховання студентів з інвалідністю у навчальному закладі дозволяє знайти найбільш ефективний шлях до поліпшення їхнього здоров'я, підвищення рухової активності, акцентуючи увагу при цьому на їх подальшу професійну діяльність та обраний стиль життя.

РОЗВИТОК ЛОКОМОТОРНОЇ ФУНКЦІЇ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДЦП ЗАСОБАМИ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Адирхаєв С.Г.
доктор педагогічних наук, доцент,
директор Інституту соціальних технологій, Університет «Україна»
Олішинська Т.Г.
магістрантка спеціальності «Фізична реабілітація»,
кафедра здоров'я людини та фізичного виховання
Університету «Україна»
asoslan55@gmail.com

Анотація. *В тезах приведені результати досліджень ефективності фізичної реабілітації дітей дошкільного віку з ДЦП засобами адаптивного фізичного виховання. Розроблено мультидисциплінарний підхід до вдосконалення локомоторної функції дітей з ДЦП. Застосування програми реабілітації дозволило сформувати нові рухові стереотипи, що дало можливість дітям виконувати нові рухові дії і було відображено в оцінці рухових функцій.Застосування експериментальної методики занять з АФК для розвитку локомоторної функції у дітей дошкільного віку з ДЦП сприяло покращенню функціонального стану опорно-рухового апарату.*

Annotation. *The thesis presents the results of research on the effectiveness of physical rehabilitation of preschool age children with cerebral palsy by means of adaptive physical education. A multidisciplinary approach to improving the locomotor function of children with cerebral palsy has been developed. The application of the rehab program allowed the formation of new motorized stereotypes, which enabled children to perform new motor actions and was reflected in the assessment of motor functions. The application of the experimental technique of AFC occupations for the development of locomotor function in preschool children with cerebral palsy contributed to the improvement of the functional state of the musculo-skeletal system.*

Дитячий церебральний параліч за останні роки став одним з найбільш поширених захворювань нервової системи в дитячому віці в усіх країнах світу. Це захворювання,що важко інвалідизує дитину, не тільки вражає рухову систему, а й викликає порушення мови та інтелекту. Клінічні прояви і проблеми, пов'язані з ДЦП, можуть коливатися від дуже незначних до сильно виражених. Важкість проявів пов'язана зіступенем пошкодження мозку. ДЦП в 100% випадків призводить до рухових порушень, в 75% —

до мовних і в 50% — психічних розладів. Фізична реабілітація хворих з ДЦП обумовлена гострою необхідністю кращого розвитку моторних функцій у малюків та їх пристосування до навколишнього середовища, а також покращення рівня самообслуговування дітей. В даний час проблема профілактики, лікування та соціальної допомоги дітям, хворим на церебральний параліч,є однією з провідних в лікуванні.

Мета дослідження: вдосконалення локомоторної функції у дітей дошкільного віку з наслідками ДЦП засобами, розробленої нами, програми адаптивного фізичного виховання.

Об'єктом дослідження є адаптивна фізична культура дітей дошкільного віку з церебральним паралічем.

Предметомдослідження є методика занять для розвитку локомоторної функції у дітей дошкільного віку з церебральним паралічем засобами адаптивної фізичної культури.

В дослідженні брали участь діти дошкільного віку з наслідками ДЦП ДНЗ №591 м. Києва (4–6 років, 30 дітей).

Нами розроблена експериментальнамультидисциплінарна методика занять з адаптивної фізичної культури. Заняття проводяться з використанням тотального ігрового методу,щозначно сприятиме кращому залученню дітей до занять, поліпшенню загальної рухової активності, опірності, координації та орієнтуванню у просторі.В дослідженні науководоведеномультидисциплінарний підхід, до складу якоговходить:робота з батьками, мотивація батьків до спільної діяльності зі спеціалістами,співпраця всіх спеціалістів в роботі з кожною дитиною окремо,складання спеціалістами диференційованого та індивідуального плану занять, міждисциплінарний огляд дітей спеціалістами (спільна діяльність інструктора-методиста ЛФК з лікарем, невропатологом, дефектологом, психологом, логопедом, фізіотерапевтом, масажистами та батьками).

Мультидисциплінарний підхід на заняттях з АФК для дітей дошкільного віку з наслідками ДЦП показав достовірний вплив на покращення функціонального стану моторних функцій дошкільників.

Запропонована нами експериментальна методика занять з АФК для розвитку локомоторної функції з застосуванням мультидисциплінарного підходу та засобів АФК (заняття, ранкова гімнастика та гімнастика пробудження після денного сну, рухливі ігри, заняття на тренажерах, пальчикова гімнастика), розв'язують оздоровчі, навчальні та корекційні завдання, які спрямовані на зменшення рухових порушень, сприяють підвищенню рухової актив-

ності, покращенню координації та орієнтуванню в просторі дітей дошкільного віку з наслідками ДЦП.

Застосування експериментальної методики занять з АФК для розвитку локомоторної функції у дітей дошкільного віку з церебральним паралічем сприяло покращенню функціонального стану опорно-рухового апарату в порівнянні з дітьми, які не займались за програмою. У експериментальній групі достовірний приріст результатів зафіксований по всім показникам.

Застосування вдосконаленої програми реабілітації дозволило сформувати деякі нові рухові стереотипи, що дало можливість дітям виконувати нові рухові дії і було відображено в оцінці рухових функцій. Усі вищезазначені зміни дозволили збільшити кількість дій із самообслуговування, якими володіють малюки, що також відобразилося на оцінці основних рухових функцій.

Отримані результати розширюють систему уявлень про комплексне використання різних засобів АФК (лікувальної гімнастики, механотерапії, фітбол-гімнастики, корекційно-розвивальних рухливих ігор, пальчикової гімнастики в поєднанні з мультидисциплінарним підходом.

Розроблено і впроваджено в практику ігрові заняттяз АФК для дітей дошкільного віку з церебральним паралічем в спеціалізованих дошкільних закладах.Матеріали дослідження, висновки і рекомендації можуть бути використані при підготовці фахівців з АФК, на курсах підвищення кваліфікації інструкторів з фізкультури дошкільних закладів, вихователів дошкільних закладів та реабілітаційних центрів.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З НАСЛІДКАМИ ДЦП«СЕРЕДНЯ СТУПІНЬ ЗАХВОРЮВАННЯ»

Адирхаєва Л.В.
к. пед. наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Інституту соціальних технологій, Університет «Україна»
Петриковець Я.В.
студент магістратури спеціальності «Фізична реабілітація» Університет «Україна»
gadikoriginal@gmail.com

Анотація. *В даній роботі висвітлена актуальність проблеми Дитячого церебрального паралічу форми захворювання, що являють собою це захворювання та наслідки ускладнення при ДЦП. Теорії,*

стосовно причин виникнення та формування. Доведено ефективність лікувальної фізичної культури в боротьбі з цими захворюваннями.

Annotation. *This article deals with the urgency of the problem of cerebral palsy forms of the disease that represent the disease and the consequences of complications of cerebral palsy. Theories on their origin and formation. Proven effectiveness of therapeutic physical culture in the fight against these diseases.*

Соціальна значимість цієї проблеми настільки велике, що цілком закономірне все збільшуваний до неї інтерес. Дитячий церебральнийпараліч є захворюванням центральної нервової системи, провідним як до руховим порушень, а й що викликають затримку чи патологію розумового розвитку, мовну недостатність, порушення слуху і зору т.д. Важкість інвалідизації у 20–35% хворих виявляється настільки значної, що де вони обслуговують себе, не пересуваються, виявляються не здатні навчання. Важливість цієї проблеми визначається дедалі більшого поширеністю та соціальній значимістю захворювання, манливого у себе важку інвалідизацію.

Дітям з таким серйозним захворюванням, як церебральний параліч важлива не тільки медична, але і педагогічна допомога. Їхнім батькам потрібно разом з фахівцями — педагогами, лікарями скласти єдиний комплекс впливу на дитину. Дітей необхідно навчати правильним рухам, застосовувати відповідну дефекту лікувальну гімнастику роботу на тренажерах, водолікування, тривалий масаж, ортопедичні засоби. Величезне значення має рання логопедична робота. Ефективність фізіотерапевтичного та логопедичного впливу зростає за рахунок медикаментозного лікування. Разом з тим повинна проводитися необхідна корекційна робота, спрямована на загальний розвиток дитини, попередження виникнення у нього небажаних особистісних рис, таких як упертість, дратівливість, сльозливість, невпевненість, боязкість і т.п. Необхідно формувати пізнавальну діяльність малюка, виховувати активність і різноманітність інтересів, тим більше, що у багатьох дітей з ДЦП є потенційно збереженим передумови до розвитку мислення, в тому числі і його вищих форм. Дуже важливе виховання міцних навичок самообслуговування і гігієни, а також інших побутових навичок. Дитина повинна твердо знати, що він має обов'язки, виконання яких значимо для інших членів сім'ї, і прагне справлятися з ними. Постійне дотримання режиму, спокійна доброзичлива обстановка в сім'ї сприяють зміцненню нервової системи дитини, його розумовому, фізичному і моральному

розвитку. Дитину з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, як і всякого іншого, необхідно всіляко оберігати від травм. Проте його не можна постійно захищати від труднощів. Виростаючи в тепличних умовах, він згодом виявиться безпорадним, непристосованим до повсякденного життя. Дуже важливо сформувати у нього правильне ставлення до себе, до своїх можливостей і здібностям. Для цього слід багаторазово підкреслювати, що поряд з вадами у нього є великі достоїнства, що він зможе багато чого добитися в житті, якщо докладе зусиль. Деякі діти з порушеннями опорно-рухового апарату до школи виховуються вдома. Інші відвідують спеціальні дитячі сади. Для більш старших організовані спеціальні школи, частина з них інтернатного типу. Навчання в них проводиться за програмами масових шкіл. Надалі випускники отримують можливість мати різні професії з урахуванням їх фізичних особливостей.

Висновки. ДЦП продовжує залишатися станом, що обумовлює значну частину випадків інвалідності серед дитячого та дорослого населення, що істотно знижує працездатність і якість життя, а також збільшує соціальну дезадаптацію пацієнтів.

Комплексний підхід до терапії та реабілітації хворих ДЦП, використання нових ефективних фармакологічних засобів різнопланового дії дозволяє не тільки компенсувати наявні у них неврологічний дефіцит, але і поліпшити якість їхнього життя і добитися адекватного рівня з соціалізації.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ З ДЦП ТА МЦД В УМОВАХ ШКІЛЬНОГО ІНКЛЮЗИВНОГО ПРОСТОРУ

Адирхаєв С.Г.
доктор педагогічних наук, доцент, директор Інституту соціальних технологій, Університет «Україна»
Туровець Г.М.
аспірант спеціальності «Фізична реабілітація»
Університет «Україна»
turovets.anna@gmail.com

Анотація. *Сучасна освіта України ввійшла в еру інтенсивного впровадження інклюзивного простору, який базується на вихованні відчуття рівності, толерантності. Повноцінна інтеграція інклюзивного навчання не можлива беіз активної участі мультидисцплінарної*

команди. Відповідно до концепції розвитку інклюзивної освіти необхідна розробка та впровадження етіопатогенетично обумовленої фізичної реабілітації для дітей з порушенням психофізичного розвитку, яка буде зрозумілою та доступною для фахівців загальноосвітніх шкіл. Підвищення фізичної активності дітей з особливими потребами, пролонгована фізична реабілітація без відриву від шкільного навчання дозволить максимально адаптувати дану категорію дітей до подальшого суспільного життя.

Annotation. *Modern Ukrainian education entered into the era of intensive implementation of inclusive field which is based on the education of equality, tolerance to the people with special needs. The full integration of inclusive education is impossible without active participation of specialists. Due to the conception of inclusive education development it is necessary to make and implement the ethiopathogenetic physical rehabilitation for the children with mental and physical disturbances, which will be intelligible and accessible for specialists of comprehensive schools.*

Increasing of physical activity of the children with special needs, the prolonged physical rehabilitation without separation from studying process will maximally help to adapt such category of children to the further social life.

Надання якісної інклюзивної освіти школярам з ДЦП потребує розуміння особливостей розвитку центральної нервової системи, опорно-рухового апарату, психоемоційної сфери, когнітивних функції; вміння коректної розробки ІПР (індивідуальної програми розвитку) з адаптацією шкільного простору відповідно до індивідуальних потреб кожної дитини.

Якісне впровадження інклюзії потребує інтенсифікації теоретичних розробок та практичного впровадження програм з фізичної реабілітації/терапії порушень центральної нервової системи/ опорно-рухового апарату, які базуються на етіопатогенетичному принципі.

Метою роботи є надання якісних послуг з фізичної реабілітації/терапії для дітей 6–18 років в рамках загальної шкільної освіти.

Матеріали та методи. Проведено комплексний діагностичний аналіз кінезіологічного стану опорно-рухового апарату 94 школярів з ДЦП та МЦД, які навчаються в інклюзивних класах загальноосвітньої школи; розроблено та впроваджено в роботу індивідуалізовані програми фізичної реабілітації, які включено в ІПР.

З 2015/2016 навчального року на базі загальноосвітньої школи №168 м. Києва започатковано розробку програми з фізичної реабі-

літації для дітей з особливим потребами. В умовах школи, яка впроваджує в свою роботу інклюзивну освіту, є можливість вибору форм і методів фізичної реабілітації.

Таймінг фізичної реабілітації для дітей з особливими потребами, які навчаються в інклюзивному середовищі, відрізняється від короткочасних програм в умовах реабілітаційних центрів, і може тривати протягом всього часу навчання дитини у школі.

Індивідуальний підбір фізіотерапевтичного комплексу базується на особливостях розвитку опорно-рухового апарату дитини з урахуванням ключової дисфункції, дисбалансу міофасциальних ланцюгів, наявності суглобових контрактур. При виборі методів фізичної реабілітації враховується мінімальний кінестетичний дисбаланс тонусу м'язів, який спричиняє розвиток порушень постави при різноманітних ураженнях центральної та периферичної нервової системи. Оцінка стану опорно-рухового апарату проводиться за алгоритмом, протокол якого розроблений у рамках науково-дослідницької роботи, яка проводиться на базі загальноосвітньої школи №168 та реабілітаційного центру Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна».

На основі отриманих даних розробляється індивідуалізована програма фізичної реабілітації школяра. Основою комплексної індивідуалізованої програми фізичної реабілітації є:

– індивідуальна робота з дитиною і батьками, яка складається з поглибленого вивчення анамнезу захворювання, комплексного антропометричного, неврологічного, мануального обстеження, вивчення соматогностичної функції та пропріоцептивної сфери;

– складання індивідуальної карти рухових порушень, виявлення ключової дисфункції;

– корекція провідних тонічних рефлексів; соматогнозису;

– кінезіотерапія; відпрацювання біомеханіки рухів.

Результатом комплексної реабілітаційної роботи в умовах школи є позитивна динаміка рухової активності за шкалами GMFCS, MACS, аналоговою кінестетичною шкалою тонусу м'язів, збільшення амплітуди рухів суглобів у школярів, які мають ураження ЦНС за типом ДЦП та МЦД.

СУЧАСНІ МЕТОДИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ

Андрієнко В.А.
IV курс, група Пз-43/15К,
спеціальність «Правознавство», коледж «Освіта»
andrienkoviktoria2@gmail.com
Науковий керівник: ***Сердюк Є.В.****, доцент кафедри конституційного права та теоретико-правових дисциплін,*
Інститут права та суспільних відносин,
Університет «Україна»

Анотація. *В статті представлено метод реабілітації дітей з глибокими порушеннями слуху шляхом кохлеарної імплантації. Автором розкрито сутність застосування методу, його специфіку, окреслено сурдопедагогічну допомогу, наголошено на необхідності просвітницької діяльності серед батьків.*

Annotation. *Modern methods of rehabilitation of children with hearing impairment This paper presents a method of rehabilitation for children with profound hearing through cochlear implantation. The author reveals the essence of the method, its specificity outlined surdopedahohichnu help stressed the need for outreach among parents.*

Поняття «порушення слуху» використовується для всіх видів і ступенів порушення слуху, які умовно можна розділити на дві категорії: туговухість та глухота. Глухота та глибокі втрати слуху суттєво впливають на розвиток особистості людини. Глухі люди, а особливо глухі діти, обмежені в реалізації свого життєвого потенціалу, оскільки зазнають значних труднощів у повсякденному житті, при навчанні, спілкуванні з родиною, з друзями та колегами. При цьому поняття «глухота» передбачає наявність у дітей остаточного слуху. Діти, у яких взагалі немає слуху, зустрічаються досить рідко.

За допомогою найновішої медичної, технічної та корекційної технології більшість дітей з порушенням слуху можуть успішно чути звуки, яких вони раніше не могли чути. Сучасні адаптивні цифрові слухові апарати та системи кохлеарної імплантації надають користувачу реальну можливість чути та розрізнювати мовні й оточуючі звуки в будь-якій ситуації [2, с. 14–15].

Сучасні досягнення науки, в тому числі техніки, медицини, сурдопедагогіки, обумовили розробку високих технологій, необхід-

них для практичного вирішення більшості проблем дітей та дорослих з порушеннями слуху. На сьогодні в якості одного з найбільш перспективних технічних напрямків для реабілітації людей з порушеннями слуху, насамперед дітей, і наступної інтеграції їх в середовище чуючих, є кохлеарна імплантація — революційний крок у слухопротезуванні, що здійснюється шляхом хірургічного втручання. Застосування кохлеарних імплантів стало загальновизнаним методом лікування сенсоневральної туговухості високого ступеня та глухоти.

На відміну від слухового апарату, кохлеарний імплант виконує функцію пошкодженого завитка шляхом вживляння системи електродів безпосередньо у внутрішнє вухо, яке перетворює акустичні сигнали в електричні імпульси, стимулюючи волоскові клітини. Вони передають інформацію до волокон слухового нерва, який передає інформацію про слухові відчуття в мозок для подальшої обробки [1, с. 48–49].

Головна користь від кохлеарної імплантації полягає в тому, що у людини з порушеннями слуху з'являються всі умови для подальшого ефективного навчання, праці та відпочинку нарівні з чуючими людьми, для реалізації своїх устремлінь та бажань, повноцінного розкриття власних можливостей, покращання практично всіх сторін не лише свого життя, але й життя рідних, близьких і друзів. Діти, яким в ранньому віці встановили кохлеарний імплант та провели необхідну реабілітацію, досягають значних результатів у оволодінні мовою, що дозволяє їм вести активне соціальне життя [4, с. 7].

Важливою основою для цього є раннє втручання, яке охоплює ранню діагностику порушення слуху, оптимальне бінауральне слухопротезування, психологічний, сурдопедагогічний та технічний супровід батьків дітей з порушеннями слуху.

Раннє втручання починається з найменшого віку і поступово переходить в корекційно-розвивальну роботу в спеціальних групах дитячих закладів зактивним та цілеспрямованим супроводом батьків в системі підготовки дитини до навчання в школі [2, с. 5].

Сучасна технологія бінаурального слухопротезування, яка реалізована за допомогою адаптивних цифрових слухових апаратів та систем кохлеарної імплантації, надала більшості їх користувачів реальну можливість краще чути та спілкуватися в різних акустичних умовах. Але навіть самі сучасні технології для покращення слуху, які реалізуються в пристроях, якщо їх застосовувати

монауральнo, тобто на одному вусі, не можуть в повній мірі відновити комунікативні функції слабочуючої, а особливо глухої людини.

Під час слухання одним вухом людина відчуває значні ускладнення у визначенні місця розташування джерела звуку у просторі та з розбірливістю мови під час шуму. Бінауральна (два СА), білатеральна (два КІ) або бімодальна (СА та КІ) стимуляція органів слуху забезпечує реальну можливість зберегти та розвивати слухові навички, оскільки в нормі будова слухового органу дає можливість людині легко та впевнено локалізувати джерела звуку, визначати напрямок їх руху в просторі, а також розбирати та розуміти розмовну мову в складних акустичних умовах [2, с. 24].

Кохлеарна імплантація незвичайна операція, вона закладає фундамент для формування у дитини нових функціональних систем (слухової, слухозорової, слухомовленнєвої), для зародження і розвитку усної мови. Тому всі фахівці, які приймають участь в підготовці дитини і батьків до операції, повинні не лише пояснювати батькам механізм оперативного втручання, але і обов'язково надавати рекомендації щодо необхідності проведення щоденних занять з дітьми в післяопераційний період.

Важливо враховувати, що у переважної більшості дітей порушення слуху виникають на 1–3-у році життя, тобто в домовленнєвий період або в період становлення мови. Своєчасний і правильний діагноз порушень слухосприймання дає можливість як найраніше розпочати реабілітацію і 10–13].

Встановлено, що діти після кохлеарного слухопротезування у 5–6 разів частіше навчаються в загальноосвітніх масових школах, ніж діти зі слуховими 7 апаратами. Зокрема, відомо, що через 8–10 років після проведення операції з кохлеарної імплантації витрати на неї не лише відшкодовуються, але й дають великий економічний і, особливо, соціальний ефект: людина з кохлеарним імплантом працює, емоційна, гармонійна сама і гармонізує найближче оточення (мається на увазі спілкування, відсутність тривожності, напруженості, пов'язаних з порушенням слуху, побутова комфортність тощо), здатна утримувати себе і родину, приносить користь суспільству [4, с. 7].

Отже, метод кохлеарної імплантації на сьогодні є найбільш ефективним, безпечним і надійним методом реабілітації як дорослих, так і дітей з важкими 10 порушеннями слуху і глухотою. Тому якщо дитині поставлено діагноз «глухота», це не означає, що вона не зможе чути. Сучасні технології і правильно організована та про-

ведена слухомовленнєва реабілітація дають справжню можливість людям поліпшити або повністю відновити слухове сприймання, отримати можливість для спілкування, а отже — можливості розвиватися і жити повноцінним життям, постійно підвищуючи його якість.

Постійне партнерство між фахівцями та батьками, своєчасно проведені аналізи, належним чином організована коррекційно-розвиткова робота є гарантами вдалої слухомовленнєвої реабілітації дітей з порушеннями слуху та підготовки їх до навчання в масовій школі.

Література

1. Дитина зі світу тиші: на допомогу батьками нечуючої дитини /наук.-метод. посіб. / Укл. Н.А. Зборовська та ін., за ред. С.В. Кульбіди. — К.: СПКТБ УТОГ, 2011. — С. 53.

2.Мороз Б.С., Овсяник В.П., Луцько К.В. Корекційні технології у слухопротезуванні дітей. — К., 2008. — С. 5, 7–9, 14–15.

3. Рання педагогічна корекція відхилень у розвитку дітей з порушенимслухом // Наше життя. — 2008. — 27 червня. — С. 8.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ПІДЛІТКІВ ЗІ СКОЛІОЗОМ

Анікієнко А.А.
студентка магістратури спеціальності «Фізична реабілітація»,
Університет «Україна»
Адирхаєва Л.В.
к. пед. наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання
Інституту соціальних технологій,
Університет «Україна»
anikienko.alla@yahoo.com

Annotation. *Different opinions exist about the efficacy of conservative scoliosis treatment. Because this divergence of opinion corresponds to a great variety of standards applied, it is also not surprising that the results of conservative treatment differ a lot. Scoliosis normally does not have such dramatic effects that immediate surgery would be indicated. Moreover, it is clear that functional and physiological impairments of scoliosis patients—including pain, torso deformity, psychological disturbance and pulmonary dysfunction—require therapeutic intervention. The triad of out-patient physiotherapy,*

intensive in-patient rehabilitation and bracing has proven effective in conservative scoliosis treatment in central Europe. Indication, content and results of the individual treatment procedures are described and discussed. The positive outcomes of this practice validate a policy of offering conservative treatment as an alternative to scoliosis patients, including those for whom surgery is discussed.

Сколіоз — це широке поняття, що включає в себе морфо-функціональні зміни організму людини, які виникають внаслідок викривлення хребта і проявляється змінами діяльності дихальної, серцево-судинної, нервової систем, опорно-рухового апарату тощо. Дана патологія була відома ще у давні часи. Уже тоді сколіоз відносили до тяжких порушень фізичного розвитку. Сколіоз є небезпечною хворобою, адже порушення рівноваги, особливо з боку «основної опори» людського організму тягне за собою ряд важких наслідків, що значно погіршує якість життя і, як наслідок, здатні досить вагомо зменшувати тривалість життя у цілому. Сколіоз являє собою прогресуюче захворювання, що характеризується дугоподібним викривленням хребта у фронтальній площині й скручуванням хребців навколо вертикальної осі — торсія. У процесі фізичного розвитку людини формується її постава, яка може бути патологічною, тобто провісником розвитку захворювання хребта або сприяти розвитку дегенеративно-дистрофічних процесів у хребті. При обстеженні важливе значення має виявлення патологічної постави, її корекція. У дітей і підлітків часто розвивається сколіотична хвороба, яка потребує комплексного ортопедичного лікування, оскільки у нелікованих хворих або при пізній діагностиці настає тяжка інвалідність. Дегенеративно-дистрофічні захворювання хребта, які виникають у молодому і середньому віці, за статистичними даними, приводять до тривалої тимчасової або й постійної непрацездатності.

Сколіотичні порушення хребта вважають одними з найбільш складних вад опорно-рухового апарату людини. Сколіоз називають біологічною трагедією людства. За статистичними даними вчених Європи у понад 95%, а в Україні та країнах СНД — майже у 98% дітей виявляється така патологія. При проявах сколіозу відмічаються порушення не тільки функцій опорно-рухового апарату, але і виникнення та розвиток негативних зрушень у функціонуванні внутрішніх органів, серцево-судинної, дихальної, нервової систем, що первинно обумовлено процесом патологічного викривлення хребта.

При обстеженні дитячого населення з метою виявлення розповсюдженості сколіозу обовязково треба враховувати два факти, котрі безпосередньо впливають на достовірність отриманих результатів. У дітей раннього віку функціональні сколіози, точніше, патологічні різновиди постави автоматично включаються у статистичні дані, що автоматично збільшує відсоток сколіотичних деформацій. Проте не можна враховувати, що при однократному огляді неможливо уникнути цієї помилки. Разом із цим, невеликі сколіотичні деформації, особливо у поперековій зоні, часто залишаються поза полем зору лікаря, який обстежує дітей і виявляються у дорослих у звязку з розвитком остеохондрозу і розвитком больового синдрому. Наявність цієї групи хворих змінює співвідношення у бік зменшення числа справжніх структуральних сколіозів, що відображається не лише на загальній розповсюдженості сколіозів, а й на співвідношенні легких і важких форм сколіотичної хвороби. Виявлення легких форм сколіотичної деформації (справжніх структуральних сколіозів) набуває великого значення при дослідженні спадковості. Так, нерідко у сімях легкі форми сколіозу у батьків повязуються з тяжкими формами сколіозу у дітей, особливо якщо ці деформації у батьків і дітей за рівнем та характером не співпадають. Даний факт заслуговує на увагу і свідчить про необхідність враховувати навіть незначні сколіотичні деформації як у дітей, батьків, так і у їх предків (із анамнезу). Слід враховувати, що у невеликої групи дітей і батьків сколіоз проявляється лише торсією хребців, яка розповсюджується майже на увесь хребет. Клінічно у них виявляється стійка фіксована паравертебральна асиметрія та асиметрія грудної клітки, що зберігається в положенні нахилу та у положенні лежачи. Для таких випадків характерне не прогресуюче протікання. На рентгенівському знімку майже неможливо виявити границі дуги по нахилу хребців, однак торсія хребців на великій ділянці виявляється чітко і відповідає клінічно виявленій паравертебральній асиметрії та деформації грудної клітини.

Таким чином, із аналізу найбільших праць у галузі розповсюдження сколіотичних деформацій серед дитячого населення випливає, що сколіоз серед дитячого населення зустрічається у 2 до 5 і навіть 9% випадків. Тяжкі деформації складають 0,5–0,6%. Здавалось би, що відсоток не великий, проте в абсолютних цифрах дана група досить велика, якщо враховувати тривалість і важкість лікування цих дітей.

Література

1.Белая Н.А. Лечебная физкультура и массаж / Н.А. Белая. — М.: Советский Спорт, 2004. — 176 с.

2. Белохвостова Г.П., Егоров Г.С. Организация раннего выявления, лечения и профилактики пороков осанки и сколиозов в условиях городского врачебно-физкультурного диспансера // Здоровье. — 1991. — №9. — С. 2–3.

3. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура / В.И. Дубровский. — М.: «ВЛАДОС», 2004. — 624 с.

4. Asklepios Katharina Schroth Spinal Deformitites Rehabilitation Centre, Bad Sobernheim, Germany. weiss.scolio.aksk@t-online.de Pediatr Rehabil. 2003 Jul-Dec; 6(3–4):183–94.

ТЕХНОЛОГІЇ ЗАЛУЧЕННЯ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ ДО САМОСТІЙНИХ ЗАНЯТЬ ФІЗИЧНИМИ ВПРАВАМИ

Бабчук Г.І.
викладач кафедри здоров'я людини і фізичної реабілітації
Хмельницького інституту соціальних технологій
Університету «Україна»

Анотація. *Систематичні заняття фізичними вправами підвищують психічну стійкість до емоціональних стресів, підтримують розумову працездатність на оптимальному рівні. Обов'язкових занять фізичними вправами недостатньо для підвищення фізичного стану молодих людей. Тому, гостро постає проблема розробки технології формування у молоді потреб до самостійних занять фізичними вправами. Таким чином запропонована технологія підготовки молодих осіб до самостійних занять фізичними вправами є комплексною, з використанням великої кількості засобів і методів впливу зорієнтованих на особистість кожного.*

Annotation. *The systematic physical exercises promote psychical firmness to emotional stresses; support a mental capacity at optimal level. Obligatory physical exercises are not enough to increase physical state of young people. That's why, the problem of development of the technology of formation in youth the necessity to do physical exercises independently is very actual. Thus offered technology of preparation of young people to the independent execution of physical exercises is complex, with the use of plenty of facilities and methods of influence oriented on everybody's personality.*

Тенденції розвитку подій у цьому плані показують, що роль домашніх завдань, самостійних занять фізичними вправами постійно зростає. Трансформується і роль заняття з фізичної культури. На ньому вчать, як займатися фізичними вправами, формують стійку потребу в щоденних самостійних заняттях. Першим кроком до самостійних занять фізичними вправами є домашні завдання. Через них поступово формується звичка до систематичних занять, виконання яких стає потребою фізичного самовдосконалення. Вони повинні бути не епізодичними, а становити певну систему діяльності викладача і роботи молодих людей протягом календарного року.

Науковими дослідженнями доведено, що систематичні заняття фізичними вправами підвищують психічну стійкість до емоціональних стресів, підтримують розумову працездатність на оптимальному рівні. Обов'язкових занять фізичними вправами недостатньо для підвищення фізичного стану молодих людей. Тому, гостро постає проблема розробки технології формування у молоді потреб до самостійних занять фізичними вправами. У науково-методичній літературі постійно звертається увага на необхідність самостійних занять фізичними вправами [1, 2]. Розроблені окремі методики для самостійного виконання фізичних вправ [1]. Водночас в них не розроблено технологію підготовки молоді до самостійних занять фізичними вправами, що обумовило актуальність дослідження.

Мета роботи полягає у розробці технології залучення молоді до самостійних занять фізичними вправами. В процесі формування у молодих осіб вмінь самостійно займатися фізичними вправами ми керувалися рекомендаціями Б. ШИяна [3]: пропонували вправи для самостійного виконання тільки після того, як вони будуть добре засвоєні на занятті в присутності тренера-викладача. Доводили до свідомості молоді, що досягти помітних результатів можна лише за умови тривалих і наполегливих тренувань.

Сучасні оздоровчо-реабілітаційні системи спрямовано на досягнення єдиної мети, що полягає у зміцненні здоров'я, підтримки високого рівня фізичної і розумової працездатності. Відзначимо, що освітній предмет з фізичної культури у вищому навчальному закладі — це одна з основних дисциплін покликана формувати спеціальні знання, уміння і навички по використанню засобів фізичної культури з метою забезпечення: оптимальної життєдіяльності організму, тілесного і інтелектуального самовдосконалення.

Індивідуальні комплекси фізичних вправ, підібрані для виконання в домашніх умовах, повинні викликати у молодих осіб особистий інтерес і позитивні емоції, комплексно впливати на рухові функції. Встановлено, що досягнути оздоровчого ефекту в процесі самостійного виконання фізичних вправ можна лише при дотриманні основних принципів: поступовості, систематичності, адекватності і різнобічної спрямованості тренувань. У сучасних умовах використовують, зазвичай, три варіанти основних фізкультурно-оздоровчих програм.

На наш погляд, у в програму самостійних занять фізичними вправами доцільно застосовувати оздоровчі програми, які зумовлені; такими положеннями:

1. Протягом досить тривалого часу є змога виконувати різноманітні вправи, змінювати навантаження, раціонально чергувати навантаження і відпочинок.

2. Заняття однією фізичною вправою на початкових етапах тренування шляхом розвитку окремих фізичних якостей підвищує загальний рівень здоров'я і працездатності.

3. Оздоровчі заняття з різною спрямованістю засобів залучають до роботи велику кількість м'язів, що забезпечує різнобічний фізичний розвиток людини, вдосконалення всіх його органів і систем.

Для того, щоб процес комплексного самостійного тренування давав найкращий результат, забезпечуючи високий рівень здоров'я, необхідно раціонально поєднувати засоби різної спрямованості. Дуже важливо визначити співвідношення засобів оздоровчого тренування як на одному занятті, так і на більш тривалі проміжки часу. Тільки після багаторазового ритмічного повторення навантаження певного спрямування, коли нервова система сприймає його, встановлює, що цей режим є закономірністю, в організмі активно починають проходити морфофункціональні процеси. В подальшому, коли організм пристосовується до постійного навантаження, адаптаційні процеси починають слабнути.

В залежності від індивідуальних можливостей, а також графіку навчання набір вправ дозволяє дещо змінюватись. Водночас спрямованість і черговість вправ були постійними. Таким чином запропонована технологія підготовки молодих осіб до самостійних занять фізичними вправами є комплексною, з використанням великої кількості засобів і методів впливу зорієнтованих на особистість кожного.

Література

1. Дубогай О.Д. Методика фізичного виховання студентів, віднесених за станом здоров'я до спеціальної медичної групи / О.Д. Дубогай, В.І. Завадський, Ю.О. Короп. — Луцьк: Надстир'я, 1995. — 220 с.
2. Іванова Г.Є. Оптимізація фізкультурно-оздоровчої роботи в технічних вищих навчальних закладах шляхом валеологічної освіти студентів: автореф. дис. канд.наук фіз.вих. і спорту: 24.00.02 / Волинський держ.ун-т. / Г.Є. Іванова. — Луцьк, 2000. — 21 с.
3. Шиян Б.М. Теоретико-методичні основи підготовки вчителів фізичної культури в педагогічних навчальних закладах: автореф. дис. докт.пед.наук / Інститут педагогіки і психології професійної освіти Академії педагогічних наук України / Б.М. Шиян. — К., 1997. — 50 с.

ІННОВАЦІЙНІ ЗАСОБИ ТА ПІДХОДИ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДИНИ, ЯКА МАЄ ПСИХОСОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Бережко А.Г.
студентка магістратури спеціальності «Фізична реабілітація», Університет «Україна»
Адирхаєва Л.В.
к. пед. наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Інституту соціальних технологій, Університет «Україна»
angel1971@i.ua

Анотація. *В магістерській роботі розглянуто питання застосування інноваційних засобів та підходів у фізичній реабілітації людини, яка має психосоматичні захворювання, що спричинили порушення харчової поведінки, надано обґрунтування важливості вивчення цієї теми. Визначено теоретичні аспекти психосоматичних захворювань, що спричинили такі порушення. Також розглянуто різновиди корекційних програм при терапії порушень харчової поведінки та аліментарному ожирінні. Внаслідок всього вищезазначеного, запропоновано сучасні інноваційні засоби та підходи фізичної реабілітації людини з такими порушеннями.*

Annotation. *In master's work the issue of application of innovative means and approaches in the physical rehabilitation of a person with psychosomatic diseases that caused a violation of eating behavior was considered, the justification for the importance of studying this topic was considered. The theoretical aspects of psychosomatic diseases that caused such violations*

were determined. Variants of correctional programs are also considered in the treatment of disorders of eating behavior and nutritional obesity. As a result of the aforementioned, modern innovative means and approaches of physical rehabilitation of a person with such violations are offered.

В останній чверті XX століття ожиріння стало соціальною проблемою в країнах з високим рівнем економічного розвитку, включаючи Україну, в яких як мінімум 30% населення мають надлишкову масу тіла. З надмірною вагою пов'язано багаторазове підвищення частоти розвитку артеріальної гіпертонії, інсулінозалежного цукрового діабету (ІНЦД), атеросклерозу та ішемічної хвороби серця, остеохондрозу хребта та поліартриту, дискінезії жовчного міхура, хронічного холециститу і жовчнокам'яної хвороби, різних пухлин і ряду інших захворювань.

Ожиріння зменшує тривалість життя в середньому на 3–5 років при помірному надлишку ваги і до 15 років при вираженому ожирінні. Встановлено, що якби людству вдалося вирішити проблему ожиріння, середня тривалість життя збільшилася б на 4 роки.

Актуальність проблеми ожиріння полягає ще і в тому, що кількість людей з надмірною вагою прогресивно збільшується. Такий приріст становить 10% від колишнього кількості за кожні 10 років. Підраховано, що якщо ця тенденція збережеться, то до середини нинішнього століття практично все населення економічно розвинених країн буде хворіти на ожиріння.

Більшість вчених, що працюють над проблемою аліментарного (пов'язаного з переїданням) ожиріння, незважаючи на їх різні уявлення про причини цього стану, сходяться в одному: зайві кілограми обумовлені звичками їх «господаря». Це звичка їсти багато жирної або солодкої їжі, звичка мало рухатися або «заїдати» стрес, звичка вести спосіб життя повної людини. Приблизно в 98% всіх випадків причиною надлишкової маси тіла є переїдання. Решта 2% випадків — це ендокринні захворювання, що супроводжуються прийомом гормональних препаратів, і в цьому випадку необхідно лікувати основний недуг. Звичка — це сформований тип поведінки.

Іншими словами, переїдання зазвичай є результатом порушення харчової поведінки та відноситься до психосоматичних захворювань. Саме психотерапія нормалізує харчову поведінку і допомагає відмовитися від старих звичок, а фізична реабілітація, що застосовує з лікувальною та профілактичною метою різні види фізичних вправ, інноваційні засоби, підходи та природні фактори

у комплексному процесі відновлення здоров'я, фізичного стану та працездатності хворих, сприяє скорішому стабілізуванню загального стану здоров'я людини.

Тому в даній роботі ми розглянемо наступне:

По-перше, ми визначимо основні типи порушень харчової поведінки та з'ясуємо, що саме їх зумовило.

По-друге, визначимо психосоматичну природу цих порушень.

По-третє, ми розглянемо різновиди корекційних програм при терапії порушень харчової поведінки та аліментарному ожирінні.

Внаслідок всього вищезазначеного, ми запропонуємо сучасні інноваційні засоби та підходи фізичної реабілітації людини з такими порушеннями.

В кінці роботи буде зроблений висновок щодо актуальності зазначеної теми та необхідності в її розвитку.

Література

1. Аграс В. Розлади харчової поведінки // Психіатрія / За ред. Р. Шейдер. — М., 1998. — С. 88–98.

2. Антропов Ю.Ф., Шевченко Ю. С. Психосоматичні розлади і патологічні звичні дії у дітей та підлітків. — СПб.: Мова, 2002.

3. Бриклин И., Коннер Л. Ваш идеальный вес: пер. с англ. — М.: Изд. дом «КРОН-пресс», 1998. — 298 с.

4. Балаболкин М. І. Ожиріння. // Діагностика та лікування внутрішніх хвороб: керівництво для лікарів. У 3 томах. Під загальною ред. Ф. І. Комарова. Т. 2 — М.: Медицина, 1991.

5. Баскаков В. Тілесно-орієнтована психотерапія і психотехніка: узагальнення і порівняльний аналіз існуючих підходів / Тілесність людини: міждисциплінарні дослідження. — М.: Філософське суспільство СРСР, 1993.

6. Бастіаанс Я. Внесок психоаналізу в психосоматическую медицину // Журнал практичної психології і психоаналізу, №3, 2000. — С. 34–46.

7. Бєлінський В. П. Клінічна характеристика харчової мотивації у хворих аліментарним ожирінням // Питання харчування, 1986, №6. — С. 24–27.

8. Берн Е. Ігри, в які грають люди. Люди, які грають в ігри. Пер. з англ. — Санкт-Петербург-М .: Університетська книга, АСТ, 1998.

9. Бессесен Д.Г., Кушнер Р. Надмірна вага і ожиріння: профілактика, діагностика та лікування. — М .: Біном, 2004.

10. Беюл Е.А., Попова Ю. П. Боротьба з ожирінням // Клінічна медицина. — 1990. — Т. 68, №8. — С. 106–110.

11. Вахмістрів А. В. Порушення харчової поведінки при церебральному ожирінні: (Клініко-психол. І електрофізіол. Исслед.): Автореф. дис ... канд. мед. наук. — М., 2001.

12. Вознесенська Т.Г., Рильцова Г.А. Психологічні та біологічні аспекти порушень харчової поведінки // Огляд психіатрії та мед. психології. 1994. — №1. — С. 29–37.

13. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина / В.В. Клапчук, Г.В. Дзяк, І. В. Муравов та ін. / за ред. В.В. Клапчука, Г.В. Дзяка. — К.: Здоров'я, 1995. — 312 с.

14. Синцова Н.В. Харчова мотивація у хворих аліментарним ожирінням / Питання харчування. — 1991. — №5. С. 18–21.

15. Скугаревскій О.А. Порушення харчової поведінки: клініко-біологічний підхід. http://www.msmi.minsk.by/ bmm / 01.2002 / 23.html

16. Скугаревскій О.А. Класифікаційні критерії порушень харчової поведінки і пов'язані поведінкові прояви // Психотерапія і клінічна психологія. 2003. — №2 (7). — С. 25–29.

17. Фізична реабілітація / В.М. Мухін. — К.: Олімп, літ-ра, 2000. — 423 с.

18. Філозоп А.А. Психокорекційні можливості танцювальної терапії в роботі з особами похилого віку // Психологія зрілості і старіння. — №1 (17), 2002.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІСЛЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ В ДОМАШНІХ УМОВАХ: СПЕЦИФІКА, ЕФЕКТИВНІСТЬ

Бужук Л.О.
студент магістратури спеціальності «Фізична терапія, ерготерапія», l.a.buzhuk@gmail.com
Туровець А.М.
асистент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Інституту соціальних технологій
Любенко В.О.
доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Інституту соціальних технологій, Університет «Україна»

***Анотація**. Представлено результати розвідки щодо особливостей застосування сучасних підходів фізичної реабілітації у пацієнтів після інсульту. За узагальненими даними та результатами власної роботи запропоновано раціональні підходи відповідно до умов життя в Україні.*

***Annotation**. The results of research on the peculiarities for applying of actual approaches to physical rehabilitation in patients after a stroke are presented. Based on the summarized data and results of the author's own work, the rational approaches in accordance with the living conditions in Ukraine are proposed.*

Актуальність. За [1] та даними ВООЗ 2007–2015, в Україні щороку реєструється 120–130 тисяч хворих на мозковий інсульт (МІ). В Києві у 2014 р. зафіксовано 208,2 випадків на 100 тис. чол. Впродовж 1 року після МІ 20–40% хворих потребують постійної сторонньої допомоги і тільки 10% повертаються до звичного життя і праці. Є тенденція до зниження вікового цензу хворих, нагальним є питання втрати працездатних громадян середнього віку.

В Україні фізична реабілітація/терапія (ФР/Т) після інсульту має таку специфіку:

1) Потреба кваліфікованих фахівців в 100 разів більша за пропозицію.

2) Міжнародні стандарти ФР/Т лише починають впроваджуватись: командна робота лікарів, фахівців з ФР/Т та допоміжного персоналу ще не відбувається повноцінно через організаційні та «людські» чинники; недостатня кваліфікація та компетентність фахівців з ФР/Т.

3) Низька доступність тривалої реабілітації в спеціалізованих закладах — переважно після закінчення гострого періоду пацієнти виписуються додому.

Актуальними завданнями є: підбір ефективних заходів ФР/Т та ерготерапії у частині раннього, пізньому (0,5–2 роки) і резидуальному (3–6 років) відновних періодах саме для роботи з пацієнтами в домашніх умовах.

Огляд сучасних стратегій. Одними з найбільш представницьких та враховуючих результати інших вчених сучасних досліджень щодо лікування та ФР/Т після інсульту з доведеною ефективністю є роботи мультидисциплінарної команди університету Уейлл Корнелл, Нью-Йорк 1993–2017 рр. (http://vivo.med.cornell.edu/display/cwid-mio2005#Authorship). 26.09.2017 вони були представлені професором М. О'Деллом в клініці «Оберіг», Київ у лекції «Стратегії відновлення рухової сфери після інсульту: досвід клініки Weill Cornell». Оцінка різних видів рухової активності у Weill Cornell супроводжується спостереженнями за біомаркерами мозку. Останні їхні дані по застосуванню роботизованих засобів для відновлення втрачених функцій верхніх та нижніх кінцівок [2, 3] показали: для рук інтенсивне заняття з допомогою пристрою є менш важливим для збереження відновлених навичок, ніж інтенсивність власної практики, тобто важлива активна участь пацієнта; покращення ходьби в резидуальному (5 р.) періоді з роботом виявилось таким самим, як і з звичайним ортезом. Щодо інтенсивності наван-

тажень та їх обсягу — встановлено гірший ефект та більший ризик ранніх значних навантажень порівняно з ранніми поступово зростаючими, з поступовим переходом до активних вправ; тривалість занять і обсяги вправ суто індивідуальні, необхідний для набуття значущого ефекту обсяг допустимо досягати численними короткими підходами. В лекції спеціально наголошувалось на розвитку власних регулярних спроб пацієнта як запоруки успіху відновлення. Тобто, мультидисциплінарна команда повинна забезпечувати такі можливості для конкретного пацієнта, враховуючи всі особливості його/її кондицій.

Результати узагальнення. Згідно з активними цілями, тобто спрямованими на збільшення моторних можливостей і, відповідно, повсякденної активності, ми узагальнили результати власної регулярної роботи з пацієнтами удома (методологічна основа — пропріоцептивна нейром'язова фацилітація, Бобат-терапія), дані згаданих вище досліджень. В таблиці на прикладі п'ятьох пацієнтів з лівостороннім геміпарезом у ранньому, пізньому і резидуальному періодах відновлення після ішемічного інсульту показано застосовність ефективних засобів ФР/Т в домашніх умовах.

Рекомендації. Під час складання та виконання індивідуалізованих (домашніх) програм реабілітації доцільно враховувати таке.

1. Постійно підтримувати мотивацію пацієнта до тривалих занять достатньої інтенсивності. Способи: забезпечення різноманітності комплексів вправ і занять; підкреслення видимих успіхів — стабільних, нехай і незначних, покращень навичок; перегляд активних цілей відповідно до спроможності пацієнта в даному часовому проміжку; акцентування на власних можливостях пацієнта, запобігання хибнійнадії на «диво-засоби».

2. Комплекси вправ доцільно спрямовувати на розширення можливостей пацієнтів самостійно вирішувати свої повсякденні потреби, здатності до подальшої соціалізації, реалізації конкретних планів і задумів.

3. Поруч із стандартними професійними критеріями оцінки силових, моторних, когнітивних і ін. функцій пацієнта доцільно розробляти індивідуальні критерії, щоб пацієнти могли оцінити важливі саме для них розвинуті навички.

4. Варіантом вирішення проблеми доступності якісної ФР/Т для пацієнта є адаптоване до конкретного індивіда навчання його «команди», тобто близьких та допоміжного персоналу, після якого

Методи і засоби	Доведена ефективність	Застосовність в домашніх умовах / що є обмеженням
	умовні бали (0–5)	
Активно-пасивні вправи на поліпшення рухових можли-востей, рівноваги, координації	5	5 / доступність регулярних занять
Усунення небажаних синергій	5	5 / доступність регулярних занять
Ходьба прогулянки	5	4–5 / бажання пацієнта або помічників
Ходьба на доріжці	5	2 / доступність по вартості
Дзеркальна терапія для верхньої кінцівки	5	5 / бажання пацієнта або помічників
Обмеження рухів у здоровій верхній кінцівці	5	1–2 / бажання пацієнта, можливості помічників; вартість послуги
Роботизовані засоби	5	0,5 / доступність по вартості
Звичайні ортези нижніх кінцівок	5	5

«команда» може працювати самостійно з обов'язковим періодичним коригуванням фахівцями. Це може бути окрема доступна послуга, яку надає лікувальний чи реабілітаційний заклад.

5. Просвітня робота з пацієнтом і його «командою». Донесення на доступному рівні і закріплення об'єктивної інформації. Розвінчування поширених неправдиих, недоцільних, а часто й небезпечних стереотипів.

Література

1. Пулик О.Р., Гирявець М.В.. Аналіз захворюваності, смертності та первинного виходу на інвалідність після перенесеного мозкового інсульту в2 (37–38). — С. 161–163.

2. Kim, G.J., Hinojosa, J., Rao, A. et al. Randomized Trial on the Effects of Attentional Focus on Motor Training of the Upper Extremity Using Robotics With Individuals After Chronic Stroke // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation Journal — 2017.

3. Kluding, P., Dunning, K, O'Dell, M et al. Foot drop stimulation versus ankle foot orthosis after stroke: 30-week outcomes // Stroke Journal — 2013.

ВИКОРИСТАННЯ СТЕП-АЕРОБІКИ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОЖИРІННЯ 1–2 СТУПЕНІВ

Білоус І.С.
студентка магістратури спеціальності «Фізична реабілітація»,
Університет «Україна»
Адирхаєва Л.В.
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання
Університету «Україна»
Kolibri123kv@gmail.com

Анотація. *Степ-аеробіка (в перекладі з англ. step означає «крок») — це ритмічні вправи на всі м'язи тіла, що виконуються на спеціальній платформі. Степ-аеробіка схожа на традиційну аеробіку, за винятком того, що в ній використовується степ-платформа, висота якої варіюється від п'ятнадцяти до тридцяти сантиметрів, залежно від спортивної підготовки. У середньому, заняття степ-аеробікою триває близько п'ятдесяти хвилин, за цей час спалюється 250–400 калорій. Основний упор під час тренування робиться на м'язи ніг, але м'язи рук і плечового поясу також задіяні, що дозволяє спалити більше калорій, досягти гармонійного розвитку тіла і придбати грацію руху. Заняття (особливо групові) зазвичай проводяться під музику. Це дозволяє створити відповідний настрій, задати загальний ритм і мотивувати до виконання вправ.*

Annotation. *On the siogodnisiniy day, the vicoristanin step-aeobiki at likuvannii zhiirinnya is an effective vibor in the struggle with zayvayu vago vidisutnosti shodi for health. Varto vidmititi te, sho von mayzhe not moe protikpokazan with the correct way to the truvan and the building is not so borotis with such a problem as yak zayva vaga, ale i trinuvati vinoslivist, vestibular aparat i normalizuvati tisk, and vatra vagi vidbuvatyatsya natural for organizmu way.*

Step-aerobics — tse spetsialnny complex of right, crocheting on spaljuvannya zayvikh kilogramiv. Trivale is one busy — close to the goddess. During this time, the hour of the moon will fall between forty and forty to four times the calorie, the figure will fall into the intensity of the train and the phantom.

Рухи, які використовуються в степ-аеробіки, цілком прості, бо їх досить легко виконувати людям різного рівня підготовки та віку. Комплекс вправ включає біг, стрибки, ходьбу, а також вправи на

гнучкість. Існує приблизно двісті способів підйому і сходження зі степ-платформи. Заняття степ-аеробікою покращують фігуру, зокрема форми стегон, гомілок і сідниць. Використання обтяжень (гантелей) дає хороше навантаження на м'язи плечового пояса. Виконуючи під музику швидкі переходи, різноманітні варіанти степов з підйомом і спуском з платформи, велика кількість танцювальних рухів з частою зміною напрямку рухів та ритму, можна отримати фізичне навантаження, рівносильну біговій тренування.

Результат регулярних занять степ-аеробікою — це тренування м'язів, підтримання тіла в тонусі, загальне оздоровлення організму. Степ-аеробіка може використовуватися в профілактичних та лікувально-оздоровчих цілях.

Позитивний вплив степ-аеробіки:

Степ-аеробіка має ряд достоїнств і в цілому справляє позитивний вплив на організм. Так, регулярні заняття степ-аеробікою дозволяють зміцнити серцево-судинну, дихальну, нервову і м'язову системи, а також **позбавитися від зайвої ваги.**

Вправи на степ-плаформі сприяють стабілізації артеріального тиску, а також роботі вестибулярного апарату. Крім того, степ-аеробіка комплексно впливає на тіло, при цьому виключається ймовірність «перекачати» окрему групу м'язів, як, наприклад, при заняттях в тренажерному залі. Крім цього, степ-аеробіка надає благотворний вплив на психоемоційний фон, наприклад, під час відвідувань групових занять відзначається значне поліпшення настрою. Також для професійних спортсменів заняття на степплатформі можуть застосовуватися в якості розминки. Заняття степ-аеробікою за правильно складеній програмі допоможуть поліпшити фізичну форму, стабілізувати вагу, створити позитивний душевний настрій і забезпечити енергією.

Степ — аеробіка є чудовим вибором не тільки у боротьбі з зайвою вагою,а і при її контролі та підтримці після схуднення.

Учені всього світу прийшли до того, що заняття степ-аеробікою необхідні для профілактики остеопорозу і артриту, також цей вид фітнесу дозволяє спортсменам підтримувати себе у формі і відновлюватися після травм.

Література

1. Ким Н.К. Фитиесс и аэробика / Н.К. Ким. — М.: Рипол Классик, 2001. — 176 с.

2. http://www.fitness-portal.ru/fitness_programme/standard/07.htm

ФІЗИЧНА ТЕРАПІЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННІ ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА

Вадова О.Л.
магістрант спеціальності «Фізична реабілітація»,
кафедра здоров'я людини і фізичного виховання
Університету «Україна»
Адирхаєва Л.В.
к. пед. наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання
Інституту соціальних технологій,
Університет «Україна»

Анотація. *В роботі обґрунтовані найбільш ефективні методи фізичної терапії, які необхідно використовувати при захворюванні остеохондрозом поперекового відділу хребта. Висвітлені основні симптоми хвороби та методи їх подолання. Акцентовано увагу на використання сучасних засобів та методів фізичної терапії разом з медикаментозним лікуванням таких як: масаж, різноманітні мануальні впливи, фізичні вправ, фізіотерапевтичні процедури.*

Annotation. *The work is based on the most effective methods of physical therapy, which should be used in the disease of osteochondrosis of the lumbar spine. Illuminated main symptoms of the disease and methods of overcoming them. The emphasis is on the use of modern means and methods of physical therapy, along with medical treatment such as: massage, various manual effects, physical exercises, physiotherapy procedures.*

В сучасному світі актуальною темою є хвороби хребта, адже вони посідають перше місце за поширеністю у населення земної кулі. Остеохондрозом хребта страждає 75–95% населення України. За статистикою найбільш поширеною є біль в області попереку, складає 60–90% захворювання хребта. Це пов'язано перш за все з малорухливим способом життя, гіподинамією, відсутністю адекватного фізичного навантаження, неправильним харчуванням. В епоху тотальної комп'ютеризації, різкого переходу від фізичної праці до розумової відбувається зменшення рухової активності людини. Сидяча робота, їзда в автомобілі призводять до зниження тонусу м'язів. 80% часу хребет перебуває у вимушеному напівзігнутому положенні. Це сприяє виникненню дегенеративно-дистрофічних захворювань хребта.

Причини розвитку остеохондрозу: надмірні навантаження; запальні процеси в області хребців, гормональні перебудови, слабкість м'язів спини; різні травми хребта; викривлення хребта, сутулість; робота з тяжкістю; тривале знаходження в незручній позі; порушений обмін речовин; тривалі важкі фізичні навантаження; спадковість; переохолодження; плоскостопість; стрес, психоемоційні розлади; несиметрична навантаження на м'язи спини (м'які подушки, матраци, носіння сумки на одному плечі і т.д.); незручне взуття.

При остеохондрозі поперекового відділу біль локалізується в нижній частині спини, в області сідниць, поширюється вниз по нозі, може супроводжуватися оніміння, поколювання, судорожними посмикуваннями м'язів ноги, їх атрофією, порушенням функції органів малого тазу.

Мета роботи: теоретичне обґрунтування методів фізичної терапії при захворюванні остеохондрозом поперекового відділу хребта людини.

Теоретичний аналіз та обґрунтування даних спеціальної літератури дозволив визначити ефективні методи фізичної терапії та розробити комплексну програму фізичної терапії, яка спрямована на усунення симптомів прояву та тривалу ремісію. Акцентовано увагу на те, що остеохондроз поперекового відділу хребта спочатку проявляється малопомітними симптомами, яким, як правило, не надають значення. Відмічається почуття втоми і незначні больові відчуття при нахилі тулуба вперед, які швидко зникають після його випрямлення. З часом ці відчуття стають більш постійними, тривалими, проявляються під час сміху, кашлі, чханні. Спостерігається біль в сідничній ділянці, вздовж задньої поверхні стегна, при цьому можливе викривлення хребта в поперековій ділянці. Больові точки з'являються на рівні остистих відростків ураженого хребетно-рухового сегменту, обмежена його рухливість. Біль є пусковим механізмом в розвитку ланцюга патологічних змін, які проявляються спазмом м язів. Це викликає зміни біомеханічного характеру — асиметрію постави, зміну фізіологічних вигинів, вегетативні розлади; обмежує побутову та професійну діяльність та створює передумови до пошуку вирішення даної проблеми.

Лікування остеохондрозу повинно бути комплексним. Поряд з медикаментозним лікуванням необхідно застосовувати засоби фізичної терапії — масаж, різноманітні мануальні впливи, фізичні вправ, фізтерапевтичні процедури. Для створення фізичної тера-

певтичної програми необхідно зібрати анамнез, проводити обстеження, підбирати вправи кожному пацієнту індивідуально. Все це складна аналітична робота, яка вимагає спеціалізованої освіти та досвіду.

Кінцевими основними завданнями фізичної терапії при остеохондрозі є досягнення тривалої ремісії, сповільнення розвитку дегенеративного процесу, зменшення наслідків порушення у хребетно-рухових сегментах. Все це створює передумови для зменшення макро- та мікротравматизації, зниження статичного та динамічного перенавантаження хребта, а також зменшує вплив зовнішніх патогенних факторів.

ВИДИ МАСАЖУ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬСЯ У ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА СЕРЦІ І СУДИНАХ

Валішкевич В.К.
6 курс, група ФР 61/16, спеціальність «Фізична реабілітація»
Університет «Україна»
Любенко В.О..
кандидат медичних наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Інституту соціальних технологій,
Університет «Україна»
12227vova@gmail.com

Анотація. *У роботі проаналізовано досвід застосування різних видів масажу в реабілітаційних програмах для хворих з ішемічною хворобою серця після аортокоронарного шунтування. Відзначається, що масаж позитивно впливає на серцево-судинну систему.*

Annotation. *The article analyzes the experience of using different types of massages in rehab programs for patients with coronary heart disease after coronary artery bypass grafting. It is noted that massage positively affects the cardiovascular system.*

Ішемічна хвороба серця є однією з найбільш поширених хвороб органів кровообігу населення розвинених країн. З усіх причин смерті від серцево-судинних захворювань 53% припадає на ішемічну хворобу серця. Ефективність традиційної хірургічної реваскуляризації міокарда, таких як аортокоронарне шунтування, не тільки усуває стенокардію, але і знижує ризик розвитку гострого інфаркту

міокарда. Так, за даними різних досліджень, операція усуває напади стенокардії у 75% хворих на строк до 5 років, у 50% хворих — протягом 10 років і у 15% — на 5 років. Крім того, було доведено, що хірургічна реваскуляризація міокарда покращує переносимість фізичних навантажень і, в кінцевому підсумку, підвищує якість життя пацієнтів. Проте повернення хворих до трудової діяльності продовжує залишатися проблемою. Як відомо, хворі після операції коронарного шунтування повинні пройти певні етапи лікування: ранній і пізній госпітальний та санаторний. У той же час, аналіз даних літератури і ізичного чинника до здійснення лікувальних впливів, ще не отримав повною мірою належного розвитку і застосування. Між тим, проблема відновлювального лікування хворих, що перенесли хірургічну реваскуляризацію міокарда, є актуальною.

Ішемія міокарда, як вияв ішемічної (коронарній) хвороби серця, є наслідком зменшення його перфузії кров'ю і недостатньої доставки кисню, які поєднуються з порушенням відтоку продуктів обміну речовин. Виникнення ішемії міокарда може обумовлюватись: наявністю стенозу коронарної артерії; зміною тонусу або появою спазму артерії.

Фізичні вправи як засіб лікування і реабілітації показані при всіх захворюваннях серцево-судинної системи. Протипоказання носять лише тимчасовий характер. Лікувальна фізична культура протипоказана в гострій стадії захворювання (міокардит, ендокардит, стенокардія та інфаркт міокарда в період частих і інтенсивних приступів болю в області серця, виражених порушеннях серцевого ритму), при наростанні серцевої недостатності, приєднанні важких ускладнень з боку інших органів.

Тривала іммобілізація хворих хронічною ІХС після операції негативно впливає на функцію серцево-судинної системи, викликає порушення трофіки ЦНС, збільшує загальний опір у периферичних судинах, що відбивається несприятливо на роботі серця. Дозовані фізичні вправи стимулюють обмінні процеси в міокарді, знижують чутливість коронарних артерій до гуморальних спазмолітичних впливів, збільшують енергетичні можливості міокарда.

Масаж добре впливає на серцево-судинну систему: проходить розширення периферичних судин, полегшується робота лівого передсердя та шлуночка, підвищується скоротлива функція серця, удаляються застійні явища в малому та великому колі кровообігу, прискорюються венозний відтік, покращується газообмін між кров'ю та тканинами, підвищується споживання кисню тканинами.

Завданнями раннього масажу є підвищення загального тонусу, поліпшення кровообігу, дихання, стимулювання регенеративних процесів і попередження низки післяопераційних ускладнень (особливо пневмоній, тромбофлебітів і емболії).

Під впливом масажу прискорюється крово — і лимфоток, ліквідуються застійні явища в легенях і паренхіматозних органах, поліпшуються трофічні процеси в м'язах, прискорюються окислювально-відновні процеси, підвищується температура шкіри і знижується температура тіла, поліпшується функція шлунково-кишкового тракту. Масаж має тонізуючу дію на центральну і периферичну нервову систему, серцево-судинну систему, тонізуючий вплив на нервово-психічну діяльність.

Після масажу у хворого з'являються позитивні емоції, які піднімають настрій, створюють впевненість в успішному результаті лікування. Масаж збільшує екскурсію грудної клітки, силу дихальної мускулатури, тонус м'язів.

Застосування ЛФК, механотерапії, фізіотерапевтичних процедур, масажу та дієтичного харчування при серцево-судинних захворюваннях дозволяє використовувати всі 4 механізми лікувальної дії: тонізуючого впливу, трофічної дії, формування компенсацій і нормалізації функцій.

ЛФК, механотерапія, фізіотерапевтичні процедури, масаж та дієтичне харчування підвищують загальні адаптаційні (пристосувальні) можливості організму, його опірність до різних стресових впливів, даючи психічну розрядку і поліпшуючи емоційний стан. ЛФК та механотерапія розвиває фізіологічні функції і рухові якості, підвищуючи розумову і фізичну працездатність. Активізація рухового режиму різними фізичними вправами та масажем удосконалює функції систем, що регулюють кровообіг, поліпшує скорочувальну здатність міокарда і кровообіг, зменшує вміст ліпідів і холестерину в крові, підвищує активність антизгортальної системи крові, сприяє розвитку колатеральних судин, знижує гіпоксію, тобто попереджує й усуває прояви більшості факторів ризику основних хвороб серцево-судинної системи.

ПСИХОЛОГІЧНЕ ПІДГРУНТЯ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВ'Я ЗБЕРІГАЮЧОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ СУЧАСНОЇ МОЛОДІ

Вишар Є.В.
старший викладач кафедри фізичної реабілітації та фізичного виховання
Полтавського інституту економіки і права
Бойченко Л.Д.
к.і.н., доцент кафедри фізичної реабілітації та фізичного виховання
Полтавського інституту економіки і права

Анотація. *У статті досліджуються загальні характеристики та індивідуальні прояви психічного здоров'я в студентському віці. Розглянуто проблеми психічного здоров'я молоді, причини його погіршення, способи формування здорового способу життя. Пріоритетним напрямом формування здорового способу життя визначено формування в молоді відповідального ставлення до свого здоров'я, усвідомлення та розуміння переваг, які забезпечує здоровий спосіб життя.*

Annotation. *General characteristics and individual peculiarities of the students psychic health are the subject of research. The problems of mental health of youth, reasons of its deterioration, ways of formation of a healthy way of life are considered. The priority direction of the formation of a healthy lifestyle is the formation of a responsible attitude towards their health in the youth, awareness and understanding of the benefits of a healthy lifestyle.*

У сучасній педагогічній та віковій психології проблема вивчення, збереження та зміцнення психічного здоров'я студентської молоді є досить актуальною. В умовах сьогодення, коли кількість стресогенних чинників у повсякденній діяльності все частіше потрапляє в умови невизначеності, напруги та нестабільності, при цьому молоде покоління змушене відповідним чином реагувати на зміни, які відбуваються навколо нього. У цьому контексті загострюються проблеми, пов'язані із забезпеченням високого рівня здоров'я сучасних і наступних поколінь людей, з їх адаптацією до мінливих умов соціального та природного середовища. Подібного роду ситуації для людини справедливо характеризувати як стресові. Під стресовою ситуацією більшістю дослідників розуміють ситуацію, що викликає емоційні процеси, які супроводжують стрес, і ведуть до несприятливих змін організму. За своєю суттю проблема стресу не є новою, проте наукове усвідомлення і її особлива актуалізація відбулися лише в останні десятиліття, про що свідчить як розвиток відповідних наукових

напрямків про людину, так і соціальний запит на психологічний супровід людей схильних до впливу різних стресових факторів. Основоположник вчення про стрес Г.Сельє в своїх пізніх працях визначає стрес як неспецифічну реакцію організму на будь-яку пред'явлену до нього вимогу. У подальших своїх дослідженнях Г.Сельє і ряд його послідовників приділяють велику увагу вивченню фізіологічних і біологічних підстав виникнення стресових реакцій у людини. Відомо, що емоційна реакція під час стресу настає раніше інших, приводячи в дію вегетативну нервову систему і її ендокринне забезпечення. В умовах постійного стресу емоційне збудження може застоюватися, що в свою чергу зумовлює появу серйозних збоїв у функціонуванні організму [1].

З позицій сучасної науки проблеми стресу (емоційного, психічного, виробничого, спортивного, військового та ін.) знайшли своє відображення в роботах, присвячених біохімічним (А.А. Віру, Л.Є. Панін, А.І. Робу), фізіологічним (Ф.З. Меерсон), клінічним (Ц.П. Короленко), психофізіологічним і психологічним (Л.А. Китаєв-Смик, Ф.П. Космолінська) аспектам його прояву. У свою чергу під стресостійкістю в загальному вигляді більшість дослідників розуміють сукупність особистісних якостей, що дозволяють людині переносити значні інтелектуальні, вольові та емоційні навантаження, а в багатьох випадках і перевантаження, зумовлені особливостями професійної або іншої діяльності, без особливих шкідливих наслідків для діяльності, що оточує і свого здоров'я.

Багато дослідників відзначають, що на різних рівнях освіти молоді відсутнє належне навчання здоровому способу життя, спрямованість на формування умінь дбайливого ставлення до свого здоров'я і навичок в його дотриманні. У підлітковому віці вже існує основа для прояву усвідомлення індивідуальної активності по відношенню до свого здоров'я: знання про організм людини і стан свого здоров'я, культура забезпечення здорового способу життя [2]. Інтегруючи численні точки зору різних дослідників, можна виділити базисні компоненти культури здоров'я, які ніким не спростовуються, будучи основними і ключовими. У загальному вигляді цими компонентами є когнітивний, мотиваційний і поведінковий.

Тому справедливо припустити, що один з виходів в подоланні кризи стану здоров'я сьогоднішніх підлітків полягає в формуванні здоров'язберігаючого мислення у підростаючого покоління,

у створенні такого навчально-виховного середовища в конкретному навколишньому просторі, такої духовно-моральної і психологічної атмосфери, які формували б у підлітків культуру здоров'я як світогляду, тобто здорового розуміння власного потенціалу та можливостей його реалізації. У свою чергу, психологічна стійкість підлітків до стресових факторів, що виникають буде формуватися послідовним і природним шляхом, як результат усвідомленої і осмисленої поведінки і способу життя особистості.

Література

1. Лисянська Т. М. / Педагогічна психологія: Практикум: навч. посіб. / Таїсія Миколаївна Лисянська. — К.: Каравела, 2009. — 224 с.

2. Равен Д. Компетентность в современном обществе: выявление, развитие и реализация / Джон Рамен ;[пер. с англ.В. И. Белопольского] / — М.: Когито-Центр, 2002. — 396 с.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФІЗИЧНОГО ТЕРАПЕВТА

Волошко Л.Б..
кандидат педагогічних наук, доцент,
Полтавський інститут економіки і права
Університету «Україна»
Бойко Г.М.
доктор педагогічних наук, професор,
Полтавський національний технічний університет імені Юрія Кондратюка

Анотація. *Розглянуто критерії, що характеризують професію фахівця з фізичної терапії як соціономічну. Охарактеризовано компоненти професійної взаємодії фахівців з фізичної терапії: комунікативний, інтерактивно-діяльнісний, перцептивний. Наголошується, що нова модель реабілітації диктує необхідність мультидисциплінарного підходу до цього процесу.*

Annotation*. The criteria characterizing the profession of a specialist in physical therapy as sociological are considered. The components of professional interaction of specialists in physical therapy are characterized: communicative, interactive-activity, perceptual. It is noted that the new model of rehabilitation dictates the need for a multidisciplinary approach to this process.*

Професія фахівця з фізичної терапії відноситься до соціономічних професій, тому що передбачає постійну роботу з людьми та особистісно орієнтоване спілкування в процесі професійної діяльності. Висока значимість для охорони здоров'я й соціального захисту населення підготовки фахівців цього профілю підтверджується включенням фахівця з фізичної терапії в стандарти надання допомоги з медичної та соціальної реабілітації в більше ніж ста країнах світу.

Тлумачення терміну «фізична терапія» має загальне спрямування професійної діяльності на функціональне відновлення хворих і неповносправних, а також застосування з лікувальною та профілактичною метою фізичних вправ і природних факторів. Основними засобами фізичної терапії є лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, фізіотерапія, механотерапія, працетерапія.

Фізична терапія спрямована на покращення якості життя та функціонування людини в потенційно можливих межах, застосовуючи методи профілактики та реабілітації. Фахівцю з фізичної терапії важливо оцінити ефективність пройденого раніше курсу лікування, його впливу на організм в плані відновлення особистісного й соціального статусу хворого.

До критеріїв, що дозволяють віднести професію фахівців з фізичної терапії до групи соціономічних, належать:

1) «допомагаючі» цілі діяльності (відновлення втрачених внаслідок травми або захворювання рухових функцій та зміцнення здоров'я, повернення хворого до повноцінного життя);

2) засоби діяльності: вербальні (слово як психотерапевтичний засіб), невербальні впливи (під час застосування фізичних вправ, масажу, преформованих фізичних чинників), опосередковані та безпосередні контакти;

3) відповідні умови праці (техніко-економічні, режимно-гігієнічні, соціально-психологічні та ін.);

4) функції (реабілітаційна, клінічна, позаклінічна, адміністративна та ін.), здійснювані працівником [1].

Фізичний терапевт організовує реабілітаційну допомогу пацієнтам на засадах Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності і здоров'я та Міжнародної класифікації хвороб.

Професійна взаємодія фахівців з фізичної терапії є соціально зумовленим, цілеспрямованим, динамічним процесом продуктивної співпраці фахівця та пацієнта. Розуміючи складність і багатоаспектність такої взаємодії буде логічно структурувати й виділити її основні компоненти:

1) комунікативний (обмін інформацією, думками, відомостями);

2) інтерактивно-діяльнісний (обмін діями, зокрема у процесі застосування фізичних вправ, масажу);

3) перцептивний (сприйняття один одного, емоційне співпереживання, встановлення взаєморозуміння).

Предметом професійної діяльності фізичного терапевта є інша людина, і спілкування в цьому випадку виступає основним інструментом соціально-професійної взаємодії фахівця та пацієнта. Не існує справжньої фізичної терапії без звернення до особистості пацієнта через спілкування. Отже, спілкування є засобом та інструментом професійної діяльності фахівців з фізичної терапії, а розвинуті комунікативні якості є умовою ефективного виконання професійних функцій. Фахівець з фізичної терапії, провівши обстеження пацієнта, визначає, які саме рухові розлади потребують корекції чи відновлення, обирає засоби, методи фізичної реабілітації, проводить індивідуальні чи групові заняття. Робота фізичного терапевта вимагає особливого такту та конфіденційності, враховуючи, що виконання процедур масажу та курсів лікувальної гімнастики відбувається в інтимно-довірчій обстановці.

Перцептивний компонент професійної взаємодії передбачає здатність співчувати, глибоке бажання допомогти, уміння в кожному пацієнтові розпізнати індивідуальність. Важливо, щоб взаєморозуміння формувалося вільно і природно, коли стиль спілкування хворого відповідає аналогічним характеристикам фізичного терапевта.

Професійна взаємодія фахівців з фізичної терапії розгортається у різних площинах: безпосередньо з пацієнтом, який потребує реабілітаційного втручання; та одночасно з колегами (лікарем, психологом, педагогом, соціальним працівником, ерготерапевтом, психотерапевтом, логопедом, фармацевтом, сестринським персоналом, родичами хворого), що формують своєрідну міждисциплінарну команду. Таку професійну взаємодію ми характеризуємо як ієрархічно організовану систему інтеграції зусиль взаємодіючих суб'єктів, що забезпечує цільову спрямованість спільних дій на досягнення позитивних результатів фізичної реабілітації.

Професійна діяльність фізичних терапевтів має великі перспективи як безпечна та ефективна реабілітаційна допомога особам різних вікових груп при різних захворюваннях.

Література

1. Волошко Л.Б. Особливості суб'єкт-суб'єктної взаємодії в професійній діяльності фахівців з фізичної та соціальної реабілітації / Л.Б. Волошко // Молодь і ринок [щомісячний науково-практичний журнал]. — 2017. — №3 (146). — С. 41–45.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ 10–12 РОКІВ З НАСЛІДКАМИ ДЦП

Гайдар Г.В.
магістр спеціальності «Фізична реабілітація»,
кафедра здоров'я людини та фізичного виховання,
Університет «Україна
Адирхаєва Л.В.
к. пед. наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання
Інституту соціальних технологій,
Університет «Україна»
ann.gaidar@gmail.com

Анотація. *Приведено результати експериментального дослідження фізичної реабілітація дітей 10–12 років з наслідками ДЦП. Визначено особливості формування рухових навичок у дітей із ДЦП різних нозологічних форм на основі використання найбільше ефективних положень тіла. Обґрунтовано методику використання коригуючих вправ із дітьми 10–12 років з дитячим церебральним паралічем.*

Problem resolution: *recently, the number of children with the consequences of infantile cerebral palsy (cerebral palsy), which suffers from disorders of the musculoskeletal system, is increasing. The most common form of the pathology of this disease are spasticnist muscles, which is caused by the development of contractures, perverse attitudes and deformation of musculoskeletal system.*

Research objective: *to find out the features of formation of motor skills in children with cerebral palsy of various nosological forms, through the use of the most effective provisions of the body. Accordingly, the following tasks were defined:*

– to determine the means of correction of motor disorders in children 10-12 years with the consequences of infantile cerebral palsy, depending on nosological forms;

– to develop a methodology for the formation of motor skills in children with cerebral palsy consequences, based on the use of the most advantageous starting positions;

– experimentally substantiate the method of using corrective exercises with children 10–12 years old with infantile cerebral palsy.

Останнім часом збільшується кількість дітей з наслідками дитячого церебрального паралічу (ДЦП), які страждають порушеннями опорно-рухового апарату. Найбільш частою формою патології при цьому захворюванні є спастичність м'язів, яка обумовлюється розвитком контрактур, порочних установок і деформацією опорно-рухової системи [1]. У підлітків з наслідками ДЦП страждає не тільки центральна нервова система, але й нервово-м'язовий апарат кінцівок, що призводить до різних за важкістю контрактур, деформацій кінцівок і інвалідності дитини, тим самим ускладнює їх адаптацію до умов зовнішнього середовища, соціуму, негативно впливає на емоційну сферу та інтелект. Наслідками ДЦП є складність та різноманіття клінічних проявів, які відображаються на фізіологічних механізмах розвитку дитини. Важкість захворювання призводить до високого відсотку інвалідності, рухових порушень, складності лікування пацієнтів з такою патологією — все це робить питання реабілітації дітей, хворих на ДЦП, досить важливими [2]. Сучасні наукові дослідження [3] показують, що клієнти з наслідками ДЦП потребують заходів, спрямованих на зміцнення опорно-рухової системи та підвищення рівня рухової активності. Фізична реабілітація дітей-інвалідів з руховими порушеннями на основі відбору ефективних засобів оздоровчої та коригуючої спрямованості на заняттях лікувальною фізичною культурою сприяє цілеспрямованій корекції та формуванню рухових навичок клієнтів, що й визначило актуальність дослідження.

Мета дослідження: з'ясувати особливості формування рухових навичок у дітей із ДЦП різних нозологічних форм на основі використання найбільше ефективних положень тіла. Відповідно до цього були визначені наступні завдання:

– визначити засоби корекції рухових порушень у дітей 10–12 років з наслідками дитячого церебрального паралічу в залежності від нозологічних форм;

– розробити методику формування рухових навичок у дітей з наслідками ДЦП на основі використання найбільш вигідних вихідних положень;

– експериментально обґрунтувати методику використання коригуючих вправ із дітьми 10–12 років з дитячим церебральним паралічем.

На основі проведеного експерименту отримано такі результати:

1. Розроблено засоби корекції рухових порушень у дітей з наслідками дитячого церебрального паралічу, а також фізичні вправи залежно від нозологічних форм: при спастичній диплегії — противоспастичні вправи на розслаблення м'язів; при геміпарезах; при гіперкінезах.

2. В результаті дослідження рівня розвитку рухових навичок дітей 10–12 років з ДЦП виявлено відмінності при виконанні тестових завдань залежно від особливостей прояву нозологічних форм.

3. Встановлено як використання найбільш зручних вихідних положень залежно від рухових порушень дітей-інвалідів з наслідками ДЦП під час виконання коригуючої гімнастики сприяє прояву їх максимальних можливостей і найбільш ефективному виконанню тренувальних завдань.

4. Встановлено найбільш раціональний розподіл фізичних вправ коригуючої гімнастики для дітей 10–12 років із захворюванням ДЦП.

5. Запропоновано методику використання найбільш вигідних вихідних положень у коригуючій гімнастиці, яка сприяє приросту рухових навичок у клієнтів з наслідками ДЦП. Розроблено методи і удосконалити засоби фізичної реабілітації дітей з наслідками ДЦП, щодо набуття ними рухових навичок для адаптації у соціумі.

Література

1. Гончарова М.Н. Реабилитация детей с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата / М.Н. Гончарова. — Л.: Медицина, 2000. — 312 с.

2. Детские церебральные параличи. Основы клинической реабилитационной диагностики / В.И. Козявкин, М.А. Бабадаглы, М.А. Ткаченко, О.А. Качмар. — Львів: Медицина світу, 1999. — 296 с.

3. Диль В. Активно-пассивная Motomed-терапия в реабилитации детей с церебральным параличом / В. Диль // Международный неврологический журнал. — 2011. — №3 (41). — С. 109–114.

РЕАБІЛІТАЦІЯ УЧАСНИКІВ АТО: ЯК ПОВЕРНУТИ ДО МИРНОГО ЖИТТЯ КОЖНОГО

Галушка С.С.
студент 3 курсу напряму підготовки «Здоров'я людини»
Полтавського інституту економіки і права
Galushka.stas@mail.ru
Науковий керівник: ***Гета А.В.,*** *к. н. з фіз. вих. і спорту,*
доцент кафедри фізичної реабілітації та фізичного виховання
Полтавського інституту економіки і права Університету «Україна»
avg2901ne@gmail.com

Анотація. *Проблема адаптації військових до звичайного життя стоїть гостро у всіх країнах, які воюють. Як показав світовий досвід, посттравматичний (або афганський) синдром — це бомба уповільненої дії, яка може вдарити по всій нації. З початком бойових дій на Сході України питання реабілітації військовослужбовців стало надзвичайно актуальним. Слід зазначити, що фізична реабілітація не може забезпечити повноцінного повернення демобілізованих бійців до мирного життя. Майже завжди в учасників бойових дій поряд з фізичною травмою спостерігається стресова реакція організму в тому чи іншому вигляді. Тому саме комплексна реабілітація, надання якої зосереджене в одному лікувальному закладі, є більш ефективною та актуальною.*

Annotation. *The problem of adaptation of the military to ordinary life is acute in all the warring countries. As the world experience has shown, post-traumatic (or Afghan) syndrome is a bomb of a slow-moving action that can strike across the nation. With the onset of hostilities in the East of Ukraine, the issue of rehabilitating military personnel became extremely relevant. It should be noted that physical rehabilitation can not ensure the full return of demobilized fighters to peaceful life. Almost always in the participants of the fighting, along with physical trauma, there is a stress reaction of the organism in one form or another. Therefore, the complex rehabilitation, which is concentrated in one medical institution, is more effective and relevant.*

Реабілітація — це комплекс заходів, спрямованих на відновлення здоров'я та працездатності осіб з обмеженими фізичними чи психічними можливостями внаслідок перенесених травм і захворювань [2]. Сьогодні виникло питання комплексної реабілітації — медичної, фізичної та психологічної. З медичною все зрозуміло — це використання лікарських засобів і лікувальних властивостей світла, води, електроенергії, тепла — тобто фізіотерапія, всі види

масажу, а от психологічна і фізична реабілітації є відносно новим напрямом у роботі.

Серед усіх демобілізованих військовослужбовців, котрі звернулися до закладів охорони здоров'я, 54% потребують медичну, до 30% — фізичну і понад 80% — психологічну реабілітацію [4]. Психологи, які навчалися у педагогічних вишах, не мають досвіду роботи з бойовою травмою (це так званий посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) відомий у світі) [1, 4], але в нашій країні не було ані фахівців, ані методичних рекомендацій, ані досвіду роботи з такими пацієнтами. Державою був організований процес навчання таких психологів, яким проводили тренінги фахівці з Ізраїлю та Америки і таким чином набувався теоретичний і практичний досвід, головним питанням яких є можливість людини отримати кваліфіковану допомогу: консультації, фізичні процедури, групову психотерапію тощо.

Після оволодіння фахівцями цими знаннями і навичками щодо реабілітації учасників АТО повинні також враховуватись наступні положення:

1. 14 діб, що визначені для психологічної реабілітації учасників АТО, недостатньо. Процес реабілітації може бути спрямований тільки на стабілізацію емоційного стану та активізацію певних психічних ресурсів особистості.

2. Не комплексне використання психологічних послуг без поєднання їх із лікувальними процедурами, заходами культурного та духовного спрямування у відриві від єдиної системи психофізіотерапевтичного, психологічного та духовного відновлення, може привести до емоційного зриву та провокувати алкоголізацію особистості.

3. Відсутність попереднього медичного огляду психіатра, нарколога, відсутність діагностичних даних призводить до того, що у санаторний заклад потрапляють особи із алкогольною залежністю, психосоматичними захворюваннями, важким рівнем проявів ПТСР і комплексною психологічною травмою, яка передбачає тривалу психотерапію і не може бути реалізована в межах двотижневої реабілітації.

4. Особи, які відвідували групові заняття, легше і більш охоче йдуть на контакт з психологом в індивідуальній роботі. Засоби тілесно-орієнтованої психотерапії у поєднанні із засобами фізіотерапії дають відмінний результат як засіб зняття хронічних м'язових напруг і як наслідок відновлення психіки.

5. Кількість фахівців, задіяних у процесі психологічної реабілітації, повинна визначатися із розрахунку — один фахівець на 10–12 осіб, які потребують психологічного відновлення. Для психологічної реабілітації потрібно залучати фахівців із психологічною освітою та відповідним досвідом терапевтичної роботи [3, 4].

Отже, понад 50% учасників АТО, що проходили психологічну реабілітацію, потребують надання довгострокової психотерапевтичної допомоги для психологічного відновлення. За результатами проведених психодіагностичних процедур виявлено, що практично всі особи, яким надавалась психологічна реабілітація, вперше проходили фахову психодіагностику.

Література

1. Впровадження тактичної медицини: досвід, проблеми // http://narodka.com.ua/13698-vprovadzhennya-taktichno%D1%97-medicini-dosvid-problemi.

2. Класифікація психічних і поведінкових розладів: клінічний опис і вказівки по діагностиці. — 2-е вид. — К.: Сфера, 2005. — 308 с.

3. Медична реабілітація в Україні: потрібне повне перезавантаження? // http://www.vz. kiev.ua/medichna-reabilitaciya-v-ukra%D1%97ni-potribne-povne-perezavantazhennya.

4. Проблеми адаптації та реабілітації тих, хто побував в АТО // Проблеми реабілітації тих, хто пройшов війну. — 2015. — С. 3–5.

ОСОБЛИВОСТІ РОБОТИ ФАХІВЦЯ З ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЗІ СТУДЕНТАМИ З ІНВАЛІДНІСТЮ У ВНЗ

Гета А.В.
дк. н. з фіз. вих. і спорту,
доцент кафедри фізичної реабілітації та фізичного виховання
Полтавського інституту економіки і права Університету «Україна»
avg2901ne@gmail.com

Анотація. *Однією з найсерйозніших проблем сучасного світу є інвалідність. Збільшення інвалідності населення пов'язане з ускладненням процесів виробництва, техногенними катастрофами, збільшенням транспортних потоків, розширенням військових конфліктів, погіршенням екологічного стану та іншими причинами. Стаття присвячена проблемам особливостей роботи фахівців із фізичної реабілітації*

та фізичного виховання зі студентами з обмеженими можливостями в умовах вищої школи.

Annotation. *One of the most serious problems of the contemporary world is a disability. The increase in the population of disability associated with the complexity of the processes of production, man-made disasters, an increase in traffic flows, the expansion of military conflicts, environmental degradation and other causes. This article deals with the problems of the features of the specialists in physical rehabilitation and physical education with students s disabilities in terms of higher education.*

Одним із показників прогресивного розвитку суспільства є гуманне і дбайливе ставлення до дітей, молоді і людей із інвалідністю, які в силу своїх фізичних і психічних порушень не можуть вести повноцінний спосіб життя і навчання, тому такі люди потребують соціальної, медичної, фізичної, психологічної допомоги та відповідної оздоровчої та фізичної реабілітації.

На жаль, в сучасних умовах в Україні склалася критична ситуація з ростом інвалідності у молоді, причиною якої є урбанізація, технічний прогрес, загальна комп'ютеризація і віртуальне життя, а також розширення військових конфліктів, у результаті чого знижується рухова активність, погіршуються адаптаційні процеси в організмі, який розвивається. Крім цього, майже 90% дітей, учнів і студентів мають відхилення у стані здоров'я, понад 50% — незадовільну фізичну підготовку, близько 70% дорослих — низький і нижче за середній рівень фізичного здоров'я, в тому числі й у віці 16–19 років — 61%, 20–29 років — 67,2% [1, 3]. Тільки за останні роки майже на 40% збільшилась кількість учнівської, студентської молоді та призовників, віднесеної за станом здоров'я до спеціальної медичної групи [2].

Сьогодні студенти з інвалідністю мають соціальні пільги та фінансову допомогу, правовий захист, так як сучасна освіта у ВНЗ вийшла на новий рівень надання знань людині з особливими потребами. В цей же час зрозуміло, що для збереження і відновлення фізичного здоров'я осіб із інвалідністю необхідне впровадження в їх життя сучасних оздоровчих методів медичної, фізичної, психологічної та соціально-культурної реабілітації [1, 2, 3].

Проведення комплексу оздоровчих заходів з метою впровадження інтеграції людей з обмеженими фізичними можливостями в] у вивченні проблеми оздоровчої фізичної реабілітації практикується в університеті «Україна», де навчається близько тисячі сту-

дентів з інвалідністю. У цих студентів у процесі навчання виникає багато труднощів з адаптацією до навчального процесу у зв'язку з дефіцитом часу на оздоровлення і своєчасний відпочинок. Підвищене розумове навантаження, навантаження на емоційну сферу і зниження рухової активності, труднощі, пов'язані з хворобою, негативно впливають на стан здоров'я в цілому. Ці студенти вимагають вчасної профілактики для попередження загострення хвороб.

В університеті створене управління соціальної адаптації та реабілітації, яке в своєму штаті має фахівців: медиків, психологів, соціальних працівників, у тому числі і фахівців з фізичної реабілітації. У ВНЗ розроблена методика фізичної реабілітації студентів з обмеженими можливостями.

У сучасному проекті відбулися спостереження за змінами в стані здоров'я цих студентів при дотриманні рекомендацій індивідуальної програми фізичної реабілітації під час навчання в університеті. Відповідно до наказів про зарахування студентів в університеті створюється база даних студентів з інвалідністю, в якій вказуються основні дані для подальшої роботи (основний діагноз, форма і ступінь захворювання, супутні хвороби, назва спеціальної медичної групи і т.д.).

Реабілітаційний процес цієї категорії студентів складний і тривалий, він включає в себе проходження фізичної, психологічної та соціальної реабілітації:

• розробка індивідуальної комплексної програми реабілітації (загальної та індивідуальної), оздоровчої фізичної реабілітації і навчання в умовах ВНЗ;

• формування мотивації студентів з інвалідністю до активної діяльності;

• реалізація індивідуальних програм реабілітації і навчання відповідно до обраної студентом з інвалідністю майбутньої спеціальності;

• створення сучасної навчально-методичної та педагогічної групи, яка допомагає освоєнню роботи студентів на індивідуальному комп'ютері з науково-виховними програмами тощо [1, 2].

Під час навчального року фахівцями з фізичної реабілітації проводяться консультації з використання засобів відновлення, збереження здоров'я, щільності та інтенсивності фізичних навантажень: ЛФК, оздоровчих видів спорту, лікувальної і коригуючої гімнастики, силового тренування, раціонального харчування,

здорового способу життя. Проводяться навчальні індивідуальні заняття з відновлювальної гімнастики, масажу і т.д.

Фахівці-реабілітологи відзначають, що в наш час існують труднощі в навчанні по новітніх комп'ютерних технологіях. Також важливе значення мають проблеми при самостійних заняттях студентів з інвалідністю. З огляду на цей проект вважається, що в вищих навчальних закладах у штатному розкладі потрібно ввести посаду фахівця з фізичної реабілітації для спостереження за фізичним здоров'ям студентської молоді та своєчасної профілактики загострення хвороб. Системна робота такого фахівця буде сприяти забезпеченню якісної та ефективної реабілітаційної роботи зі студентами з обмеженими можливостями.

Література

1. Добровольская Т.А. Инвалиды как дискриминируемое меньшинство / Т.А. Добровольская, Н.Б. Шабалина // Социологическое исследование. — 2002, №5 — С. 35–37.

2. Лляной Ю.О. Деякі проблеми фізичної та соціальної реабілітації молоді, яка має фізичні вади / Ю.О. Лляной // Молодіжні проблеми в Україні: стан та шляхи вирішення — Зб. наук.-метод. статей. — Львів, 2007. — С. 102–105.

3. Мухін В.М. Фізична реабілітація / В.М. Мухін. — К.: Олімп. література, 2005. — 472 с.

4. http://zakon2.rada.gov.ua (Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» / Деякі питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю). — 2016.

КОРЕКЦІЯ МОВЛЕННЄВИХ ПОРУШЕНЬ ТА ГОЛОСУ

Гетьман І.М.
логопед ММЦПСМ «СУВАГ», м. Київ

Анотація. *Ця тема має дуже важливе практичне застосування як в діагностиці мовних порушень, так і в процесі реабілітації пацієнтів з порушеннями слуху, з КІ, у пацієнтів зі специфічними розладами мови. Своєчасна діагностика і реабілітація допомагають в процесі подальшого гармонійного комплексного розвитку людини, розширенні запасу знань та уявлень про оточуючий світ.*

Annotation. This topic has a very important practical application both in the diagnosis of speech disorders, and in the process of rehabilitation of patients with hearing impairment, with COI, in patients with specific speech disorders. Timely diagonism and rehabilitation help in the process of further harmonious complex development of man, expanding the stock of knowledge and ideas about the surrounding world.

• Головна особливість розвитку мови людини, починаючи зі шкільного віку, це її свідоме засвоєння.

• Для того, щоб процес мовного розвитку проходив своєчасно і правильно, необхідні певні умови.

• Фізіологічний (своєчасний і правильний, динамічний) мовний розвиток дозволяє постійно засвоювати нові поняття, розширюючи запас знань та уявлень про оточуюче.

• Досить часто у пацієнтів спостерігаються порушення звуковимови різного ступеню:

✓ Порушення просодичних характеристик;

✓ Порушення звуковимови.

• Порушення просодичних характеристик:

✓ Інтонації

✓ Гучності

✓ Ритму

✓ Висоти голосу

• Виражені порушення проговорювальної сторони мови:

✓ Носовий відтінок голосу

✓ Порушення контролю висоти гучності голосу

✓ Порушення інтонації

✓ Порушення вимови окремих звуків мови

✓ Порушення мовного дихання

• Причини порушення голосу різноманітні:

✓ Захворювання гортані, носоглотки, легень

✓ Перенапруження голосу

✓ Зниження слуху

✓ Захворювання нервової системи

✓ Недотримання гігієни розмовного і співочого голосу.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ЛЮДЕЙ З ТРАВМАМИ СПИННОГО МОЗКУ

Глущук П.М.
магістрант спеціальності «Фізична реабілітація»,
кафедра здоров'я людини і фізичного виховання
Університету «Україна»
Адирхаєва Л.В.
к. пед. наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання
Інституту соціальних технологій, Університет «Україна»
massagistt22@gmail.com

Анотація. *В роботі приведено обґрунтування підходів до комплексної реабілітації людини з травмами спинного мозку. Визначено основні причини пошкодження спинного мозку та ефективні засоби фізичної реабілітації. Розроблено комплексну програму фізичної реабілітації людини з травмами спинного мозку, до якої увійшли сучасні методи відновлення функцій.*

Annotation. *The work substantiates the approaches to complex rehabilitation of a person with spinal cord injuries. The basic causes of spinal cord injury and effective means of physical rehabilitation are determined. A comprehensive program of physical rehabilitation of a person with spinal cord injuries has been developed, which includes modern methods of restoration of functions.*

Спинний мозок — це нервова тканина, що йде вниз від головного мозку в спинномозковому каналі спини. Спинномозковий канал оточений хребтом у вигляді кісткової структури, який захищає спинний мозок від різних пошкоджень. Тридцять один спинномозковий нерв відходить від спинного мозку до грудей, живота, ніг і рук. Ці нерви дають команду мозку рухатися тими чи іншими частинами тіла. У верхній частині спинного мозку знаходяться нерви, керуючі руками, серцем, легенями, у нижній — ногами, кишечником, сечовим міхуром. Інші нерви повертають від тіла інформацію мозку — відчуття болю, температури, положення тіла.

Основні причини пошкодження спинного мозку: дорожньо-транспортні травми; падіння з висоти; удари і поранення; спортивні ушкодження; пухлина мозку; інфекційні та запальні процеси; аневризма судин; тривале пониження артеріального тиску. Спинний мозок, на відміну від інших частин тіла нездатний до відновлення, тому пошкодження його веде до необоротних процесів. Пошкодження спинного

мозку може бути результатом не одного процесу: це і травми хребта, і порушення кровопостачання, і інфекції, і пухлини та ін.

Мета роботи — розробити комплексну програму фізичної реабілітації людини з травмами спинного мозку.

У медицині в наш час існують множинні підтвердження того, що і при повному порушенні цілісності спинного мозку є шанс на часткове відновлення деяких функцій, які втрачені через травми. У таких пацієнтів реабілітаційний період залежить від рівня, тяжкості, а також давнини травми хребта, вік, від початку відновлювальної програми. При пошкодженні спинного мозку основним наслідком, що призводить до інвалідності, вважається порушення рухових функцій — повний параліч (тетрапарез) або параліч нижніх кінцівок залежно від ступеня, рівня ураження спинного мозку. Відновлення у таких хворих, насамперед, спрямоване на відновлення саме рухової активності. Різні реабілітаційні заходи проводитися можуть амбулаторно і в стаціонарі.

Виявлено, що важливим моментом в періоді реабілітації є профілактика, виявлення, а також лікування ускладнень, наслідків травми спинного мозку. Це такі ускладнення: різні гнійно-септичні ураження (це пролежні, при тривалому положенні людини лежачи, пневмонії, інфекції сечовивідних шляхів і сепсис), тромбоз глибоких вен з розвитком тромбоемболії легеневої артерії, а також спастичний синдром. Кожне з таких ускладнень може привести до летального результату. Ранній початок реабілітаційного періоду дозволяє попередити більш глибоку інвалідизацію хворого і дає можливість швидше людину повернути до нормального життя.

Реабілітація після таких травм полягає у навчанні новим навичкам, переучуванні умінь і навичок, адаптації до емоційних, соціальних, фізичних наслідків ішемічного інсульту. У самому процесі відновлення беруть участь різні фахівці: медичні сестри, консультанти-фахівці, лікарі, фізіотерапевти, логопеди, нейропсихології. Використовуються сучасні досягнення медицини, що дає можливість домогтися максимального відновлення після травм спинного мозку. Реабілітація повинна проходити в основному в спеціально обладнаних установах. Широко застосовується фізіотерапія, механотерапія, ЛФК, кінезотерапія, масаж. Курс відновлення триває до 9 місяців, залежно від тяжкості травми.

Основні навички, які відновлено в процесі реабілітації: догляд за собою (годування, умивання, одягання і пр.), виконання туалету (догляд за сечовим міхуром), руху (ходьба або управління колясками), психологічна витривалість.

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ПРИ ПНЕВМОНІЇ

Гоголь Ю.І.
студент магістратури спеціальності «Фізична реабілітація»,
Університет «Україна»
Адирхаєва Л.В.
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання
Університету «Україна»
Yulik_1@ukr.net

Анотація. *Пневмонія — це загальне тяжке інфекційне захворювання з ураженням усієї легені чи її значної частини (крупозна пневмонія) або окремих невеликих ділянок легень (осередкова пневмонія). При запаленні легень у патологічний процес звичайно втягуються три основні системи — дихальна, серцево-судинна та нервова. У зв'язку з цим лікування пневмонії необхідно проводити за принципами етіопатогенетичної комплексної терапії на фоні лікувально-охоронного режиму, який створює необхідні передумови для відновлення нормальної реактивності та захисних сил організму хворого.*

Невід'ємною і найбільш суттєвою частиною медичної реабілітації хворих на пневмонію є ЛФК, тому що не тільки сприяє морфологічному та функціональному відновленню органів дихання, але й забезпечує досконалу адаптацію всього організму до звичайних для даного хворого умов побуту і праці.

Annotation. *Appoint LFK from the first days of disease, methodology is built in accordance with a curative task on the basis of the appointed curatively-guard mode. In the conditions of permanent establishment to the patient recommend one of four modes: severe ліжковий(at a necessity), extended bed, chamber and free. Setting of the motive mode depends on weight of illness, her motion, physical preparedness of patient, presence of accompanying diseases and other factors.*

Протипоказання до призначення ЛФК мають тимчасовий характер. До них належать: загальний тяжкий стан хворого, виражена інтоксикація, температура тіла понад 37,5 °С, сильні болі, дихальна недостатність, тахікардія (пульс більше 100 уд/хв).

Основні завдання ЛФК при пневмонії такі:

– підвищення нервово-психічного тонусу і реактивності організму;

– поліпшення крово- і лімфообігу в легенях, що дозволяє прискорити розсмоктування запального ексудату та запобігти ускладненням (утворення спайок у плевральній порожнині, ателектаз, бронхоектаз);

– зменшення проявів дихальної недостатності;

– активізація тканинного обміну та окисно-відновних процесів у організмі;

– сприяння більш повному виведенню харкотиння;

– відновлення правильного механізму дихального акту (зниження напруження дихальної мускулатури, вироблення нормальних співвідношень дихальних фаз, розвиток ритмічного дихання з більш тривалим видихом, збільшення дихальних екскурсій діафрагми);

– розвиток компенсаторних механізмів, які забезпечують поліпшення вентиляції легень і підвищення газообміну шляхом зміцнення дихальної мускулатури та збільшення рухливості грудної клітки.

Залежно від стану хворого застосовувати ЛФК у комплексній терапії хворих на пневмонію можна на наступний після кризи день або протягом перших 2–3 днів при нормальній температурі тіла.

При суворому ліжковому режимі використовують статичні дихальні вправи, при цьому щадять уражену легеню (не поглиблюють дихання і не збільшують рухливість грудної клітки), елементарні гімнастичні вправи малої інтенсивності для дрібних і середніх м'язових груп верхніх та нижніх кінцівок. Усі вправи виконують у вихідному положенні лежачи на спині або напівсидячи з високо піднятим узголів'ям. Ослабленим хворим, особливо літнього віку, рекомендують погладжувальний масаж спини (щоб запобігти легеневим ускладненням) у вихідному положенні лежачи на здоровому боці, а також масаж нижніх та верхніх кінцівок.

При розширеному ліжковому режимі ЛФК призначають у вигляді процедур лікувальної гімнастики і ранкової гігієнічної гімнастики. Заняття проводять індивідуально або малогруповим методом. Вихідні положення (з частою їх зміною): лежачи на спині, на боці; сидячи на ліжку, опустивши ноги. Процедуру лікувальної гімнастики починають із виконання статичних дихальних вправ, які розвивають фази вдиху і видиху, з поступовим поглибленням дихання. За допомогою інструктора ЛФК хворий намагається зробити максимально глибокий вдих і тривалий видих через губи, складені трубочкою (2–3 рази). Далі інструктор кладе руку на верхні квадран-

ти живота хворого (ділянка діафрагми) і просить його під час глибокого вдиху максимально втягти живіт. Після засвоєння цих вправ хворий виконує їх самостійно 5–6 разів протягом дня. Вони сприяють поліпшенню легеневої вентиляції, збільшенню глибини дихання та зменшенню його частоти, збільшенню рухливості діафрагми.

Лікувальну фізкультуру при захворюваннях органів дихання застосовують на всіх етапах реабілітації. Лікувальна дія фізичних вправ проявляється у вигляді чотирьох основних механізмів, серед яких при розвитку дихальної недостатності на перший план виступає механізм формування компенсації та тонізуючого впливу, а у подальшому-механізм трофічної дії, нормалізації функцій. Фізичні вправи підвищують тонус ЦНС, сприятливо впливають на нервово-регулярні механізми управління вегетативними функціями організму, підсилюють моторно-вісцеральні рефлекси, активізують органічні взаємозв'язки між рухом і диханням.

Література

1. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура.– Москва. — 2004. — 602 с.
2. Дубровский В. И. Лечебный массаж. — М.: Медицина, 1995. — 208 с.
3. Епифанов В. А. Лечебная физическая культура и спортивная медицина: Учебник. — М.: Медицина, 1999. — 304 с.
4. Кокосов А. Н., Стрельцов Э. В. Лечебная физкультура в реабилитации больных с заболеваниями легких. — Л.: Медицина, 1987. — 114 с.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ГІПЕРТОНІЧНІЙ ХВОРОБІ

Гордієнко І.І.
магістрант спеціальності «Фізична реабілітація»,
кафедра здоров'я людини і фізичного виховання
Університету «Україна»
Адирхаєва Л.В.
к. пед. наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання
Інституту соціальних технологій, Університет «Україна»
I_hordienko@ukr.net

Анотація. *В тезах приведено загальну характеристику проведеного дослідження хворих на гіпертонію. Розроблено алгоритм реабілітаційних заходів при гіпертонічній хворобі на стадії А та В. З'ясовано роль і дію основних методів фізичної реабілітації хворих на гіпертонію.*

Розроблено заходи попередження виникнення гіпертонічної хвороби у людини молодого віку.

Annotation. *The theses give a general description of the study of patients with hypertension. The algorithm of rehabilitation measures at hypertension in stages A and B. The role and effect of the basic methods of physical rehabilitation of patients with hypertension was determined. Measures have been developed to prevent the onset of hypertension in a young person.*

Гіпертонічна хвороба (ГХ) — це хронічне захворювання, що вражає різні системи організму, що характеризується підвищенням артеріального тиску вище за норму, найпоширеніше захворювання серцево-судинної системи. Встановлено, що страждаючі гіпертонічною хворобою складають15–20% дорослого населення за даними різних епідеміологічних досліджень. ГХ досить часто приводить до інвалідності і смерті. Артеріальна гіпертензія є одним з головних чинників ризику розвитку ІБС, мозкового інсульту і інших захворювань. Актуальність полягає у тому щоб розглянути реабілітацію при цій хворобі, адже гіпертонічна хвороба знаходить неухильну тенденцію до зростання і зв'язано це, перш за все з тим, що гіпертонічна хвороба — це хвороба цивілізації, її негативних сторін (зокрема, інформаційного буму, збільшеного темпу життя, гіпокінезії і ін.). Все це викликає неврози, у тому числі серцево-судинні, негативно впливаючи на організм і його регуляторні механізми, у тому числі на регуляцію судинного тонусу.

Мета роботи: розробити програму фізичної реабілітації людини з гіпертонічною хворобою.

Визначено причини виникнення гіпертонічної хвороби: атеросклеротичні ураження периферичних судин; порушення нейроендокринної регуляції судинного тонусу. Підтверджено фактори ризику: психоемоційні перенапруження, часті стреси, надмірна розумова праця, атеросклероз, спадковість, ожиріння, діабет, клімакс, паління тощо. Хвороба має хронічний перебіг з періодичними загостреннями, гіпертонічними кризами і ремісіями. Проявляється вона болем голови, шумом у вухах, запамороченням, підвищеною дратівливістю, зниженням працездатності. При гіпертонічному кризі ці симптоми різко посилюються, з'являється біль у м'язах і суглобах, виникають гострі розлади зору, блювота, іноді хворі втрачають свідомість.

У перебігу гіпертонічної хвороби розрізняють три стадії, кожну з яких поділяють на дві фази — А і Б. Гіпертонічну хворобу лікують

комплексно. В першу чергу призначають ліки, що знижують артеріальний тиск (гіпотензивні препарати); усувають або максимально зменшують дію чинників, що викликали його підвищення; призначають дієту зі зниженням у їжі кухонної солі; використовують засоби фізичної реабілітації на фоні раціонального рухового режиму; приділяють увагу організації праці і відпочинку. В реабілітації хворих з ГХ найбільш ефективний комплексний підхід, що включає лікувальну фізичну культуру, масаж, фізіотерапію, мануальну терапію, а також пасивну профілактику, саме корекцію хребта, спеціальні вправи і ін. Всі ці методи фізичної реабілітації є обов'язковими складовими комплексної реабілітаційної програми.

Ранній початок проведення реабілітаційних заходів важливий з погляду профілактики можливості дегенеративних змін та побічних ефектів хвороби. Раннє включення в лікувальний процес реабілітаційних заходів, адекватних стану хворого, багато в чому забезпечує більш сприятливу течію і результат захворювання, служить одним з моментів профілактики інвалідності.

В реабілітації хворих з ГХ основне значення мають фізичні вправи. Вправи необхідно розглядати як найбільш важливий зміцнюючий і лікувальний засіб для відновлення будь-якої угасаючої функції ослабленого органу. Вправи надають безпосередню лікувальну дію, стимулюючи захисні механізми, прискорюючи і удосконалюючи розвиток компенсації, покращуючи обмін речовин і репаративні процеси, відновлюючи порушені функції; перебудовується функціональний стан вегетативних центрів, які покращують трофіку внутрішніх органів і опорний — рухового апарату.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ СКОЛІОЗАХ

Горкуша М.В.
студент магістратури спеціальності «Фізична реабілітація»
Шведова Г.О.
старший викладач кафедри здоров'я людини та фізичного виховання,
Університет «Україна»
mops_4@ukr.net

Анотація. *В даній роботі висвітлена актуальність проблеми і причини виникнення сколіозу, що собою являє ця проблема, і детальний аналіз літератури та методи запобігання розвитку хвороби.*

Ефективність лікувальної фізичної культури в боротьбі з цими захворюванням.

Annotation. *This paper highlights the relevance of the problem and causes of scoliosis, which is this problem, and a detailed analysis of literature and methods for preventing the development of the disease. The effectiveness of therapeutic physical culture in the fight against these diseases.*

Актуальність теми: Сколіоз — це бічне викривлення хребта у фронтальній площині. Ребровий горб, який при цьому спостерігається, утворює деформацію з опуклістю убік і назад — кіфосколіоз. Сколіоз зустрічається набагато частіше, ніж про це думають. За даними Петербурзького дитячого ортопедичного інституту ім. Р.І. Турнера, у 40% обстежених школярів старших класів виявлено порушення статики, що вимагає лікування. Статистика численних досліджень по виявленню сколіозу у дітей свідчить, що ця деформація — одне з найбільш частих захворювань опорно-рухового апарату, яке має тенденцію до прогресу і досягає вищого ступеня до закінчення зростання дитячого організму

Мета: дослідження можливостей фізичної реабілітації при сколіозі.

Об'єкт: фізична реабілітація при захворюваннях опорно-рухового апарату.

Предмет: фізична реабілітація при сколіозі

Методи дослідження: теоретичний аналіз та обґрунтування даної спеціальної літератури.

Ступеня сколіозу (бокового зміщення осі хребетного стовпа) формуються поступово. Швидкість прогресування патології визначається причинами і способом життя людини.

Залежно від причини зміщення хребта в фронтальній (бічний) площині може бути:

1. Вродженим;
2. Набутим.

Вроджене викривлення формується при порушенні розвитку скелета дитини під час внутрішньоутробного розвитку. Негативним чином на формування хребетного стовпа у плода впливають шкідливі звички матері (куріння, алкоголь). Набутий сколіоз формується під впливом вторинних захворювань — рахіт, туберкульоз, поліоміеліт, дегенеративних змін в організмі. Сколіоз являє собою досить поширене захворювання, яке може виникнути як у дорослих, так і у дітей. Воно характеризується деформацією хребта або

вправо, або вліво. Це захворювання сучасної людини, так як до нього призводить малорухливий спосіб життя, слабкість м'язового корсету, неправильна постава. Розрізняють: З подібний сколіоз, сколіоз S і Z образного типу.

Лікування сколіозу складається з трьох взаємозв'язаних ланок: мобілізація викривленого відділу хребта, корекція деформації і стабілізація хребта в положенні досягнутої корекції Необхідно пам'ятати, що лікувальна гімнастика при сколіозі повинна підбиратися фахівцем.

Комплекс призначається індивідуально з урахуванням категорії викривлення, віку хворого. Неправильний вибір вправ і їх безконтрольне виконання можуть заподіяти шкоду, погіршити стан хребта.

Висновки: Сколіоз — це бічне викривлення хребта у фронтальній площині. Однак основною і найбільш важким завданням, рішення якого визначає успіх лікування в цілому, є не мобілізація і корекція викривлення, а стабілізація хребта в коригованому положенні.

В даний час велике місце в реабілітації хворих сколіозом займає консервативний метод лікування, під яким розуміється комплекс медичного, ортопедичного, педагогічного, психологічного і соціального порядку. Істотне значення в цьому комплексі грають ЛФК, массаж, методи пасивної корекції, ортопедично підтримуючі корсети (при сколіозі II ступеня), фізіотерапевтичні і гартуючі процедури, вітамінотерапія.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ СЕРЕДНЬОГО СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ДЦП 2–7 РОКІВ

Горова А.О.
магістрант спеціальності «Фізична реабілітація»,
кафедра здоров'я людини і фізичного виховання
Університету «Україна»
Адирхаєва Л.В.
к. пед. наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання
Інституту соціальних технологій, Університет «Україна»

Анотація. *В тезах приведено результати експериментальних досліджень особливостей фізичної реабілітації дітей середнього ступеня тяжкості ДЦП 2–7 років. Використано сучасні методи фізичної*

реабілітації: електроміографія, мануальне м'язове тестування, ортостатична проба, тестування рухів, спірографія, методи індексів. За допомогою засобів фізичної реабілітації сталася деяка корекція рухомо-рефлекторної сфери дітей з ураженням нервової системи, а також — поліпшення функціонального стану серцево-судинної і дихальної систем.

Annotation. *The theses present the results of experimental studies of the physical rehabilitation characteristics of children of middle cerebral palsy severity of 2–7 years. Modern methods of physical rehabilitation were used: electromyography, manual muscle testing, orthostatic test, motion testing, spirography, index methods. With the help of physical rehabilitation there was some correction of the motion-reflex sphere of children affected by the nervous system, as well as improving the functional state of the cardiovascular and respiratory systems.*

Зростання числа захворювань на дитячий церебральний параліч (ДЦП) у дітей свідчить про те, що проблема дитячої інвалідності вимагає більш пильної уваги. Розробка вдосконалених методів фізичної реабілітації, впровадження тренажерних пристроїв з використанням переважно активних фізичних вправ, підвищить ефективність розвитку не тільки рухових навичок, а й інші якості, необхідні в повсякденному житті, що і визначає актуальність теми.

Дитячий церебральний параліч — це органічне ураження мозку, яке виникає в період внутрішньоутробного розвитку, в період пологів або в період новонародженості і супроводжується різними руховими порушеннями: парезами, паралічами, насильницькими рухами, порушенням координації. ДЦП виникає під впливом різних екзогенних і ендогенних факторів, які також можуть взаємодіяти між собою і є причиною появи цього захворювання. В даний час доведено, що понад 400 факторів можуть надати шкідливу дію на центральну нервову систему плоду, що розвивається. Найбільш поширеними з них є: захворювання матері (ендокринні, серцево-судинні, запальні процеси тих чи інших органів, вірусні інфекції і т.д.), необґрунтоване застосування лікарських засобів, вживання алкогольних напоїв, як матір'ю, так і батьком майбутньої дитини, куріння, психічні і фізичні травми матері під час вагітності, і тому числі і негативні емоції (злість, заздрість і т.д.), опромінення, в тому числі і ультрафіолетове у великих дозах, недолік або надлишок харчуванні, аборти, які нерідко призводять до рецидивуючих запальних захворювань внутрішніх органів.

Мета дослідження: обґрунтувати комплексну програму фізичної реабілітації дітей середнього ступеня тяжкості ДЦП 2–7 років.

У дослідженні методів фізичної реабілітації дітей з середнім ступенем тяжкості ДЦП брали участь 12 дітей (9 хлопчиків і 3 дівчинки) в віці 2–7 роки з діагнозом: середній ступінь тяжкості ДЦП, гіперкінетична форма, середнього ступеня тяжкості. Курс реабілітації склав 4 тижні. Дослідження стану нейром'язового апарату дітей базувалося на основі даних електроміографії (ЕМГ) великогомілкової м'язів; мануального м'язового тестування (ММТ) нижніх кінцівок (5 балів — норма); тесту «Хват м'яча» (максимум — 5 балів). Для дослідження кардіо — респіраторної системи застосовувалися такі методи: ортостатична проба; спірографія. За допомогою показників ЧСС (*P*) і частоти дихання (*D*) розраховувався індекс Хільдельбранта: $Q = P/D$.

Як показали проведені дослідження, діти з гіперкінетичною формою ДЦП характеризувалися комплексними порушеннями функціонального стану ОДА і кардіореспіраторної системи. Згідно з літературними даними, у дітей з ДЦП мають місце порушення регуляції тонусу м'язів по типу екстензорній ригідності. Це підтверджується низьким рівнем показників мануального м'язового тестування нижніх кінцівок дітей з ДЦП, встановленим в перші дні наших досліджень (3,0 ± 0,6 бала)

Відомо, що у дітей з ДЦП знижені вроджені рефлекси (хапальний і т.д.)]. Крім того, наростаючі патологічні синергії в сукупності з тонічними патологічно розвиваються установочними рефлексами визначають формування патологічного рухового стереотипу. Наші дослідження підтверджують ці дані. Так, у дітей з гіперкінетичною формою ДЦП має місце низький рівень дрібної моторики, що продемонстровано тестом «Хват м'яча», який в 1 день склав всього 3,5±0,9 балів. Дані електроміографії (ЕМГ), отримані на початку дослідження, підтверджують порушення рухово- рефлекторної сфери дітей з ДЦП (біоелектрична активність великогомілкової м'язів нижніх кінцівок склала 173,33±4,63 мкВ). Результати ортостатичної проби, отримані в нами в 1-ий день реабілітації, показують, що підвищення ЧСС в результаті дії гравітаційного навантаження склало 8,37±1,22%. Це свідчить про обмежені функціональні можливості системи гемодинаміки і вегетативної нервової системи в цілому дітей з гіперкінетичною формою ДЦП. Дані спирографії також свідчать про наявність гіперкінезів діафрагми і дихальних м'язів (ЖЕЛ склала 303,33±9,26 мл).

Таким чином, за допомогою засобів фізичної реабілітації сталася деяка корекція рухомо-рефлекторної сфери дітей з ураженням нервової системи, а також — поліпшення функціонального стану серцево-судинної і дихальної систем.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ПІДЛІТКІВ ЗІ СКОЛІОЗОМ

Городецька І.А.
6 курс, група ЗФР-71/16(09)В,
спеціальність «Фізична реабілітація»
Університет «Україна»
Коваленченко В.Ф.
кандидат медичних наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Інституту соціальних технологій,
Університет «Україна»
artukraina@ukr.net

Анотація. *У статті розкрита проблема сколіозу у підлітків. Розглянуті основні форми деформації сколіозу, профілактичні заходи щодо правильної організації життя. Вказані три етапи лікування сколіозу. Вплив фізичного навантаження при сколіозі.*

Annotation. *The article deals with the problem of scoliosis in adolescents. The basic form of scoliosis deformity, preventive measures for the proper organization of life. These three stages of treatment of scoliosis. Effect of exercise in scoliosis.*

Проблема деформації скелету у дітей та підлітків в усі часи була актуальною. Незважаючи на бурхливий розвиток науки і техніки, проблема деформацій скелету не лише не була вирішена, але і навіть погіршилась. Актуальність даної проблеми також обумовлена ранньою появою деформацій скелету. Порушення постави виникає у 51,3% дітей. За дослідженнями 2002 року, в Києві сколіотична хвороба уражає до 14% школярів, 1% з цієї групи мають стійку тенденцію до прогресування і вимагають проведення спеціального лікування.

Отже, проблема деформацій скелету є дуже актуальною в сучасному суспільстві і потребує пошуків нових методів лікування і профілактики.

Мета роботи полягає у виявленні ефективності різних реабілітаційних програм при сколіозі у підлітків.

Термін сколіоз (грец. «*scolios*» — кривий) позначає стійке бічне відхилення хребта від нормального випрямленого положення. Наш хребет складається з п'яти відділів та 33–34 хребців, хребетний стовп має чотири природних вигину, за рахунок чого відбувається зниження навантаження на хребет і забезпечується його рухливість.

За формою деформації розрізняють:

С — подібний сколіоз: форма викривлення нагадує букву «С». Це так звана проста дуга. Як правило, величина її не перевищує 1–2 ступеня. Відповідно напрямку вершини букви С виділяють правобічний і лівобічний сколіоз.

Локалізація сколіозу визначається ділянкою хребта, на рівні якого перебуває вершина дуги. В залежності від локалізації виділяють С-образний поперековий, грудний, грудо-поперековий, шийний, шийно-грудний сколіоз.

S — подібний сколіоз: дві і більше дуг у фронтальній площині формують S-подібну деформацію. Зазвичай це 3–4 ступінь викривлення хребта.

Лікування сколіозу починається з профілактичних заходів щодо правильної організації життя. Сюди входять організація робочого простору (щоб на робочому місці хворий сколіозом не сутулився і не перевантажував хребетний стовп), організація сну (м'яка постіль протипоказана), правильне харчування, регулярні прогулянки пішки. Все це корисно і для профілактики сколіозу.

Зазвичай лікування сколіозу складається з трьох етапів: активний вплив на викривлення, виправлення викривлення, закріплення правильного положення хребта. Третій етап — найважчий. Розслаблені або взагалі не працюючі м'язи спини необхідно тренувати за допомогою спеціальної лікувальної гімнастики, масажу, електростимуляції, які призначає фахівець в залежності від ступеня захворювання і характеру сколіозу у даного хворого. Фізичні навантаження є основними консервативними методами лікування. ЛФК може варіювати від легкої гімнастики до занять на тренажерах за індивідуальною програмою. Фізичні навантаження допомагають поліпшити стан м'язів і зв'язкового аппарату, поліпшити гнучкість поставу, зняти больові відчуття. На допомогу приходить плавання, тренування рівноваги, навчання хворого сколіозом прийомам розслаблення хребта та м'язів спини. Формування правильної постави при лікуванні сколіозу нормалізує роботу внутрішніх органів.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІД ЧАС ЗАХВОРЮВАНЬ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Горошко В.О.
студентка III курсу напряму підготовки «Здоров'я людини»
Полтавського інституту економіки і права
horoskovita@mail.ru
*Науковий керівник: **Гета А.В.**, к. н. з фіз. вих. і спорту,*
доцент кафедри фізичної реабілітації та фізичного виховання
Полтавського інституту економіки і права Університету «Україна»
avg2901ne@gmail.com

Анотація. *У сучасний період в Україні значна увага приділяється з'ясуванню нових підходів до визначення пріоритетних напрямів фізичної реабілітації, які б забезпечили найбільш ефективні шляхи підтримання та покращення здоров'я людини. Дозовані фізичні навантаження дають помітний позитивний вплив на самопочуття людей із патологіями серцево-судинної системи й підвищують функціональний стан і резерви серцево-судинної системи, швидкість відновлення показників кардіореспіраторної системи.*

Annotation. *In the modern period in Ukraine considerable attention is paid to elucidating new approaches to the definition of priority areas of physical rehabilitation that would provide the most effective ways of maintaining and improving human health. The metered physical load gives a noticeable positive effect on the state of health of people with pathologies of the cardiovascular system and increases the functional state and reserves of the cardiovascular system, the rate of recovery of indicators of the cardiopulmonary system.*

Захворювання серцево-судинної системи є основною причиною інвалідності та смертності людей в більшості країн світу. До них відносять ішемічну хворобу серця, гіпертонічну і гіпотонічні хвороби, міокардит, перикардит, ендокардит, дистрофію міокарда, вроджені та набуті вади серця та ін. [2]. До факторів, які сприяють виникненню цих захворювань, відносять психоемоційні перевантаження, спадковість, гіподинамія, переїдання і зловживання алкоголем [1, 3].

Основними напрямами фізичної реабілітації під час захворювань серцево-судинної системи є підготовка організму до функціональних і фізичних навантажень згідно з можливостями організму й потребами в стимуляції м'язової діяльності; відновлення потенціалу

ослабленого організму; поступовість, безперервність та індивідуальний підхід у застосуванні фізичних навантажень; рухова активність у вигляді різних форм м'язової діяльності; систематичне повторення термінової адаптації у вигляді виконання одноразового фізичного навантаження; використання довгочасної, відносно стабільної адаптації тренувального характеру, за якої зростає об'єм серця, кількість функціональних капілярів у м'язовій тканині, зберігається кількість й активність аеробних ферментів; використання різноманітних методів навчання та показу; періодичне проведення лікарського контролю [3].

Серцево-судинні захворювання лікують комплексно. Це і медикаментозне лікування, і фізична реабілітація із суворим дотриманням відповідного рухового режиму, і дієтотерапія, і психотерапія.

Лікувальну фізичну культуру застосовують на всіх етапах реабілітації. Вона має позитивний вплив на функцію серця і судин. При цій патології провідними механізмами лікувальної дії фізичних вправ є тонізуючий вплив і трофічна дія [2].

Фізичні вправи підвищують тонус ЦНС, стимулюють процеси нервової регуляції серцевої діяльності, забезпечують утворення в корі головного мозку фізіологічної домінанти збудження, під впливом якої відбувається загасання іншого патологічного вогнища збудження. Під впливом фізичних вправ розширюються коронарні судини, розкриваються резервні капіляри, прискорюється кровообіг і збільшується ємність судин [3]. Дозоване фізичне навантаження може збільшити кількість крові, яка протікає через коронарні судини у 8–10 разів, що сприяє поліпшенню трофіки в серцевому м'язі, підсилює скоротливу здатність міокарда і попереджає розвиток кардіосклеротічніх змін і дистрофії [3]. М'язова діяльність стимулює периферичний кровообіг, збільшуючи кількість функціонуючих капілярів, розширюючи просвіт судин, знижуючи тонус артеріального тиску, зменшуючи периферичний опір.

Лікувальний масаж застосовують в комплексному лікуванні з метою регуляції нервово-рефлекторних механізмів. Імпульси, які йдуть до ЦНС з рефлексогенних зон, мають значення в саморегулювання кровообігу. Під впливом масажу збільшується кількість функціонуючих капілярів, посилюється мікроциркуляція, знижується тонус артеріальних судин і підвищується тонус венозних, активізується венозний і лімфатичний кровообіг. Це сприяє ліквідації застійних явищ, нормалізує артеріальний тиск, сприяє інтенсифікації окисно-відновних і обмінних процесів [3].

Отже, фізичні вправи покращують і загальний обмін в організмі, знижують зміст холестерину у крові, затримуючи розвиток атеросклерозу. Дуже важливим механізмом є також формування компенсацій.

Література

1. Аронов Д.М. Методика оценки качества жизни больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / Д.М. Аронов, В.П. Зайцев // Кардиология. — 2002. — №5. — С. 92–95.

2. Павлова Н. Філософія здоров'я людини як основа здорового способу життя / Н. Павлова, О. Зендик // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві: зб. наук. пр. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. — Луцьк: РВВ «Вежа» Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2008. — Т. 3. — С. 110–114.

3. Прыткова Е.Г. Физическая работоспособность как ведущая составляющая здоровья человека / Е.Г. Прыткова, И.М. Сазонова // Спортивная медицина. — 2005. — №1. — С. 26–29.

ОСОБЛИВОСТІ РІВНЯ ТРИВОЖНОСТІ В ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Демчик Р.В.
студент III курсу спеціальності «Здоров'я людини»
Рапа Я.І.
студентка III курсу спеціальності «Здоров'я людини»
Науковий керівник: ***Романюк А.П.***
асистент кафедри фізичної реабілітації та соціального забезпечення
Луцького інституту розвитку людини Університету «Україна»
yanarapa99@gmail.com
ruvimdemchyk19@gmail.com

Анотація. *Вивчено особливості рівня тривожності в спортсменів та спортсменів з інвалідністю. Встановлено, що тривожність як психічний стан та особистісна якість позначається на результатах спортивної діяльності спортсменів з інвалідністю. Встановлено високий рівень ситуативної та особистісної тривожності в спортсменів з інвалідністю, порівняно з спортсменами в яких переважає середній рівень ситуативної та особистісної тривожності.*

Annotation. *The peculiarities of the level of anxiety in athletes and athletes with disabilities are studied. It has been established that anxiety as a*

mental state and personality quality affects the results of sports activities of disabled athletes. A high level of situational and personal anxiety in athletes with disabilities is established, in comparison with athletes in which the average level of situational and personal anxiety prevails.

Систематичне проведення паралімпійських ігор, підвищена увага світового співтовариства до розвитку спорту інвалідів, «...безсумнівно, потребують від психологів спорту уваги до цих нових проблем спортивного життя на планеті» [1]. Однак, залишаються недослідженими ключові аспекти психолого-педагогічного супроводу підготовки спортсменів у паралімпійському спорті. Спортивна діяльність повинна забезпечувати вдосконалення особистості спортсмена, що здійснюється безпосередньо в навчально-тренувальному процесі та спрямовується на задоволення його інтересів до спорту та потреб, сформованих у сфері спортивної діяльності [2, 3].

Участь у спортивній діяльності вимагає від спортсмена узгодженої єдності індивідуально-психологічних якостей, внутрішніх ресурсів і технологічної організації самої діяльності. Тривожність розглядається як своєрідний сигнал, попередження про можливі порушення особистісного розвитку.

В процесі дослідження було встановлено статистично значиму різницю рівня особистісної та ситуативної тривожності між спортсменами та спортсменами з інвалідністю (табл. 1).

Аналіз отриманих результатів показав, що серед спортсменів під час визначення ситуативної тривожності 80% осіб належали до середнього рівня, 20% осіб — низького рівня. У спортсменів з інвалідністю результати були наступними: 71,4% осіб — високий рівень, 28,6% осіб — середній рівень ситуативної тривожності.

Таблиця 1

Значення показників рівня тривожності у спортсменів та спортсменів з інвалідністю

Показник		Середнє	С.к.в.	Пох. середнього	Лів. (95% ВІ)	Прав. (95% ВІ)
СТ	С	38,13*	7,305	0,8731	36,39	39,87
	І	48,39*	8,204	1,934	42,31	49,47
ОТ	С	37,04*	5,749	0,6872	35,67	38,41
	І	45,33*	8,437	1,989	41,14	49,53

Досліджуючи особливості особистісної тривожності у футболістів 81,4% осіб належали до середнього рівня, 18,6% осіб — низького рівня особистісної тривожності. У спортсменів з інвалідністю 94,3% осіб належали до високого рівня та 5,7% осіб — середнього рівня особистісної тривожності.

Слід зауважати і те, що переважання середнього рівня тривожності в групі досліджуваних є позитивним результатом. Оскільки низький рівень тривожності можна вважати, як захисним фактором спортсмена, про те він дає можливості розкрити свій потенціал, відповідно високий рівень тривожності теж негативно впливає на результат спортсмена, насамперед на неефективному виконанні технічного завдання і в кінцевому результаті на спортивний результат.

Проте слід зауважити, що високий рівень тривожності у спортсменів з інвалідністю, не суто негативне явище, а швидше захисна реакція оргназіму. Людині властиво випробовувати тривожність в різних ситуаціях. Вона суттєво впливає на успіх спортивної діяльності, але слід зазначити, що не всяка тривожність надає несприятливий вплив на роботу спортсмена. Для успішного виступу необхідний оптимальний рівень. Такий рівень стану тривоги сприяє досягненню високих спортивних результатів, підтримуючи мобілізацію організму протягом всього часу виконання вправи.

Таким чином, стан тривожності є нормальним станом, що сприяє досягненню високого результату, що і підтверджується отриманими нами результатами.

Література

1. Бойко Г.М. Дослідження тривожності плавців високої кваліфікації в параолімпійському спорті / Г.М. Бойко // Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання та спорту. — Харків, 2008. — №2. — С. 12–19.

2. Черный С.В. Отражение тревожности в компонентах связанных с событием ЭЭГ-потенциалов / С.В. Черный, С.А. Махин // Ученые записки Таврического национального университета им. В.И. Вернадского. Серия «Биология, химия», 2005. — Т. 18 (57). — №1. — С. 154–161.

3. Imagining of a synchronous neuronal assembly in the human visual brain / M.G. Knyazeva, E. Fornari, R. Vtuli [et al.] // NeuroImage. — 2006. — V. 29. — P. 593.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ ПОХИЛОГО ВІКУ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Дзюбенко К.Л.
студентка 6 курсу, група ФР 61/16м,
спеціальність «Фізична реабілітація»
Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»
Коваленченко В.Ф.
кандидат медичних наук, доцент кафедри здоров'я людини
та фізичного виховання Інституту соціальних технологій,
Університет «Україна»
emelnik487@gmail.com

Анотація. *У роботі проаналізовано досвід застосування засобів фізичної реабілітації при цукровому діабеті 2-го типу у дорослих. Відзначається, що основою реабілітації хворих на цукровий діабет цього типу є систематичність та комплексність відновлювальних заходів, спрямованих на лікування і профілактику не тільки цукрового діабету, але й організму хворого в цілому.*

Annotation. *The article analyzes the experience of implementation of physical rehabilitation methods for adults with type 2 diabetes mellitus. It is noted that the basis for rehabilitation of patients with type 2 diabetes mellitus is the systematic and integrated approach to recovery activities, which are aimed at the treatment and prevention not only the disease but also the whole body of the patient in general.*

В останні десятиліття відзначається різке зростання захворюваності на цукровий діабет. Кожні 10–15 років кількість хворих на цукровий діабет (ЦД) подвоюється.

Лікування та реабілітація хворих на ЦД є не менш складним завданням, ніж терапія інших ендокринних захворювань або порушень обміну речовин. Вибір тактики лікування та реабілітації залежить від типу діабету, клінічного перебігу, стадії розвитку хвороби тощо. Завдяки правильній терапії діабету лікарі не лише продовжують життя хворому, але й затримують або попереджують розвиток пізніх ускладнень хвороби. Незважаючи на наявні підтверджені факти того, що значну частку випадків діабету та його ускладнень можна попередити за допо- могою раціонального харчування, регулярної фізичної активності, підтримання нормальної маси тіла, ці засоби фізичної реабілітації (лікувальна фізична культура (ЛФК), лікувальна ходьба, фізіотерапія) ще не мають широкого застосування.

Відомо, що основним засобом корекції рівня глюкози у крові є застосування замісної терапії інсуліном, протидіабетичними препаратами та препаратами, що зменшують активність протиінсулярних позапанкреатичних чинників [2; 5]. Однак у роботах багатьох науковців зазначається, що сучасний комплексний підхід до лікування цукрового діабету 2-го типу включає також зміну способу життя (корекцію режиму харчування та маси тіла, збільшення фізичної активності), навчання хворих (здійснення самоконтролю рівня глікемії), проведення ранньої профілактики та лікування пізніх ускладнень [2; 5; 7]. Проте значна кількість ускладнень цукрового діабету обмежує призначення загальноприйнятого медикаментозного лікування хворим на ЦД і зумовлює необхідність застосування комплексної фізичної реабілітації, що повинна включати лікувальну фізичну культуру, дієтотерапію, лікувальну ходьбу, гідротерапію, фізіотерапію та інші засоби.

Мета дослідження — розглянути основні підходи до застосування засобів фізичної реабілітації хворих на цукровий діабет 2-го типу.

У роботах багатьох науковців підкреслюється, що однією з причин збільшення захворюваності на діабет є недостатня рухова активність. У зв'язку з цим доцільно використовувати лікувальну фізичну культуру у поєднанні з іншими засобами лікування ЦД, що сприятливо впливає на хворого [1; 4].

Більшість хворих на цукровий діабет 2-го типу мають надлишок маси тіла. Ось чому при лікуванні необхідно використовувати методи, які включають дієтотерапію і фізичні навантаження. Така терапія повинна проводитись постійно паралельно з необхідним медикаментозним лікуванням та обов'язковим навчанням хворого, здійсненням самоконтролю за станом вуглеводного обміну [3; 6]. Дієтотерапія залишається одним з основних методів лікування цукрового діабету. Вона обов'язкова для всіх без винятку хворих на ЦД і дає змогу домогтися його компенсації більш ніж в третині випадків.

Аналіз та узагальнення літературних джерел свідчить про те, що пошук та розробка ефективних програм реабілітації хворих на цукровий діабет 2-го типу є актуальною проблемою сучасної медицини. Особливу увагу в програмах реабілітації необхідно приділяти засобам фізичної культури. Перспективним вважаємо більш широке використання елементів східної гімнастики у фізичній реабілітації хворих на цукровий діабет 2-го типу.

Література

1. Балаболкин М.И. Лечение сахарного диабета и его осложнений / М.И. Балаболкин, Е.М. Клебанова, М.В. Креминская. — М.: ОАО «Изд-во «Медицина»», 2005. — 512 с.
2. Калмиков С.А. Комплексна фізична реабілітація хворих на цукровий діа- бет 2-го типу / С.А. Калмиков. — Х.: ХДАФК, 2010. — 45 с.
3. Калмиков С.А. Сучасні підходи до використання засобів лікувальної фізичної культури в реабілітації хворих на цукровий діабет 2-го типу / С.А. Калмиков // Таврійський медико-біологічний вісник. — 2008. — Т. 11. — №4 (44). — С. 206–210.
4. Мацегоріна Н.В. Застосування засобів фізичної реабілітації при набуто- му цукровому діабеті 2-го типу в дорослих / Н.В. Мацегоріна // Фізична, ме- дична реабілітація людей. — К., 2014. — С. 240–256.
5. Тронько М.Д. Стандарти діагностики та лікування ендокринних захворювань / М.Д. Тронько. — К., 2005. — С. 67–136.
6. Тронько Н.Д. Методология немедикаментозного лечения, обучения и самоконтроля больных сахарным диабетом / Н.Д. Тронько, Д.А. Ефимов, Ю.В. Сахарова. — К.: Книга Плюс, 2008. — 88 с.
7. Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги. Цукровий діабет 2-го типу / розробники: Хобзей М.К., Гульчій М.В., Степаненко А.В., Власенко М.В. — К., 2012. — 118 с.

АВТОРСЬКА ПРОГРАМА «ЗДОРОВ'Я» ЯК ІННОВАЦІЙНА ТЕХНОЛОГІЯ ОЗДОРОВЛЕННЯ СТУДЕНТІВ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

Довгань Н.Ю.
к.пед.н., доцент, професор кафедри здоров'я людини та соціального забезпечення Миколаївського міжрегіонального інституту розвитку людини Університету «Україна»»
dovgan_n61@ukr.net

Анотація. *Охарактеризовано авторську програму «Здоров'я» як інноваційна технологія оздоровлення студентів з обмеженими можливостями. Уточнено основні складові соціальної та психічної адаптації студентів. Розкрито основні напрями розвитку фізичної культури і спорту серед студентів-інвалідів. Наведено методичні основи занять стретчингом, які передбачають врахування низки особливостей студентського контингенту, визначення пріоритетів у розвитку фізичних здібностей та психофізичної підготовленості.*

Annotation. *Characterized by the author's program «Health» as an innovative technology for the rehabilitation of students with disabilities. The basic components of social and psychological adaptation of students are specified. The basic directions of development of physical culture and sports among students-invalids are revealed. The methodical foundations of stretching classes are given, which include taking into account a number of features of the student contingent, determination of priorities in the development of physical abilities and psychophysical preparedness.*

На сьогодні навчання людей з особливими потребами у вищих навчальних закладах стає однією з умов інтеграції їх у суспільство. Однак якісне навчання молоді з особливими потребами залежить не тільки від втілення сучасних освітніх та оздоровчих технологій у навчальний процес вузів, але і від оточуючого середовища, в якому студенти з особливими потребами почувалися б комфортно. В Миколаївському міжрегіональному інституті ВНЗ ВМУРоЛ «Університет «Україна»» інтегроване студентське середовище — це соціально-психологічний феномен, метою якого є сприяння соціалізації особистості, підняття рівня якості її життя, наповнювання її новим змістом, емоціями, який обумовлює рівноцінне спілкування, навчання, розваги, відпочинок та інші форми нормального існування і студентів з особливими потребами, і студентів, які не мають вад та захворювань.

Зрозуміло, що у кожного студента з інвалідністю є певні особливості й обмеження, що ускладнюють навчання. Для роботи з такими людьми, на нашу думку, потрібно впроваджувати у навчально-виховний процес спеціальні методи, педагогічні технології й адаптаційні технічні засоби. Як правило, такі студенти дуже допитливі й старанні, але мають певні проблеми: прогалини у знаннях, підвищену втомлюваність, замкненість, низьку самооцінку, вразливість. При цьому для них не можна уповільнювати темп навчання або зменшувати кількість пар, адже це знижує якість фахової підготовки. Тому і впроваджується система супроводу їх навчання, всебічної психолого-соціальної допомоги та підтримки.

Зусилля викладачів кафедри здоров'я людини та соціального забезпечення передусім спрямовуються на створення комфортних умов, сприятливого психологічного клімату в інтегрованих навчальних групах, організацію гуманістичних взаємин, забезпечення оптимального режиму навчання, праці, дозвілля та відпочинку студентів інституту. Причому створення рівних можливостей

досягається завдяки впровадженню особистісно-орієнтованого навчання, розвивального навчання і педагогіки співробітництва.

Однією з важливіших складових соціальної та психічної адаптації студентів з особливими потребами є впровадження авторської програми «Здоров'я» яка включає наступні складові: фізичне виховання, фізична реабілітація та спортивно-оздоровча діяльність, що максимально відволікають їх від своїх вад і захворювань, проблем у процесі навчання в інтегрованих групах. Використання різноманітних форм фізичного виховання і спорту для студентів з особливими освітніми потребами є надзвичайно ефективним для досягнення безпосереднього оздоровчого ефекту, підвищення інтелектуальної і фізичної працездатності, пізнання можливостей власного організму, боротьби зі шкідливими звичками, організації корисного і цікавого дозвілля, формування стійкого мотиву та потреби в систематичних обов'язкових і самостійних заняттях фізичними вправами різного спрямування ми представили форми, які є добрим засобом підвищення мотивації до занять з фізичного виховання, покращення свого здоров'я, адаптації студентів, які мають функціональні обмеження до фізичних і соціальних умов навколишнього середовища.

Згідно з авторською програмою «Здоров'я», основними напрямами розвитку фізичної культури і спорту серед студентів-інвалідів є:

– фізичне виховання: фізкультурно-оздоровча і реабілітаційна робота у навчально-виховній сфері, спрямовані на закладення основ фізичного та духовного здоров'я і реабілітацію втрачених функцій організму студентської молоді у навчальних закладах усіх рівнів акредитації;

– фізична реабілітація: впровадження у виробничу та інші сфери життєдіяльності фізкультурно-оздоровчих і реабілітаційних занять залежно від нозології інвалідності, особливостей роботи та стану фізичного розвитку особи, групових та індивідуальних форм організації фізкультурно-оздоровчих, реабілітаційних і спортивних заходів за місцем проживання та відпочинку, у санаторно-курортних закладах і на туристичних базах;

- спортивно-оздоровча діяльність: створення цілісної системи підготовки у спорті вищих досягнень, що сприяла б розвитку видів спорту, в яких спортсмени-інваліди можуть досягти високих результатів на вітчизняних та міжнародних змаганнях; збереження та вдосконалення системи підготовки спортивних резервів, поліпшення функціонування спеціальних дитячо-юнацьких реабілітаційно-спортивних шкіл для інвалідів;

– адаптація різних форм фізкультурно-оздоровчої та реабілітаційної роботи відповідно до потреб студентів з особливими освітніми потребами у ВНЗ.

Важливим компонентом структури для фізичної реабілітації студентів з особливими освітніми потребами є заняття стретчингом (англ. — розтягування) — система спеціально фіксованих положень певних частин тіла з метою покращення еластичності м'язів і розвитку рухливості у суглобах. Після основної розминки або після закінчення аеробної чи силової частини тренування, а також у вигляді самостійного заняття вправи стретчингом знижують надмірне нервово-психічне напруження, ліквідовують синдром відстроченого болю у м'язах після навантажень, формуванню локомоторних, статичних функцій організму та підвищення рівня здоров'я (1, с. 71).

Таким чином, Миколаївський міжрегіональний інститут ВНЗ ВМУРоЛ «Університет «Україна»» загалом та кафедра здоров'я людини та соціального забезпечення зокрема реалізують програму інклюзивного навчання студентів з особливими освітніми потребами і вважають, що надання освітніх послуг у навчальному закладі інтегрованого типу, яким є наш інститут, має здійснюватись у поєднанні організаційних, соціальних, психологічних, медико-реабілітаційних та фізкультурно-оздоровчих послуг.

Література

1. Довгань Н.Ю., М'ясоєденков К.О., Короп М.Ю. (2017). Фізичне виховання. Фітнес: навчальний посібник. Київський національний торговельно-економічний університет. Київ.

ПОЄДНАННЯ РІЗНИХ ФОРМ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ ТА ОКРЕМИХ ВИДІВ МАСАЖУ ПРИ АРТРОЗІ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ

Дорошенко І.В.
студентка магістратури спеціальності «Фізична реабілітація», Університет «Україна»
Адирхаєва Л.В.
к. пед. наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Інституту соціальних технологій, Університет «Україна»
doroshenko_iv@ukr.net

Анотація. *У даному дослідженні описана методика масажу колінних суглобів при артрозі.*

Недавні дослідження показують, що люди з болем в області колінних суглобів мають декілька супутніх порушень рухової активності, розподілі навантаження та продуктивності м'язів. Крім того, як клінічні, так і епідеміологічні дослідження підтверджують взаємозалежність ноги та проксимальних суглобів. Наприклад, акуратна структура ноги пов'язана з остеоартритом стопи, а також остеоартритом та біль у коліні та стегнах [4, с. 8].

Артроз становить 17% в структурі захворюваності і займає перше місце серед захворювань суглобів. Артроз колінного суглоба в структурі артрозу великих суглобів становить 69,7%, що обумовлює медико-соціальну значимість проблеми [5, с. 14].

Annotation. *Recent studies have shown that people with knee pain have several associated concomitant disorders, load distributions, and muscle productivity. In addition, both clinical and epidemiological studies confirm the interdependence of the leg and proximal joints. For example, the neat structure of the leg is associated with osteoarthritis of the foot, as well as osteoarthritis and knee and thigh pain [4, p. 8].*

The arthrosis is 17% in the structure of the disease and ranks first among the diseases of the joints. Arthrosis of the knee joint in the structure of arthrosis of large joints is 69.7%, which determines the medical and social significance of the problem. [5, p.14] In this study, we draw attention to a separate technique of massage with arthrosis of the knee joints.

У даному дослідженні звернемо увагу на окрему техніку масажу при артрозі колінних суглобів.

За останні роки наукові дослідження цієї проблеми присвячені переважно вирішення окремих питань лікування і реабілітації таких хворих. Більшість дослідників вважають остеоартроз вторинним синдромом, обумовленим травмою, запаленням або порушенням обмінних процесів. З такою точкою зору важко не погодитися. Виходячи з цього відновне лікування остеоартрозу колінних суглобів має передбачити усунення дії первинного пускового фактора. На жаль, у більшості хворих на гонартроз це можна вирішити тільки за допомогою хірургічного методу, спрямованого на видалення внутрішньосуглобових факторів прогресування остеоартрозу, корекцію осі нижньої кінцівки, відновлення капсульно-зв'язкового апарату, хрящових покривів. Лікувальний масаж при артрозах підрозділяється на сегментарно-рефлекторний, точково-рефлекторний і апаратний види, при яких застосовуються всі чотири основних масажних прийому: поглажування, розтирання, розминка і вібрація.

Лікувальним фактором будь-якого виду масажу є механічні роздратування масажованих тканин, що викликають збудження механорецепторів (тактильних), що перетворюють енергію механічних подразнень (дотик, дотик, тиск, вібрація) в енергію нервового збудження — імпульс, який є аферентні ланкою нервово рефлекторної реакції організму на масаж. У відповідь реакцією на механічне подразнення є рефлекс, викликає функціональні зміни збудливого або седативного характеру в різних відділах ЦНС [2, с. 17].

Хворого укладають на спеціальну стійку кушетку, висота якої вище рівня колінних суглобів лікаря на 10–15 см. Йому повинні бути роз'яснені маніпуляційні прийоми. Необхідно досягти максимально розслаблення м'язів хворого. Після дослідження опорно-рухової системи мануальну терапію починають з хребта згідно функціональному єдності суглобів і хребта. Після маніпуляцій на хребті мануальну терапію продовжують на кінцівках. Після легкого змазування шкірних покривів хворого вазеліном або обробці рук лікаря тальком необхідно провести мобілізація шкіри таким чином: великим, вказівним і середнім пальцями обох рук в складку захоплюють шкіру області колінного суглоба. Потім переходять на стегно і гомілку. Захоплення по ширині невеликий 1,5–2 см. Напрямок відповідає суворому розташуванню меридіанів, прийнятих в східній традиційної народної медицині. далі слід провести на м'язах прийоми маніпуляційної рефлекторної терапії. Великим пальцем проводять від місця початку м'язів, поступово нарощуючи тиск на кожен м'яз або групу м'язів [3, с. 122].

Більше інтенсивно проводять рукою в міжм'язової просторах каналах Цими прийомами досягається ліквідація посттравматичних спайок в області м'язів, суглобів. Шкіра зазвичай стає більш рухомий, еластичною. Мобілізація шкіри колінного суглоба: — хворий лежить на спині, ман. терапевт має праву руку нижче надколінка, ліву вище. Мобілізація досягається шляхом обертальних рухів рук в протилежні сторони навколо суглоба. Правою рукою наноситься різкі, але не сильні удари. Потім таким же чином проходять по суглобовій щілині.

Закінчують мануальну терапію пасивними рухами в суглобах: ротацією, розгинання до упору в суглобах і безболісного відчуття. Після лікування хворий повинен відпочити протягом години. Маніпуляції можна повторити через 1–2 дня. Курс лікування

складається з 3–5 сеансів. Рефлекторну терапію можна застосовувати і в поєднанні з іншими лікувальними і медикаментозними методами. Після сеансів мануальної терапії хворим в домашніх умовах рекомендується навантаження на суглоби, фізичні вправи, зокрема, присідання до 10–15 разів. Ми розглядаємо мануальну рефлекторну терапію як етап комплексної реабілітації хворих [1, с. 896].

Отже, зважаючи на вищевикладене, описана нами техніка мануальної терапії допоможе подолати артроз колінних суглобів у комплексі з помірною руховою активністю, регулярною лікувальною фізкультурою та медичними препаратами. Вчасна діагностика та індивідуально підібрана техніка масажу колінних суглобів забезпечує здорову реабілітацію пацієнтів.

Тільки в комплексі вправи сприятимуть покращенню показників фізичної діяльності людини. Отже, використання масажу в комплексній реабілітації хворих на артроз сприятиме більш цільовому та тривалому підвищенню м'язової сили та збільшенню амплітуди рухів, що є одним зі складників мети реабілітації.

Література

1. Боєва І.А. Вибір індивідуальної терапевтичної тактики у хворих на остеоартроз колінних суглобів за даними клініко-інструментальних зіставлень: автореф.... дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: 14.01.12 / І.А. Боєва. — Донецьк, 2010. — 20 с.

2. Крайджикова Л. Мускулен дисбаланс и мускулно-енергийни техники. сп. Кинезитерапия и рехабилитация, 1-2, 2010 Б: С.16–22.

3. Крайджикова Л. Методика на мобилизиращ масаж при мускулно-скелетна дисфункция на колянна става. сп. Кинезитерапия и рехабилитация, 3-4, 2009: С. 78–84.

4. Мосаб С. Х. Амуді Комплексна фізична реабілітація хворих після хірургічного лікування остеоартрозу колінного суглоба: автореф.... дис. на здобуття наук. ступеня канд. наук з фіз. вих. і спорту: 24.00.03 / Мосаб С.Х. Амуді. — Л., 2009. — 19 с.

5. Попов Н. Кинезиология и патокинезиология на опорно-двигателния апарат. — София: НСА-прес, 2009. С. 328–415.

СПОРТИВНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Єфремова М.А.
студентка 6 курсу, група ЗМІ-61/17м, спеціальність «Міжнародні відносини, суспільні комунікації та регіональні студії», Університет «Україна», home1994@meta.ua
*Науковий керівник: **Орловська І.Г.**, к.ю.н., доцент кафедри конституційного права та теоретико-правових дисциплін Інституту права і суспільних відносин Університету «Україна»*

Анотація. *В роботі розглянуті питання історичного розвитку системи надання медико-соціальної допомоги особам з обмеженими можливостями та проблеми реформування соціальної сфери. Розглядаються шляхи вирішення проблем інвалідності та інвалідів, то тобто осіб з особливими потребами, як один із пріоритетних напрямків соціальної політики держави на сучасному етапі розвитку суспільства. Проблема соціального захисту інвалідів, як багатофакторне суспільне явище, що виникло практично з появою людства і продовжує існувати і сьогодні, відрізняється від інших проблем суспільного розвитку певними особливостями, притаманними тільки цьому явищу, має надзвичайно багатогранну сутність, що дозволяє в залежності від зміни внутрішнього або зовнішнього середовища формулювати нові суспільні запити і, згідно з цим запитам, спонукає органи влади знаходити нові шляхи вирішення існуючих проблем. Це дозволяє сформулювати нові соціальні вимоги і, відповідно до того, навколишнє середовище, робить їх коригувальниками, знаходити шляхи вирішення існуючих проблем. Шляхи вирішення проблем інвалідності та інвалідів, тобто людей з особливими потребами як одного з пріоритетних напрямків соціальної політики держави на сучасному етапі розвитку суспільства.*

Annotation. *The paper covers aspects of historical development of system rendering medico-social aid to persons with limited possibilities and problems of reforming in social sphere.The ways of solving the problems of disability and persons with disabilities, that is, persons with special needs, are considered as one of the priority directions of the social policy of the state at the present stage of development of society. The problem of social protection of he disabled as a multifactorial social phenomenon that arose almost with the advent of humanity and continues to exist to day differs from other problems of social development by certain feature sinherent only in this phenomenon, has an extremely multiface tedessence, which allows, depending on the change of internalorexternal the environment to formulate new public querie sand, according to these inquiries, urges the authoritiest of in new ways to solve existing problems. It all ows us to formulate new social*

requirements and, accordingly, the environment, makes them adjusters, find ways to solve existing problems. Ways of solving the problems of disability and people with disabilities, that is people with special needs as one of the priority directions of social policy of the state at the present stage of development of society.

За статистичними даними, на даний час в Україні налічуються близько 2,5 млн., інвалідів,у тому числі 122,6 тис. дітей-інвалідів. Загальна чисельність з населення інвалідів складає близько 5%.

Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів, затверджені Резолюцією Генеральної Асамблеї ООН від 20 грудня 1993 р., №49/96, передбачають рівні стартові можливості для всіх осіб незалежно від їх психофізичного розвитку, стану здоров'я, віку, статі, соціально-економічного статусу і визначають такі цільові сфери — доступність до матеріального оточення, комунікації та інформації, освіти, зайнятість, підтримка доходів і соціального забезпечення, культура, спорт, релігія.

За законом «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 12 березня 1991р. №875-12 зазначається, що дискримінація інвалідів забороняється і переслідується законом [1].

Фізкультурно-спортивна реабілітація — один із самих дієвих способів залучити молодих людей з інвалідністю до систематичних занять фізичною культурою і спортом. Вона дає змогу людини з інвалідністю відчути свою необхідність в команді, проявити свої індивідуальні навички та таланти і само реалізувати себе в суспільстві.

Існує п'ять видів заходів з фізкультурно-спортивної реабілітації осіб з інвалідністю в Україні, а саме:

– реабілітаційно-спортивні збори для осіб з інвалідністю (проводить Український центр з фізичної культури і спорту інвалідів («Instasport»).

– Всеукраїнські оздоровчі табори для осіб з інвалідністю (проводить Національний комітет спорту інвалідів України)

– Заходи з фізкультурно-спортивної реабілітації осіб з інвалідністю проводяться на базі Західного реабілітаційного центру, учать беруть усі особи з інвалідністю з усіх регіонів України.

Так уже повелося, що проблеми людей з інвалідністю в Україні лише напередодні Міжнародного дня інвалідів, котрий щорічно проводиться 3 грудня. Спробуємо задуматися про джерела і шляхи вирішення,що відноситься як для осіб з особливими потребами, так і до суспільства в цілому. Так через глибоку кризу, військові дії, політичні чвари можна підібрати тисячі виправдань,що умови життя наших людей з інвалідністю близько не відповідають тим

базовим канонам Конвенції ООН «Про права інвалідів» можливо проблема не в соціально-економічній ситуації в країні. Можливо настав час вже цю проблему поставити в перелік реформувань.

Для оцінки ефективності професійної реабілітації служба зайнятості повинна надавати МСЕК дані, щодо можливості працевлаштування інвалідів на підприємствах, реєстр спеціальностей, які потрібно на ринку праці,фактичного працевлаштування та навчання інвалідів за звітний період.

У законі зазначається,що інваліди в Україні володіють усією повнотою соціально-економічних, політичних, особистих прав і свобод закріплених Конституцією України та іншими законодавчими актами.

Соціальний захист інвалідів з боку держави полягає у наданні грошової допомоги, засобів пересування, протезування, орієнтації і сприйняття інформації, пристосованого житла, у встановленні опіки або стороннього догляду, а також пристосуванні забудови населених пунктів, громадського транспорту, засобів комунікацій і зв'язку до особливостей інвалідів.

Як висновок можу сказати,люди нехай вам тяжко жити, але їм в сто разів тяжче, тому відносимось до них на рівні.

Література

1. Про основи соціальної захищеності в Україні [Електронний ресурс]: Закон від 12.03.1993 №875-12. — Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/875-12;

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ФОРМУВАННЯ ПОСТАВИ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Зарубіна Т.В.
магістрант спеціальності «Фізична реабілітація»,
кафедра здоров'я людини і фізичного виховання Університету «Україна»
Адирхаєва Л.В.
к. пед. наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання
Інституту соціальних технологій,
Університет «Україна»

Анотація. *Серед захворювань у дітей шкільного віку порушення постави займають одне із перших місць. Кількість дітей з порушенням постави в Україні останні роки значно зросла. Результати експери-*

ментальних досліджень, що проводилися за трьома напрямами розробленої «Програми корекції постави» вказують на позитивні зрушення у фізичному розвитку дітей та обґрунтовано стверджують доцільність створення таких лабораторій в інших центрах України та залучити спеціалістів з фізичної реабілітації до роботи в кожному навчальному закладі.

Annotation. *Among disorders in school-age children, laceration is one of the first places. The number of children with a breach of posture in Ukraine has increased significantly in recent years. The results of experimental studies conducted in the three areas of the «Posture Correction Program» program indicate positive changes in the physical development of children and substantiated the appropriateness of establishing such laboratories in other centers of Ukraine and attracting physical rehabilitation specialists to work in each educational institution.*

В умовах сучасних економічних, соціальних та екологічних проблем стан здоров'я дітей, їх фізичний розвиток викликають все більше занепокоєння. Серед захворювань у дітей шкільного віку порушення постави займають одне із перших місць. Кількість дітей з порушенням постави в Україні останні роки значно зросла. Результати обстеження, яке проводилося нами у Дитячому оздоровчо- екологічному центрі (ДОЕЦ) «Родина» Оболонського району м. Києва показали, що 85% дітей молодшого шкільного віку, які відвідують різні гуртки Центру, мають ті чи інші порушення постави. Причини розвитку порушень постави можуть бути різними, але головною причиною є значне зниження рухової активності дитини, нав' язана суспільством гіпокінезія. Приходячи до школи в перший клас дитина, в силу організаційного режиму шкільного життя, примусово в два рази зменшує свою рухову активність.

Окрім того, добре відомо, що найбільш несприятливим положенням, яке спонукає до виникнення порушень постави, є положення сидячи. А дитина вимушена проводити в цьому положенні в умовах школи час, що в 4–5 разів перевищує фізіологічну норму. Вирішення цієї проблеми у повному обсязі потребує нового комплексного підходу. Це має бути сумісна робота батьків, вчителів та керівників гуртків.

Працівниками лабораторії фізичної реабілітації та соціальної адаптації оздоровчо-профілактичного об'єднання ДОЄЦ розроблена «Програма корекції постави», яка передбачає роботу в 3-х напрямках:

1. Створення груп, що працюють на протязі учбового року, для дітей зі значними відхиленнями постави.

2. Два рази на рік набираються групи навчального типу для дітей з менш складними вадами.

3. Ведеться консультативно-дистанційна робота для дітей та їх батьків, які по тій чи іншій причині не можуть часто відвідувати заняття і займаються самостійно під періодичним контролем спеціаліста з фізичної реабілітації.

Проектна діяльність, яка проводилася в Центрі з жовтня 2012 по червень 2016 роки показала такі результати: при обстеженні 337 дітей із 6 шкіл району лише у 12,8% дітей постава була в межах норми. Решта дітей мали ті чи інші порушення опорно-рухового апарату. Найбільший відсоток відхилень припадає на порушення форми спини, а саме:

– асиметрія спини — 56%,

– крилоподібні лопатки — 50%,

– сутулість — 33%.

При цьому 40% дітей мали одночасно декілька вад постави. Також спостерігався високий процент порушень форми стопи, а саме плоскостопість — 50%. Значно менше спостерігалося порушень форми грудної клітки (запала — 10,1%, «куряча» — 0,9%, лійкоподібна — 0,9%) та порушень форми ніг (Х-подібні — 10,4%, О-подібні — 3,3%).

Дітям, які мали серйозні вади постави, було запропоновано відвідування гуртків з коригуючої гімнастики, де спеціалісти з фізичної реабілітації проводять корекцію постави з використанням різноманітних інноваційних технологій, враховуючи індивідуальні особливості кожної дитини.

В результаті 3-річної роботи біли отримані наступні результати: кількість дітей, що мали крилоподібні лопатки, за цей період зменшилась на 73,3%, сутулість — 86,7%, асиметричну поставу — 80%, плоскостопість — 54%, плоско- вальгусну стопу — 100%.

Виходячи з результатів роботи, ми вважаємо за доцільне створення таких лабораторій в інших центрах України та залучити спеціалістів з фізичної реабілітації до роботи в кожному навчальному закладі.

ВПЛИВ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗКУЛЬТУРИ ТА СЕГМЕНТАРНО-РЕФЛЕКТОРНОГО МАСАЖУ НА ПОКРАЩЕННЯ ФУНКЦІЙ СТОПИ ПРИ ПЛОСКОСТОПОСТІ У ДОРОСЛИХ

Зеленська Т.В.
студентка спеціальності «Фізична реабілітація»
кафедри здоров'я людини та фізичного виховання,
Інститут соціальних технологій Університету «Україна»
Адирхаєва Л.В.
к. пед. наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання
Інституту соціальних технологій, Університет «Україна»
zel_tat@ukr.net

Анотація. *Розглянуто питання використання засобів фізичної реабілітації — лікувальної фізкультури та сегментарно-рефлекторного масажу для покращення ресорної функції стопи при плоскостопості у дорослих.*

Робота виконана на базі приватного подологічного кабінету.

В процесі роботи зроблено висновки щодо причин виникнення плоскостопості у дорослих, проаналізовано наслідки порушення функції стопи, вивчено доступні широкому колу осіб методи фізичної реабілітації для збільшення зводу стопи, розроблено примірні програми реабілітації в залежності від віку, стану здоров'я, ваги та способу життя хворого.

Annotation. *In the thesis the question of the using of ways of the Physical therapy — the therapeutic exercise and segmental-reflex massage on the improvement of functions of a foot with the flatfoot. in adults.*

During the working process were made conclusions about reasons of the appearance of flatfoot in adults, analysed consequences of disorders of functions of a foot, learned methods of the Physical therapy for the increase of arches, that are available for a wide range of individuals, made approximate rehabilitation programmers depending on the age, health condition, weight and the way of life of a patient.

Плоскостопість — це хвороба, про яку всі чули, багато хто самостійно сам собі її діагностував, але системно — вирішують проблему дуже мала кількість людей.

Більшість здогадується, що якщо плоскостопість є підставою для визнання молодої особи непридатною до військової служби, то це, мабуть, серйозно. Але ж нічого у стопі не болить! А хвороба роз-

вивається поступово, і швидких ліків від неї немає! Втома ніг, біль у хребті та колінах, головний біль, інші вегетативні симптоми — все це може бути наслідком втрати амортизуючої функції стопи.

Аналіз наявної медичної та наукової літератури свідчить, що основна увага приділяється профілактиці плоскостопості у підлітковому віці, до моменту, коли закінчується формування стопи. Але це період відповідальності батьків і якщо підліток не скаржиться, початок хвороби може залишитись не поміченим.

Доросла людина є більш відповідальною, такою, що може зрозуміти наслідки хвороби, а досить доступні засоби фізичної реабілітації — лікувальна фізкультура та сегментарно-рефлекторний масаж здатні суттєво зменшити неприємні відчуття, що покращить якість життя та допоможе не допустити важких деформацій, які можуть лікуватись тільки хірургічним шляхом.

Реабілітолог, в силу своїх знань і компетенції, підбирає найбільш оптимальний набір вправ, зважаючи на вік хворого, його вагу, спосіб життя, професію та фізичну активність. В його завдання входить і спонукати хворого виконувати ці вправи: заохоченням щодо зменшення больових відчуттів, зацікавленістю в хорошому самопочутті, а деколи — й попередженням про можливі важкі наслідки плоскостопості, що не лікується.

Крім того, спеціаліст роз'яснює корисні наслідки сегментарно-рефлекторного масажу — не тільки для відновлення функцій стопи, а й для регуляції діяльності інших органів. Адже кожна пересічна людина чула про те, що на стопі зосереджено багато рефлексогенних зон, вплив на які, з погляду західної медицини, стимулюють, поліпшують живлення і регенерацію того або іншого органу. Такий вид фізичної реабілітації, зазвичай сприймається хворим дуже позитивно, адже це не лише корисно, але й приємно.

Проведені дослідження доводять, що плоскостопість виникає частіше у жінок, зважаючи на те, що модне взуття часто є не функціональним, з точки зору анатомії стопи. Але жінки частіше звертаються до фахівців з приводу проблем, що виникли, є більш дисциплінованими та зацікавленими у виконанні рекомендованих заходів.

Таким чином, питання лікування плоскостопості та супутніх з ним захворювань носить оптимістичний прогноз, за умови популяризації цієї теми між широкими верствами населення та впровадження здорового способу життя.

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ПРИ НЕВРОЗАХ

Кайдаш Є.О.
студент магістратури спеціальності «Фізична реабілітація»
Інституту соціальних технологій, Університет «Україна»
Шведова Г.О.
старший викладач кафедри здоров'я людини та фізичного виховання
Інституту соціальних технологій, Університет «Україна»
Zhekakaydash123@gmail.com

Анотація. *Актуальним залишається питання застосування реабілітаційних заходів з використанням традиційних і нетрадиційних засобів реабілітації для пацієнтів з неврозами. В доповіді розглянуто організаційно-методичні засади системи фізичної реабілітації та місце ЛФК у системі реабілітації пацієнтів з невротичними захворюваннями. Проаналізовано ефективність існуючих методик та програм ЛФК які використовуються при лікуванні невротичних захворювань. Висвітлено проблеми та сучасні погляди використання ЛФК при неврозах.*

Annotation. *The issue of rehabilitation measures using traditional and non-traditional means of rehabilitation for patients with neuroses is still relevant. The report considers the organizational and methodical principles of the system of physical rehabilitation and the place of exercise therapy in the system of rehabilitation of patients with neurotic diseases. The effectiveness of existing methods and programs of exercise therapy used in the treatment of neurotic diseases is analyzed. The problems and modern views of the use of exercise therapy in the treatment of neuroses are presented.*

Актуальність теми. Проблеми неврозів були, є і будуть актуальними. Як показує медична статистика, захворюваність неврозами в сучасних країнах під впливом посиленої боротьби за існування, економічних криз безперервно зростає. Тому треба дуже серйозно і відповідально віднестися до цих проблем. Завдяки підвищеному стресу ми нищимо свій психоемоційний стан, адже ми вже не можемо представити наше життя без нього, тому що кожен день ми переживаємо дуже багато стресів.

Мета: показати варіації лікування неврозів різних типів за допомогою ЛФК, як окремо — так і в комплексі

Об'єкт: ЛФК при неврозах.

Предмет: вплив ЛФК на психогенні реакції та змінення психоемоційного стану.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та обґрунтування даної спеціальної літератури.

Проблема фізичної реабілітації захворювань нервової системи.Доцільність використання методик ЛФК.Проблема захворювань нервової системи завжди була дуже гострою. Це повязано з соціальними умовами суспільного життя, які постійно змінюються, ускладнюються, і висувають підвищені вимоги до адаптації та соціалізації особистості. Останнім часом все більше утверджується реабілітаційний напрям, стрижнем якого є етапне, відновне комплексне лікування захворювань і ушкоджень, зокрема, й нервової системи.Неврози належать до захворювань і травм центральної нервової системи. Це захворювання нервової системи, обумовлені тривалим психічним перенапруженням [1].

Місце ЛФК у комплексному лікуванні невротичних захворювань. Лікування неврозів здійснюється комплексно і проводиться в психоневрологічних диспансерах, лікарнях, поліклінічних та санаторно-курортних закладах. Основі завдання лікувальної фізкультури при неврозах: урівноважити взаємозв'язки між збудженням і гальмівним процесами у діяльності кори головного мозку і поліпшити координаторну функцію нервової системи; нормалізувати змінену реактивність організму, функції серцево-судинної, дихальної, шлунково-кишкової та видільної систем; здійснювати виховний вплив на хворих, вивести їх в пригніченого стану; підвищити працездатність і опірність організму [2].

Завдання, зміст і методику проведення занять диференціюють залежно від виду неврозу, клінічних проявів захворювання, віку, статі і функціональних можливостей хворого. Хворим на неврастенію та істерію слід більшою мірою пояснювати, а хворим на невроз навязливих станів — показувати [3].

Сучасні погляди на єфективність методик ЛФК при невротичних захворюваннях. При лікування хворих на неврози, ЛФК розглядають як природний біологічний метод із фізіологічно обґрунтованим застосуванням фізичних вправ і природних факторів природи. Вона безпосередньо впливає на основні патофізіологічні прояви при неврозах — сприяє вирівнюванню динаміки основних нервових процесів, координуванню функції кори і підкірки, першої та другої сигнальних систем тощо. Методика ЛФК диференціюється залежно від патофізіологічних порушень у вищій нервовій

діяльності (неврастенія, істерія, психастенія), клінічного прояву захворювання, його основної симптоматики, емоційного тонусу, віку, функціональних можливостей хворого.

Висновки: Останнім часом у нашій країні значно підвищився інтерес до медичної та фізичної реабілітації при захворюваннях нервової системи. В цьому напрямі актуальні:

• пошук оптимальних програм із включенням до них сучасних методів фізичних впливів;

• перевірка ефективності століттями апробованих методів нетрадиційної медицини;

• визначення термінів і вибір найбільш раціональних режимів використання методів гідрокінезітерапії, дозованого фізичного навантаження й масажу для лікування та профілактики захворювань нервової системи

Література

1. Асатиани Н.М. Клиническая динамика неврозов и психопатий / Асатиани Н.М. — К., 2004. — 187 с.

2. Марченко О.К. Фізична реабілітація хворих з травмами й захворюваннями нервової системи / Марченко О.К. — Київ: Олімпійська література, 2016. — 19 с.

3. Балунов О.А. Влияние повторных курсов восстановительного лечения на эффективность реабилитации больных неврозами / Балунов О.А., Триумфова Е.А. — М.: СПб. 2010. — 20 с.

ЛІКУВАЛЬНА ГІМНАСТИКА ТА ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНІ ПРОЦЕДУРИ У ОСІБ З ПОЧАТКОВИМИ ПРОЯВАМИ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ

Каштан Т.І.
студентка групи ЗФР 71-16,
Інститут соціальних технологій,Університет «Україна»
Адирхаєва Л.В.
к. пед. наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання
Інституту соціальних технологій, Університет «Україна»
Tititana93@ukr.net

Анотація. *Результати численних досліджень показали позитивний вплив фізичних вправ на стан здоров'я більшості хворих, страждаючих ревматоїдним артритом, без посилювання больових відчут-*

тів. Регулярні заняття знижують ступінь тяжкості захворювання, викликаючи ослаблення больових відчуттів, зменшуючи кількість хворобливих суглобів. Провідні фахівці рекомендують використовувати фізичні вправи, що збільшують амплітуду рухів, м'язову силу, а також вправи аеробної спрямованості, враховуючи індивідуальні можливості кожного хворого і забезпечуючи адекватний відпочинок. Реабілітацію слід починати у гострій стадії захворювання, коли хворий надійшов у лікарню. Вид та об'єм необхідних реабілітаційних заходів визначають характером захворювання та стадією, у якій воно знаходиться. Якщо у гострій стадії застосовують переважно загальний догляд за хворим, гігієнічно-дієтичний режим та медикаментозне лікування, то у підгострій та хронічній стадіях необхідно надавати перевагу заходам, що направлені на відновлення обмежених та припинених функцій та професійних навичок.

Annotation. *The results of numerous studies have shown a positive effect of physical exercises on the state of health of most patients suffering from rheumatoid arthritis, without intensifying the pain. Regular classes reduce the severity of the disease, causing a decrease in pain sensation, reducing the number of painful joints.*

Improvement of the general condition of patients, joints, connective tissue and muscles, circulation in the region of affected joints, acceleration of regeneration processes, as well as the prevention of the development of connective tissue adhesions, contractions and muscle atrophy, reducing the risk of complications will be associated with We use the complex of methods of physical rehabilitation offered by us. This complex includes: diet therapy, physiotherapy, massage, exercise therapy.

Фізичні вправи для вражених суглобів на початку мають пасивний характер — обережні погойдування амплітуди — в межах безболісних рухів. При зменшенні запальних явищ і болі амплітуда пасивних рухів збільшується. Поступово вмикаються активні вправи, але на початку хворий виконує їх в умовах полегшення (розвантаження) — у ліжку або при підтримці кінцівки реабілітологом. На ранніх етапах для зняття напруження м'язів, попередження їх атрофії і зменшення болісності показан масаж (прогладжування і розтирання), особливо для розгибателів і дрібних м'язових груп кистей. Спеціально підібрані вправи для вражених суглобів необхідно сполучати з загальноукріплюючими вправами для неуражених відділів опорно-рухового апарату відповідно з принципами тренування. Ці вправи підтримують загальні можливості організму і попереджують

розвиток в ньому атрофічних процесів. ЛФК застосовують у формах лікувальної і ранкової гігієнічної гімнастики, самостійних занять по кілька разів на день. Комплекси складають з простих загально розвиваючих, дихальних статичних та динамічних вправ і спеціальних вправ на розслаблення м'язів, що прилягають до уражених суглобів. Рухи в них починають з пасивних, потім з активних, виконуваних зі сторонньою допомогою і, нарешті, активних, виконуваних самостійно. Вправи виконують у полегшених умовах (ковзні поверхні, роликові візки та ін..) у повільному темпі по всіх вісях, з якомога повною амплітудою. При цьому слід уникати підсилення болючості, тому що рефлекторно збільшується напруження м'язів і зменшується амплітуда руху. Тривалість занять з лікувальної гімнастики — 10–15 хв. Виконуються вищезгадані дихальні вправи.

Також проводять масаж м'язів ураженої кінцівки, використовуючи прогладжування, розтирання і розминання невеликої інтенсивності. Масаж застосовується перед початком заняття з лікувальної гімнастики і в процесі її проведення комбінується з пасивними та активно-пасивними вправами. Після затихання гострих проявів хвороби додається мікрохвильова терапія, магнітотерапія, ультразвук та індуктотермія на ділянку суглоба.

У залежності від виду, масаж при артриті чинить різноманітний фізіологічний ефект. При правильному дозуванні він зменшує біль та м'язів спазм і сприяє проведенню лікувальної фізкультури. Перед призначенням масажу слід визначити характер процесу (гострий, підгострий, хронічний), вираз (активність) і наявність функціональної недостатності суглобів. Необхідно детально досліджувати функцію руху у кожному суглобі, виявляти наявність контрактур, уточнити стан м'язів (гіпотрофія, підвищений тонус, сила). Важливо вміти виявити больові точки, дійсне обмеження рухів, ступінь напруження м'язів, можливість їх розслабити.

Фізіотерапія. Профілактика ревматоїдного артриту включає санацію осередків хронічної інфекції і широке застосування фізичних чинників (УВЧ, СМВ, ультразвукової терапії, УФ-опромінення), гартування, підвищення захисних сил організму, для чого застосовують аеро, геліо, гідропроцедури.

Висновок

В цілому дію фізичної реабілітації на хворих можна оцінити як позитивну. Про це свідчать зниження симптомів: болі, припухлості, ранкової скованості, гіперемії суглобів, а також зниження показників біохімічного аналізу крові (аг-глобуліни, С-реактивного білка).

Не мало важливим є те, що реабілітація в гострому стані оказала свою благотворну дію: заспокоїла нервову систему, стабілізувала адаптивну систему, підготувала хворих до активних вправ. Помітний ефект настає вже через 2-ї місяці — зменшується больовий синдром, підвищується життєвий тонус, вивільняються резерви організму.

Література

1. Борткевич О.П., Терзов К.А. Ураження плечових суглобів у хворих на ревматоїдний артрит: клініко-інструментальне дослідження // Український ревматологічний журнал. — 2006. — №2. — С. 61–65.

2. Дядык А.И., Багрий А.Э., Шпилевая Н.И. и др. Современные подходы к лечению ревматоидного артрита: Методические рекомендации. — Донецк, 2004. — 64 с.

3. Коваленко В.Н. Ревматоидный артрит: этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение // Ліки України. — 2005. — №1. — С. 24–26.

РЕАБІЛІТАЦІЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Кидан К.Р.
студентка 3 курсу напряму підготовки «Здоров'я людини»
Полтавського інституту економіки і права
neymar-rock@mail.ru
*Науковий керівник: **Гета А.В.**, к. н. з фіз. вих. і спорту,*
доцент кафедри фізичної реабілітації та фізичного виховання
Полтавського інституту економіки і права Університету «Україна»
avg2901ne@gmail.com

Анотація. *Фізична реабілітація — це використання з лікувальною і профілактичною метою фізичних вправ і природних чинників у комплексному процесі відновлення здоров'я, фізичного стану і працездатності хворих та інвалідів, зокрема із захворюваннями опорно-рухового апарату. Вона є невід'ємною складовою частиною медичної реабілітації та застосовується до всіх її періоди та етапи. Фізичну реабілітацію застосовують у соціальній і професійній реабілітації. Її засобами є: лікувальна фізична культура, лікувальний масаж, фізіотерапія, механотерапія, трудотерапія. Призначення засобів фізичної реабілітації, послідовність застосування її форм і методів визначаються характером перебігу захворювання, загальним станом хворого, періодом і етапом реабілітації, руховим режимом.*

Annotation. *Physical rehabilitation is the use with the therapeutic and prophylactic purpose of physical exercises and natural factors in the complex process of restoration of health, physical condition and working capacity of patients and invalids, in particular, diseases of the musculoskeletal system. It is an integral part of medical rehabilitation and is applicable to all its periods and stages. Physical rehabilitation is used in social and professional rehabilitation. Her remedies are: medical physical therapy, therapeutic massage, physiotherapy, mechanotherapy, occupational therapy. The purpose of the means of physical rehabilitation, the sequence of the application of its forms and methods is determined by the nature of the course of the disease, the general condition of the patient, the period and stage of rehabilitation, motor regimen.*

Фізичну реабілітацію для пацієнтів із захворюваннями опорно-рухового апарату слід розглядати як лікувально-педагогічний і виховний процес або, правильніше сказати, освітній процес [3]. Основним засобом фізичної реабілітації для пацієнтів із захворюваннями опорно-рухового апарату є фізичні вправи і елементи спорту, а застосування їх — завжди педагогічний, освітній процес [1, 3]. Якість його залежить від того, наскільки методист опанував педагогічною майстерністю і знаннями. Тому всі закони і правила загальної педагогіки, а також теорії та методики фізичної культури надзвичайно важливі в діяльності реабілітолога — фахівця з фізичної реабілітації [3]. Він повинен бути, перш за все, гарним педагогом — фахівцем із фізичної освіти, фізичної культури і, в той же час, володіти глибокими знаннями сутності патологічних процесів і хвороб, які йому доводиться зустрічати у своїх пацієнтів із захворюваннями опорно-рухового апарату [1, 3].

Також він повинен вміти визначати, які методи і засоби нададуть загальний вплив на організм, а які — місцевий, локальний або специфічний, диференціювати навантаження залежно від виду патології і стану хворого із захворюваннями опорно-рухового апарату. Це непросто навіть для досвідченого фахівця, якщо не знати і не використовувати методи оцінки (контролю) впливу навантажень на організм пацієнтів і ефективності реабілітаційних заходів [2, 3].

Суть тренування в багаторазовому, систематично повторюваному і поступово підвищуваному фізичному навантаженні, яке викликає в організмі людини позитивні функціональні, а часом і структурні зміни [1]. В результаті тренування механізми регуляції

нормалізуються, удосконалюються, підвищуючи адаптаційні можливості організму хворого із захворюваннями опорно-рухового апарату до динамічно мінливих умов середовища [1]. З одного боку, оформляються і зміцнюються нові або вдосконалюються вже існуючі рухові навички, з іншого — розвиваються й удосконалюються різні фізичні якості (сила, витривалість, швидкість, гнучкість, спритність і ін.), які визначають фізичну працездатність організму.

Отже, ніякі інші засоби і методи реабілітації не в змозі замінити фізичні вправи. Тільки в результаті їх впливу ми можемо відновити й удосконалювати фізичну працездатність хворого із захворюваннями опорно-рухового апарату, яка, як правило, помітно знижується при патологічних процесах окресленої нозології.

Література

1. Физическая культура / Под ред. Т.Ю. Жиглова. — М.: Спорт, 2001 — 198 с.

2. Физическая культура и валеология / А.З. Мишаров, В.Г. Камалетдинов, В.И.Харитонов, С.И. Кубицкий. — Челябинск: ДЦНТИ, 2009. — 325 с.

3. Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры / Под общей ред. проф. С.Н. Попова. — Ростов н/Д: Феникс, 2014. — 608 с.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ОБСТРУКТИВНОМУ БРОНХІТІ

Коваленченко В.Ф.
к. мед .н, доцент кафедри здоров'я людини і фізичного виховання,
Інститут соціальних технологій Університету «Україна»
Коростій Б.С.
студент магістратури спеціальності «Фізична реабілітація»,
Університет «Україна»
13assassin_creed@bigmit.net

Анотація. *Обструктивний бронхіт є запальним процесом в бронхах і бронхіолах, при якому стається звуження в просвітах бронхів. Внаслідок деформації скупчується мокрота і відбувається набряк бронхіальної стінки і скорочення мускулатури бронхів. Це веде до ускладнення дихання і зменшення насичення крові киснем. Основні*

симптоми обструктивного бронхіту — задуха і кашель. Основними причинами, які можуть спровокувати розвиток обструктивного бронхіту є — інфекційні, алергічні фактори і спосіб життя. Використовуються всі засоби фізичної реабілітації.

Annotation. *Obstructive bronchitis is an inflammatory process in the bronchi and bronchioles, in which narrowing occurs in the bronchi lumens. As a result of deformation, the phlegm accumulates and there is a swelling of the bronchial wall and a decrease in the muscles of the bronchi. This leads to difficulty breathing and a decrease in blood oxygen saturation. The main symptoms of obstructive bronchitis are breathlessness and coughing. The main causes that can provoke the development of obstructive bronchitis are: infectious, allergic factors and lifestyle. All means of physical rehabilitation are used.*

Інфекційні фактори. У 90% випадків хвороба виникає внаслідок зараження вірусами (респіраторно- синцитіальним, цитомегаловірус, аденовірус, парагрип). Окрім того, причинами обструктивного бронхіту інфекційної природи можуть стати бактеріальні захворювання (хламідії, мікоплазми).

Алергічні фактори. Реакція на алергени може зачіпати бронхолегеневу систему. Обструктивний бронхіт алергічного походження найчастіше зустрічається у дітей.

Несприятливий стан навколишнього середовища. У забрудненому повітрі міститися різні агресивні хімічні речовини, які можуть подразнювати і пошкоджувати дихальні шляхи. Захворювання провокує і професійний контакт з шкідливими речовинами: вдихання повітря з підвищеним вмістом кремнію, кадмію, хлору, контакт з вугільним пилом тощо.

Тривале куріння (у тому числі, пасивне), а також сильне виснаження організму, ослаблення імунітету внаслідок переохолодження або хронічного захворювання.

Обструктивний бронхіт буває двох видів: гострий і хронічний. Хронічна форма найчастіше буває у дорослих, а гостра у дітей.

Гостра форма, як правило, розвивається на тлі ГРВІ. Підвищується температура, з'являються слабкість і озноб. На початковій стадії захворювання кашель сухий і нав'язливий, пізніше стає вологим, з важким відходженням мокротиння.

При хронічній формі обструктивного бронхіту періоди ремісії і загострень чергуються. Загострення найчастіше викликані переохолодженням. При загостренні хронічного обструктивного брон-

хіту періоди ремісії стають коротшими, кашель супроводжує «свистячий» подих.

Основна мета лікування і реабілітації- покращити дихальну функцію легень та сприяти видаленню з бронхів анатомічних утворень: слизу і гною.

Засоби фізичної реабілітації при обструктивному бронхіті є лікувальна фізкультура, лікувальний масаж, фізіотерапія, механотерапія, працетерапія, які застосовуються на періодах і етапах реабілітаційного лікування з урахуванням функціональних порушень та загальних протипоказань до цих методів.

ОСОБЛИВОСТІ МОТИВАЦІЇ СПОРТСМЕНІВ-БАСКЕТБОЛІСТІВ З ПОРУШЕННЯМ СЛУХУ У ПЕРЕДЗМАГАЛЬНИЙ ПЕРІОД

Ковальчук В.І.
к. н. з фіз. вих. і спорту, магістрантка спеціальності «Фізична реабілітація» кафедри здоров'я людини та фізичного виховання, Інститут соціальних технологій Університету «Україна»
Адихаєва Л.В.
к. пед. н., доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання, Інститут соціальних технологій Університету «Україна»
urban-ko@ukr.net

Анотація. *Аналіз існуючих досліджень проблем мотивації спортсменів з порушенням слуху в спортивно-ігрової діяльності дозволяє визначити актуальність нашої роботи. Необхідно вивчити мотиваційні стани і стан тривоги, що переживають спортсмени-баскетболісти з інвалідністю в тренувальному і змагальному процесі. Знання цих особливостей дозволить ефективно управляти мотиваційним станом спортсменів з порушенням слуху в баскетбольній команді, а також регулювати психо-емоційний стан гравців баскетбольної команди перед змаганнями.*

Annotation. *An analysis of existing research on the motivation of athletes with hearing impairment in sports and gaming activities can determine the relevance of our work. It is necessary to study the motivational states and the state of anxiety experienced by athletes-basketball players with disabilities in the training and adversarial process. Knowing these features will effectively manage the motivational state of athletes with hearing impairment in the*

basketball team, as well as regulate the psycho-emotional state of the players of the basketball team before the competitions.

Змагальна діяльність спортсмена вимагає від нього мобілізації всіх сил: фізичних і психічних. Успіх в змаганні багато в чому залежить від психічного стану спортсмена перед виходом на старт і рівня його мотивації. Мотивація є центральним фактором в структурі особистості для визначення рушійних сил в будь-якій діяльності, тим більш спортивної, що по своїй суті є екстремальною і, як правило, викликає у спортсменів стан нервово-психічної напруги.

Значна кількість робіт присвячена вивченню мотивації у спортсменів, але, на жаль, мало висвітлені питання діагностики мотиваційного стану спортсменів з інвалідністю в спортивній команді, не розкриті кількісні та якісні показники мотиваційних станів і стану тривоги, як найбільш блокуючого і дезорганізуючого стану у гравця в будь-якому командному виді спорту.

Особливості мотиваційного стану спортсменів-баскетболістів з порушенням слуху, що дозволить тренеру ефективно управляти станом та діяльністю спортивної команди.

Мотиви спортивної діяльності не тільки спонукають людину зайнятися спортом, але і надають заняттям суб'єктивний особистісний сенс. Різні спортсмени з інвалідністю, займаючись одним і тим самим видом спорту, виконуючи однакові за складністю та інтенсивності тренувальні навантаження, нерідко керуються різними, часом прямо протилежними мотивами, надають різне значення своїм заняттям, тому і оцінка їхньої поведінки є різною.

Встановлено, що такий фактор, як формування стійкої мотивації до діяльності, сприяє оптимізації тренувального процесу без додаткових енергетичних витрат часу і він повинен стояти на першому місці. Другим фактором є регулювання активності спортсмена, потім вироблення адекватного ставлення до самого тренувального процесу.

Розглядаючи мотивацію, яка є двигуном у спортивній діяльності, потрібно розглядати мотиваційний стан з точки зору самооцінки самого спортсмена. Так як мотивація спонукає спортсменів займатися баскетболом незалежно від статусу змагань, а мотиваційний стан розглядається, як стан гравця перед значущими змаганнями.

В ході проведення дослідження мотиваційного стану спортсменів з інвалідністю, ми не могли залишити осторонь вивчення стану тривоги як стану найтісніше взаємопов'язаного з мотиваційним

станом. Також за результатами теоретичного дослідження особливостей особистості інвалідів з вадами слуху було виявлено, що їм властивий виражений стан тривоги, а також високий рівень тривожності.

Висновки. Теоретичний аналіз спортивно-педагогічної літератури розкриває значущу роль мотиваційної сфери спортсменів, вказує на необхідність проведення діагностики мотиваційного стану спортсменів з унвалідністю в спортивній команді, а також своєчасне включення методів психокорекції в разі низького або надмірно вираженого мотиваційного стану в тренувальний і змагальний періоди.

Оптимальний рівень мотиваційного стану спортсменів з порушенням слуху в баскетбольній команді дозволяє їм виконувати досить важкі завдання в умовах тренувань, змагань. Таким чином, отримані дані досліджень дозволяють надалі рекомендувати застосовувати до спортсменів-баскетболістів з порушенням слуху апробовані в роботі методи психодіагностики, а також реалізовувати сучасні методи, засоби психологічної корекції стану тривоги і формування оптимальної мотивації до змагальної діяльності.

Література

1. Воронова В.І. Психологія спорту: навч. посібник / В.І. Воронова. — К.: Олімпійська література, 2007. — 298 с.

2. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы / Е.П. Ильин. — СПб.: Питер, 2002. — 512 с.

3. Сопов В.Ф. Измерение мотивационного состояния спортсмена / В.Ф. Сопов // Контроль как фактор управления тренировочным процессом: сб. науч. ст. / Каз. ин-т физ. культуры. — Алма-Ата, 1986. — С. 88–94.

ПСИХОФІЗІОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ СТУДЕНТІВ ДО СТРЕСОВИХ СИТУАЦІЙ У НАВЧАННІ

Колядич О.І.
старший викладач кафедри здоров'я людини та фізичного виховання,
Інститут соціальних технологій, Університет «Україна»
o_kolyadich@ukr.net

Анотація. *У статті викладено особливості психофізіологічної адаптації студентів до стресових ситуацій під час навчання в університеті. Обгрунтовано детальний науковий аналіз психофізіологічних*

станів студентів під час проведення сесій. Рекомендовано основні напрямки реабілітації.

Annotation. *The article outlines peculiarities of psychophysiological adaptation of students to stressful situations while studying at the university. The detailed scientific analysis of psychophysiological states of students during sessions is substantiated. The main directions of rehabilitation are recommended.*

Отримання освіти є процесом складним, динамічним, багатоаспектним і характеризується поліфункціональністю та творчою спрямованістю. Фізичне і психічне виснаження протягом семестру, емоційне напруження і хвилювання перед наступними іспитами призводять до постійних стресових ситуацій напередодні і під час сесії. Навчання у вузі є складним видом діяльності, що пов'язаний зі значними психофізіологічними витратами і, відповідно, адаптацією до стресових ситуацій.

Внаслідок підвищення стресогенності, зростає тривожність, фрустрованість, дратівливість, з'являються втома, часті головні болі, безсоння, депресії, що поступово призводить до численних соматичних нервово-психічних захворювань. Значною мірою це стосується студентів з інвалідністю.

Детальний науковий аналіз результатів обстеження студентів початкових курсів університету «Україна», спеціальності «здоров'я людини» з використанням таких методів психофізіологічних досліджень як реєстрація показників серцево-судинної системи (ЧСС, АТ, сила скорочень серця, хвилинний об'єм кровообігу, метод обробки кардіоінтервалів за допомогою гістографічного аналізу за Р.М.Баєвським) з урахуванням методу самооцінки параметрів психофізіологічного стану (тест САН та шкалована самооцінка психофізіологічного стану) свідчить про підвищення рівня емоційного напруження, тривоги, невпевненості, погіршення самопочуття, активності, настрою, працездатності у більшості студентів за 7–10 днів до і різке погіршення самопочуття під час екзаменаційної сесії. Після закінчення сесії, протягом 10–15 днів вимірювані показники відновлювались.

Варто відмітити також, що порівнюючи і співставляючи показники окремо на різних курсах, було встановлено, що найбільше відхилення від норми вони мали у студентів I курсу навчання, що свідчить про їх найвищий рівень тривожності та переживання порівняно з іншими учасниками дослідження.

Підготовка до іспитів характеризується тривалим емоційним перенапруженням, постійним відчуттям нестачі часу, хронічним стомленням, поквапливістю, порушенням режиму праці і відпочинку, хронічною гіпокінезією. Крім того, у сучасному житті, відносинах між людьми також спостерігається тенденція до зростання напруженості. Серед загальних причин, що породжують стресові ситуації, виділяються екологічні, техногенні, соціальні, економічні, інформаційні, моральні, побутові та ін. Їх сильний і одночасний вплив призводить до того, що звичайна людина почуває себе виснаженою, а отже відкритою для стресу.

Студентство — це надзвичайно велика частка населення нашої країни, молодий потенціал, деякі з них ще й вдосконалюють освіту, вчаться у декількох вузах почергово або одночасно, отже весь період навчання для більшості з них складає близько 5–10 років, і невід'ємною його складовою є контроль знань. Тому, нагадуючи про елементи оптимізації психофізіологічного стану, ми говоримо про здоров'я всієї нації.

Саме тому актуальною є цілеспрямована оптимізація психофізіологічної готовності студентів до навчання, через зміцнення адаптації до стресових ситуацій.

Для корекції психофізіологічного стану доцільно рекомендувати відповідні методи і засоби: фізичні вправи (ЛФК, дихальна гімнастика, аеробіка, йога), різні види масажу, фізіотерапія (прогулянки на свіжому повітрі, повітряні та сонячні ванни, гідротерапія, електростимуляція), дієтотерапія, фармакологічна корекція, артте-рапія (елементи музики, танців, мистецтва), загартування, саморегуляція, аутотренінг та ін., які підвищують рівень адаптації до стресових ситуацій та сприяють покращенню здоров'я взагалі.

СУЧАСНІ НАПРЯМКИ ІГРОТЕРАПЕВТИЧНОЇ РОБОТИ

Кондратюк Ю.А.
Студентка магістратури спеціальності «Соціальна робота»
Житомирський економіко-гуманітарний інститут Університету «Україна»
Науковий керівник: ***Бурова Г.В.****, к.соц.н., доцент Житомирського економіко-гуманітарного інституту Університету «Україна»*

Анотація. *Ігрова терапія — метод психотерапевтичного впливу на дітей з використанням гри. Серед сучасних напрямків соціальної*

реабілітації дітей із вадами психофізичного розвитку найбільш поширеними є такі: арт-терапія, дельфінотерапія, іпотерапія. Важливо звернути увагу на те, що кожна з цих методик повинна носити системний, цілеспрямований характер і використовуватися фахівцями відповідно до особливості психофізичних вад дитини.

Annotation. *Game therapy — a method of psychotherapeutic influence on children using the game. Among the modern directions of social rehabilitation of children with mental disorders of the most common are: arteraphy, dolphinotherapy, and hypothermia. It is important to pay attention to the fact that each of these methods should be systemic, purposeful and used by specialists in accordance with the peculiarities of the child's psychophysical defects.*

У роботі висвітлено ігротерапію, як метод психотерапевтичної дії на дітей з використанням гри. Гра коригує придушувані негативні емоції, страхи, не впевненість в собі, розширює здібності дітей до спілкування, збільшує діапазон доступних дитині дій з предметами.

Арт-терапія — це один із методів соціальної роботи, який базується на можливостях мистецтва в досягненні позитивних зрушень в емоційному, інтелектуальному та особистісному зростанні. Кожен має змогу виразити себе за допомогою ліній, кольорів, звуків чи рухів, здобути новий досвід невербального спілкування, що допоможе в майбутньому полегшити взаємини з іншими людьми [2].

Арт-терапія — це лікування за допомогою залучення дитини до мистецтв. При цьому дитина навчається спілкуватися з навколишнім світом на рівні екосистеми, використовуючи образотворчі, рухові та звукові виражаючи засоби. Вона має змогу самостійно висловлювати свої почуття, потреби та мотивацію своєї поведінки, діяльності і спілкування, необхідні для її повноцінного розвитку та пристосування до навколишнього середовища.

Дельфінотерапія — новий напрямок соціальної реабілітації, що працює в Україні не більше 5 років. За кордоном цей напрямок розвивається з 70-х років минулого століття. Дельфінотерапія є альтернативним, нетрадиційним методом соціальної роботи, де в центрі терапевтичного процесу перебуває спілкування людини й дельфіна. Це спеціально організований процес, що відбувається під наглядом групи фахівців: лікаря, ветеринара, тренера, психолога (психотерапевта, дефектолога, педагога). У психотерапії беруть участь спеціально навчені тварини, які мають «хороший характер» [3].

Використання дельфіна обумовлене його природними особливостями, такими, як поєднання унікальних фізичних даних і високого інтелекту, потреба в спілкуванні, здатність до міжвидового спілкування, використання невербальних засобів спілкування, ігрова поведінка, а також особливе ставлення людини до дельфіна. Це породжує сильну позитивну установку. [3].

Іпотерапія — метод лікування, заснований на взаємодії дитини з конем, адаптованим до можливостей дитини у навчанні верховій їзді. При їзді на коні м'язи спини тварини, здійснюючи тривимірні рухи, масажують м'язи ніг дитини [1].

Цінність кінної терапії полягає у відпрацюванні навичок володіння своїм Температура тіла коня вища за людську на 1,5 градуси. Рухи м'язів спини коня, що йде, розігрівають і масажують спастичні м'язи ніг вершника, підсилюючи кровообіг у кінцівках. Покращення кровообігу в цілому поліпшує кровопостачання мозку, покращується орієнтація в просторі, долаються порушення функцій рівноваги та вестибулярні розлади, виховуються різноманітні маніпулятивні навички, відбувається стимуляція такої важливої ланки емоційно-вольової сфери, як мотивація до дії. Крім того, спілкування з твариною пожвавлює емоційний стан дитини, розширює діапазон її знань та уявлень про навколишній світ. У процесі занять покращуються комунікативні навички, зникають страхи.

Література

1. Дмитриева И.В. Опыт применения групповой психотерапии при неврозах детского возраста // Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии. Тамбов — 1974.

2. Тохтамиш О.М. Дитяча гіперактивність: виникнення, розвиток, методи психосоціальної допомоги // Актуальні проблеми психології. Т.1: Соціальна психологія. Організаційна психологія. Економічна психологія: 36. Наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АІШ України / За ред. Максименка С.Д., Карамушки Л.М. — К: Міленіум, 2005. — Част. 14. — С. 154-156.

3. Тохтамиш О.М. Психодіагностика дитячої гіперактивності та дефіциту уваги у дошкільному віці // Наукові записки Інституту психології імені Г.С. Костюка АІШ України / За ред. академіка С.Д. Максименка. — К.: Главник, 2005. — Вип. 26, в 4-х томах. Том 4. — С. 171–175.

ЗДОРОВ'Я ЯК ЦІННІСНА ОСНОВА МЕДИКО-ПРАВОВОЇ КУЛЬТУРИ ОСОБИСТОСТІ

Кравченко А.П.
кандидат юридичних наук, доцент кафедри правознавства
Полтавського інституту економіки і права Університету «Україна»
allakravch@yahoo.com

Анотація. *У тезах розкривається питання ціннісного ставлення особи до власного здоров'я як основи медико-правової культури особистості.*

Окреслено сутність здоров'я як мірила життєвих проявів людини не лише на біологічному рівні, а й на рівні загального світовідчуття. Підкреслено необхідність реформування системи охорони здоров'я у сучасному українському суспільстві.

Annotation. *The thesis reveals the question of the value relation of a person to his own health as the basis of the medical-legal culture of the individual. The essence of health as a measure of human life manifestations is outlined not only at the biological level, but also at the level of general attitude. The necessity of reforming the health care system in the modern Ukrainian society was emphasized.*

За визначенням ВООЗ здоров'я є «станом повного фізичного, духовного і соціального благополуччя», що складає основу вищого невідчужуваного першорядного блага людини, та є фундаментальним правом і особливою цінністю сучасної цивілізації. Цим пояснюється активний розвиток наукових, теоретичних та правових досліджень стану проблем здоров'я у сучасному світі на психологічному, філософському та правовому рівнях.

Наразі в українському суспільстві існує потреба у реформуванні системи охорони здоров'я (від медицини «хвороб і симптомів» до медицини «збереження і зміцнення ресурсів організму»), що передбачає формування єдиної, стабільної та цілісної системи правового регулювання медичної діяльності, розробку і впровадження національної моделі розвитку системи охорони здоров'я України, яка має виходити із рівних можливостей громадян. [1; 3; 4; 5]. Необхідно зазначити, що права і свободи громадян та справедливий стан розвитку суспільства забезпечуються не тільки характером економічного і політичного устрою держави, а й рівнем розвитку правової культури як усього суспільства уцілому, так і окремої особистос-

ті зокрема. Через це однією із головних умов здійснення ефективного реформування інформаційно-правової системи управління в медичній сфері суспільства є підвищення медико-правової культури її громадян.

Останню необхідно розглядати як складову частину загальної правової культури особистості, основою якої виступають правові знання та уміння за допомогою закону їх застосовувати для захисту власних прав і свобод, та регулювати з метою збереження і зміцнення здоров'я, як вихідної умови і запоруки успішної духовної і практичної діяльності. Внутрішнью детермінанту медико-правової культури особистості складає її світоглядно-ціннісне ставлення до власного здоров'я, як фундаментальної основи соціальної активності усіх аспектів її життєвого благополуччя. Таке ставлення до здоров'я проявляється у здатності самостійно контролювати і нести відповідальність за його стан, що базується на системі медико-правових норм і цінностей.

Правова культура особистості не обмежується суто теоретичним знанням і розумінням права, а передбачає практику «оволодіння правом у дії». Так само і перетворення соціальної цінності в особистісну можливо лише за умови, безпосереднього включення людини у практичну реалізацію цієї цінності. Тоді у людини виникає та укорінюється індивідуальна, власна, особистісна цінність, яка стає ідеальним уявленням про належне і, таким чином, задає напрям усієї життєдіяльності [2].

Таким чином, здоров'я є мірилом життєвих проявів людини не лише на біологічному рівні, а й на рівні загального світовідчуття. Стан та динаміка здоров'я особи залежать не тільки від умов її життя, не тільки від якості фінансування медичної сфери та досконалості її правового регулювання, а, в неабиякій мірі, і від характеру поведінки самої особи у всіх сферах її діяльності, вітальності чи патогенності, характером самозбережувальної спрямованості, здатністю перейти від опори на регулювання середовища в рамках соціальної системи до опори на себе і механізми саморегуляції [6]. Останнє визначається суб'єктивною самооцінкою фізичного стану та місцем здоров'я в ієрархії цінностей особистості.

Поведінка самозбереження не обмежується лише своєчасним зверненням за кваліфікованою медичною допомогою, насамперед, вона передбачає певний спосіб організації стилю життя та визначену спрямованість життєдіяльності. Власне, від самої людини залежить свобода вибору життєвої стратегії, визначення свого місця

в ній і диференціація рівня відповідальності. Активність суб'єкта має бути спрямована на подолання суперечностей між усвідомленням цінності здоров'я і реальною поведінкою з урахуванням норм медичного права, і виступати одним із центральних регулюючих механізмів розвитку ціннісного ставлення до здоров'я.

Література

1. Волков В., Дешко Л. Медичне право—реальність сьогодення // Інформаційний правовий простір. — 5–11 травня 2007 р. — №18. — С. 45–48.

2. Леонтьев Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. — 3-е изд., доп. — М.: Смысл, 2007. — 511 с.

Радиш Я.Ф. Державне управління охороною здоров'я в Україні: генезис, проблеми та шляхи реформування (Монографія) / Передмова і загальна редакція — проф. Н.Р. Нижник. — К.: Вид-во УАДУ, 2001. — 360 с.

Сенюта І.Я. Медичне право: право людини на охорону здоров'я: Монографія. — Львів: Астолябія, 2007. — 224 с.

Стеценко С.Г. Медичне право України: проблеми становлення //Медичне право України: правовий статус пацієнтів в Україні та його законодавче забезпечення (генезис, розвиток, проблеми і перспективи вдосконалення), Матеріали 2 Всеукраїнської науково-практичної конференції 17-18.04.2008, м. Львів.

Терентьев О.В. Аксиология здоровья и критика технократического мышления//Вопросы гуманитарных наук №1(34)2008. — С. 59–61.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Кравченко С.І.
студентка спеціальності «Фізична реабілітація»
кафедри здоров'я людини та фізичного виховання,
Інститут соціальних технологій Університету «Україна»
Адирхаєва Л.В.
к. пед. наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання
Інституту соціальних технологій, Університет «Україна»

Анотація. *Бронхіальна астма (БА) є одним із найбільш поширених захворювань органів дихання, яке обмежує життя хворих дітей у фізичному, емоційному і соціальному аспектах. В Україні на БА хворіють близько 3,5–4% населення, і її частота продовжує зростати (Здоров'я України [Електронний ресурс]. Не дивлячись на значні успіхи в діагностиці та лікуванні БА, у багатьох випадках захворювання*

погано піддається медикаментозній корекції. В реабілітаційному лікуванні БА виправданим є акцент на розробку методів комплексного лікування, які здатні вплинути на різноманітні патофізіологічні механізми захворювання. Крім того, враховуючи труднощі у підборі терапії, пов'язані з можливістю виникнення алергічних реакцій на більшість лікарських засобів, усе більшу увагу привертають немедикаментозні методи.

Annotation. *The thesis deals with the use of various means of physical rehabilitation to improve the health and quality of life of children with bronchial asthma.*

In the course of work conclusions on the causes of bronchial asthma in children have been made, the consequences of excision of the excretory function of the bronchi have been analyzed, available methods of physical rehabilitation for the treatment and prevention of bronchial asthma in children have been studied, the program of rehabilitation has been developed, depending on age, state of health, psycho-emotional state, lifestyle of a sick child.

Реабілітація хворих при бронхіальній астмі може проходити в медичних установах, в спеціалізованих санаторіях курортного типу або в домашніх умовах під керівництвом досвідченого фахівця. Іноді під час пубертатного періоду вдається досягти настільки стійкою ремісії, що людина протягом кількох десятиліть не стикається з негативними проявами бронхіальної астми.

Проведені дослідження доводять,що лікувальна фізкультура є методом активної, неспецифічної терапії бронхіальної астми і успішно застосовується в її комплексному, патогенетичному лікуванні. Крім того, ЛФК попереджає розвиток таких ускладнень, як емфізема, деформація грудної клітки, хребта або виправляє їх, якщо вони виникли. Фізична реабілітація при бронхіальній астмі обов'язково включає в себе дихальну гімнастику, (ДГ) що є потужним чинником оздоровчої дії на організм хворого з БА.

Аналіз наявної медичної та наукової літератури свідчить,що реабілітація БА може включати в себе багато різноманітних засобів.Це інгаляції з різними розчинами для зволоження дихальних шляхів, дренажний масаж грудної клітини, голкорефлексотерапії, магнітотерапію, вплив ультразвуку, електрофорез і фонофорез для поліпшення роботи бронхів, кліматотерапію; ігри на свіжому повітрі,катання на велосипеді,на лижах,плавання в чистих водоймах. Набувають популярності такі новітні методики як краніосакральна терапія,м'язево-фасціальний реліз.

Не дивлячись на те, що БА визнана психосоматичним захворюванням, в Україні психоемоційний стан дитини при виборі тактики ведення лікування, як правило, не враховується. Тому спеціалісту потрібно встановити зв'язок з маленьким пацієнтом,заохотити дитину до виконання вправ,тощо.

Незважаючи на ефективність нетрадиційних систем реабілітації, оздоровлення, профілактики загострень БА,вони ще не одержали належного поширення і масового використання у дітей. Це пов'язано з неінформованістю суспільства і батьків щодо їх переваг.Доведено,що використання природних факторів у системі лікування і профілактики БА є ефективним, доступним і не вимагає великих фінансових затрат, дозволяючи досягти підвищення резистентності організму до захворювань.

Література

1. Чабовская А. П. Практикум по основам педитрии и гигиены детей дошкольного возраста. —Москва, 1985. — 126 с.

2. Дикий Б.В., Ростока-РезніковаМ.В. немедикаментозні методи в реабілітації хворих на бронхіальну астму. Методичні рекомендації. — Ужгород, 2013. — 35с.

3. http://reabilitatsia.com/reabilitatsiya-pri-bronhialnij-astmi-fizichna-plan-ditej/

4. http://loveginka.xyz/rizne/17571-jak-provoditsja-reabilitacija-pri-bronhialnij.html

ТАЙСЬКИЙ МАСАЖ У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Кугій Я.В.
студент магістратури спеціальності «Фізична реабілітація», Університет «Україна»
Адирхаєва Л.В.
кандидат педагогічних наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Університету «Україна»
kugiy@ukr.net

Анотація. *Тайський масаж, або ж «йога-масаж», або ж «тайська система здоров'я» — цілісна система оздоровлення, що включає цілий ряд способів впливу, таких як глибокі натискання на м'язову тканину, пасивні вправи, що нагадують пози йоги, рефлексологію, роз-*

тягнення, розкриття суглобів, активізація потоку енергії в тілі людини, акупресуру. Коріння тайського масажу лежать в Аюрведі, давньоіндійській оздоровчій системі, і в китайській медицині, найстаріших з існуючих у світі.

Однією з визначних в житті Сіаму (давня назва Таїланду) подією стало поширення буддизму, який проник туди з Індії через країни Південно-Східної Азії. Це сталося близько 2500 років тому. Поряд з буддійськими ченцями, з Індії прийшли і лікарі-практики Аюрведи, що принесли і знання йоги. Практика, що утворилася в результаті злиття ендемічної тайської медицини і Аюрведи, і сформувала базис сучасної тайської системи оздоровлення, що включає в себе лікування травами і рослинними препаратами, традиційний тайський масаж, тайську йогу, ароматичні сауни і застосування гарячих трав'яних компресів. До сьогоднішнього дня в тайській медицині збереглися такі екзотичні практики, як «Ток Сен» — простукування молотком з допомогою дерев'яної палички енергетичних каналів і масаж ногами.

Засновником масажу тайці вважають індійського доктора на ім'я Дживака Кумар Бхача, відомого також як Джива Комарпадж, або, як його ласкаво звуть самі тайці, «Доктор Шівака», «Доктор-батько». Він відомий як один і особистих лікарів Будди. І сьогодні кожен тайський масажист перед початком роботи читає мантру, присвячену «Доктору-батьку».

Тайський масаж працює на основі стимуляції життєвої енергії за допомогою натискання на Сен Сіп або Прани («вітер життя»). Сен Сіп, або десять головних ліній є 72.000 каналів життєвої енергії, які протікають через все тіло. Правильна техніка впливу на ці лінії допомагає підтримати баланс життєвої енергії тіла і розуму шляхом звільнення від блокувань і збільшення потоку енергії по цих лініях.

Annotation. *There are two styles of Thai massage, Southern style or Wat Pho style and Northern style. These two styles of Thai massage come from the two original schools of Thai massage. Southern style originated at Wat Pho in Bangkok and Northern style comes from the Old Medicine Hospital in Chiang Mai. Both schools are still in operation today.*

This massage is unique in its characteristics as it can actually be a form of physical, emotional and mental exercise for both involved. The receiver actually becomes an active participant in the massage and the giver also benefits from the stretches if performed properly. More than that, Thai massage can be a form of meditation for both parties. Historically, Buddhist monks performed Thai massage in the temples as part of their Vippasana meditation to assist them in attaining a clear and peaceful mind.

У тайській системі здоров'я існують практики, спрямовані як на стимуляцію кровообігу, так і на зниження, уповільнення, заспокоєння ритму крові в тілі людини. Дивлячись на людину цілком, тайські майстри налаштовують баланс всього організму, вважаючи основною метою налагодити спокійне і чисте протікання енергії. Здобувається це певними практиками і методами, спрямованими на очищення енергетичних каналів.

У деяких методах тайська система здоров'я перегукується з європейськими поглядами і тенденціями. Багато в чому схожі протипоказання і показання до масажу, підхід і вибір потрібного темпу і тиску. При підвищенні кров'яного тиску (надлишку життєвої енергії в певних органах) всі дії спрямовані на заспокоєння енергії, розслабленню каналу. Вважаючи нервову напругу, психологічні навантаження найбільш впливаючими на підвищення тиску, тайські майстри в продовж сеансу намагаються заспокоїти, розслабити пацієнта, вибираючи спокійний темп і середнього ступеняю глибину впливу на тіло.

Визначальною умовою для того, яким саме чином масажист буде здійснювати вплив на біологічно активну шкірну точку, є вид порушень в стані енергетичного меридіана Сен. Таких видів існує два — розрив або блокування каналу. І перше, і друге істотно знижують функцію меридіана по відношенню до норми; але відмінність між розривом і блокуванням часто нелегко визначити: і в тому, і в іншому випадку скарги пацієнта будуть однаковими — біль.

Розрив меридіана Сен. Головними причинами є: м'язове перенапруження, розтягнення зв'язок або сухожиль, захворювання нервів (неврит), пошкодження окістя і (або) кістки. Розрив — це практично завжди гострий стан.

Воно пов'язане з раною, переломом або іншою серйозною травмою, і вимагає пильної уваги негайного втручання, чим раніше — тим краще.

Блокування меридіана Сен. Блок меридіана Сен зазвичай виникає при хворобливому стані не гострого, але хронічного характеру. Як приклади можна привести хронічну втому, стрес, непомірне фізичне (м'язове) навантаження. Заблокований меридіан Сен створює перешкоджання вільному току енергії.

Висновок. Регулярне виконання прийомів тайського масажу швидко відновить тонус м'язів і рівновагу між м'язами-антагоністами. Ви зможете підтримувати своє тіло в здоровому стані, досягти якого вдається хіба що найбільш старанним прихильникам йоги.

Головне достоїнство тайської системи зцілення в тому, що з її допомогою можна впливати практично набудь-який м'яз, навіть самий важкодоступний. Але належний ефект досягається тільки при умові, що виконується весь комплекс прийомів для відповідної області тіла.

Література

1. Ламбер Джарни. Тайский массаж. Перевод: Бубличенко М. — Ростов н/Д: Феникс, 2006. — 346 с. — (Панацея). — ISBN: 5-222-08338-1.

2. Меркати Мария. Тайский массаж. Шаг за шагом по пути к исцелению. М.: Гранд Фаир, 2002. — 176 с.: ил. — ISBN 184-028-072-7.

3. Кам Ти Чоу. Тайский массаж. Перевод: Котельников М. — М.: Эксмо, 2006. — 144 с. — ISBN 5-699-17232-7.

4. Encyclopedia of Thai Massage. Dr. Pierce Salguero and David Roylance. First published by Findhorn Press 2004. Second edition, fully revised and updated, published by Findhorn Press 2011. ISBN: 978-1-84409-563-6.

ЗАСТОСУВАННЯ ІПОТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ

Кузнєцова О.М.
студентка 6 курсу, група ЗФР-71/16(09)В,
спеціальність «Фізична реабілітація»
Університету «Україна»
Любенко В.О.
кандидат медичних наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Інституту соціальних технологій,
Університет «Україна»
kuznecova@ukr.net

Анотація. *В роботі проаналізовано застосування іпотерапії у хворих на церебральний параліч. Застосування методів іпотерапії, викликають суттєвий позитивний вплив на організм людини, але мають вузьке розповсюдження в Україні, що дуже потребує більшого поширення. Виділяють три основні етапи впливу на організм пацієнта при застосуванні іпотерапії. Це є біомеханічний, психологічний та температурний механізм.*

Annotation. *The paper analyzes the use of hypotherapy in patients with cerebral palsy. The use of methods of hippotherapy, has a significant positive effect on the human body, but has a narrow distribution in Ukraine, which*

needs to be more widely used. There are three main stages of exposure to the patient's body when using hypotherapy. It is biomechanical, psychogenic and temperature mechanisms.

Народження дітей через неврологічні захворювання, інвалізація та не завжди спроможні методи лікування людей з ознаками ДЦП в Україні стали метою даної роботи з відкриттям важливості застосування методу іпотерапії.

За кордоном, в сучасних підходах дослідників до відновної терапії людей з Дитячим церебральним паралічем дуже часто згадується метод іпотерапії. В нашій країні він фігурує дуже рідко.

Тому, якщо цей метод значно підвищить ефективність використання відновного комплексу з поєднанням різних методів при такій хворобі, то актуальність роботи буде дуже важлива.

Зараз в медичних та реабілітаційних закладах України застосування іпотерапії слабко розвито.

Застосування методу іпотерапії, як одна з форм лікувальної фізкультур, дозволяє вирішувати такі основні задачі:

– протидіяти негативному впливу гіпокінезії, зумовленої хворобою;
– розвивати фізичну активність хворого;
– сприяти відновленню порушених функцій;
– поліпшувати або відновлювати втрачені навички;
– забезпечувати професійну реабілітацію,
– формувати нові або відновлювати втрачені навички;
– адаптувати організм хворого до фізичних навантажень;
– покращувати або відновлювати стан здоров'я.

Принципова відмінність іпотерапії від всіх інших видів лікувальної фізкультури полягає в тому, що тут, як ніде більш, забезпечується одночасне включення в роботу практично всіх груп м'язів тіла вершника. Причому це відбувається на рефлекторному рівні, оскільки, сидячи на коні, рухаючись разом з ним і на ньому, пацієнт протягом всього сеансу інстинктивно намагається зберегти рівновагу, щоб не впасти з коня, тим самим спонукає до активної роботи як здорові, так і уражені хворобою м'язи свого тіла.

Іпотерапія впливає на організм людини через два могутніх чинники: психогенний і біомеханічний.

Співвідношення питомої ваги цих механізмів в кожному окремому випадку залежить від захворювання і задач, що вирішуються за допомогою іпотерапії.

Іпотерапія — це метод, що надає одночасний вплив на фізичний і психосоціальний статуси хворих на ДЦП

Другим могутнім чинником впливу іпотерапії є біомеханічний чинник, вплив якого зумовлений наступними моментами:

1. Вплив коливань, що спрямовані від спини рухомого коня в 3-х взаємоперпендикулярних площинах.

2. Біомеханічний чинник сприяє створенню у хворих нових рефлексів, розвитку рівноваги, координації рухів. Розвиток рівноваги супроводжується в організмі розвитком симетрій, а саме симетричного розвитку м'язів тулуба, кінцівок, суглобово-зв'язкового апарату, тобто усього опорно-рухового апарату, а також симетричних внутрішніх органів. Всі ці фактори разом сприяють формуванню нової рухової навички. Крім того, розвиток рівноваги грає вирішальну роль при лікуванні деяких форм сколіозу (нефіксованих), початкових формах остеохондрозу, при асиметричних кінцівках, а також з асиметричним гіпертонусом окремих груп м'язів при ДЦП і інших подібних порушеннях. В порівнянні з традиційними методами відновного лікування іпотерапія має значні додаткові переваги. Як і лікувальна фізична культура, вона ґрунтується на використанні біологічної функції живого організму –функції руху, що має для людини не тільки біологічне, але і соціальне значення.

Основою оздоровчого впливу іпотерапії є природні рухи коня, що дозволяють вершнику організувати та систематизувати свої рухи.

Таким чином зстосування методів іпотерапії, викликають суттєвий позитивний вплив на організм людини, але мають вузьке розповсюдження на теренах України, що відповідно потребує більшого поширення.

В основі впливу на організм пацієнта, при застосуванні іпотерапії, є біомеханічний, психогенний та температурний механізми.

Подальші дослідження у даному напрямку є вельми перспективними і необхідними.

Вони мають бути пов'язані з розробкою та застосуванням найбільш ефективних корекційно-оздоровчих програм з використанням методу іпотерапії при патологіях нервової системи та опірно-рухового апарату хворих.

СУЧАСНИЙ СТАН РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ДОПОМОГИ ЛЮДЯМ З ВАДАМИ СЛУХУ

Кулакова Т.Б.
лікар-методист ММЦПСМ «СУВАГ», м. Київ, заслужений лікар України.
Шепеленко Н.В.
сурдопедагог ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломийченка АМН України», почесний лікар асоціації отоларингологів Грузії

Анотація. *Слух — одна з найважливіших сенсорних систем людини. Кохлеарна імплантація — найсучаснийших метод реабілітації слуху дитини як засіб розвитку мовлення. Проаналізовано поточний стан реабілітації людини с порушеннями слуху в Україні.*

Annotation. *Hearing — one of the most important human perceptual system. Chochlear implantation — the most modern method of rehabilitation of hearing in children as a means of further speech development. Current state of rehabilitation of persons with hearing impairments.*

Слух — одна з найважливіших функціональних систем людини, ураження слухової функції або недорозвинення слуху приводить до тяжких наслідків при розвитку мовлення, неможливості спілкування з людьми, які чують та говорять.

За показниками ВООЗ на 1000 нормально народжених дітей 1 дитина виявляється з повною глухотою, а 3% мають ці ураження в ранньому дитячому віці. Зараз цифрові слухові апарати забезпечують достатній рівень розбірливості мови слабочуючим дітям та дорослим але людям з глухотою цього недостатньо.

30 років тому було зроблено величезний крок вперед в області сенсорного слухопротезування — були виготовленні перші кохлеарні імпланти для пацієнтів з глухотою.

За показниками фінансових затрат на поліпшення якості життя кохлеарні імпланти займають 3 місце після інтенсивної терапії для новонароджених та та серцево-судинної хірургії.

Кохлеарні імпланти — єдині сенсорні протези, що поставлені на промисловий рівень. Кохлеарна імплантація — новий сучасний підхід до інтеграції та соціалізації людей з порушенням слуху. Це командна робота фахівців, батьків та пацієнтів на кожному соціальному етапі. Яким є потенціал наукового процесу, яка його вартість для людства ніхто не може сказати. Всі розробки в цій області направлені на відновлення функції спілкування, комунікації з метою повноцінної інтеграції в середовище чуючи людей.

ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ СТУДЕНТІВ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ'Я

Кулик Л.П.
К.т.н., доцент, доцент кафедри менеджменту і туризму
Житомирського економіко-гуманітарного інституту
Університету «Україна»

Анотація. *Розглянути питання фізичного виховання студентів з обмеженими можливостями здоров'я. Пропонується використання комп'ютерних технологій для оцінки впливу різних факторів на стан здоров'я й динаміки процесів фізичного виховання.*

Annotation. *Consider the physical education of students with disabilities. It is proposed to use computer technologies to assess the impact of various factors on the health and dynamics of physical education processes.*

Існує проблема фізичного виховання студентів з обмеженими можливостями здоров'я впродовж їх навчання у вищих закладах освіти. Її недостатня вивченість зумовлює проведення дослідження в напрямку вдосконалення системи фізичного виховання та спорту. Незважаючи на невідворотні тенденції до збільшення кількості вільного часу, студенти з обмеженими можливостями здоров'я використовують його неефективно, із малою користю для власного здоров'я. Тому дослідження змістовного наповнення занять та дозвілля відкриває значні можливості для оновлення, збагачення й актуалізації рекреаційної діяльності відповідно до реального запиту різних соціально-демографічних груп.

Організаційно-педагогічні основи фізичного виховання студентів з особливими потребами у вищому навчальному закладі приведені в монографії [1]. Для раціональної організації рекреаційної діяльності студентів на заняттях та у вільний час, їх залучення до регулярної рухової активності, формування позитивного ставлення до занять фізичними вправами пропоновані різні методики. Так, детально розглянута методика адаптивного фізичного виховання в навчальному посібнику [2]. Для раціональної організації рекреаційної діяльності студентів у вільний час, їх залучення до регулярної рухової активності, формування позитивного ставлення до занять фізичними вправами, організації дозвілля, відновлення після навчальних занять розроблена технологія впровадження засобів активного туризму в рекреаційну діяльність

студентів з обмеженими можливостями здоров'я [3]. Для вивчення доцільності впровадження засобів активного туризму в рекреаційну діяльність студентів з обмеженими можливостями здоров'я розглянуто мотиваційно-ціннісні орієнтації студентської молоді до рекреаційно-оздоровчої діяльності, показники фізичного розвитку, функціонального стану серцево-судинної та дихальної системи, фізичної підготовленості, рівнів фізичної працездатності студентської молоді. У експериментах брали участь студенти з нозологіями: зору, слуху, опорно-рухового апарату, наслідками дитячого церебрального паралічу, з соматичними хворобами, хворі на цукровий діабет. На основі проведених досліджень було теоретично сформульовано технологію впровадження засобів активного туризму в рекреаційну діяльність студентів з обмеженими можливостями здоров'я. Дослідження підтверджують, що використання технології впровадження засобів активного туризму в рекреаційну діяльність студентів з обмеженими можливостями здоров'я дають добрі результати. Про це свідчить: підвищення рівня здоров'я та пізнання можливостей власного організму в екстремальних умовах дикої природи; формування стійкої мотивації та потреби в систематичних самостійних заняттях фізичними вправами різного спрямування; формування туристичної культури та практичного досвіду здійснення туристських походів у молоді з обмеженими можливостями здоров'я; надбання знань та практичних навичок, що сприяють залученню до здорового способу життя та забезпеченню оптимальних умов життєдіяльності.

Але життя потребує вдосконалення технологій й методів. Особливо треба мати на увазі впровадження інноваційних технологій. Дійсно, групи, які займаються фізичною підготовкою, в силу різноманітних патологічних порушень не можуть бути однорідними і стабільними, що ускладнює диференційований та індивідуальний підхід до нормування педагогічних впливів. Крім того, для адаптивного фізичного виховання клінічних, нейрофізіологічних, психологічних показників недостатньо, щоб визначати оптимальні величини дозування фізичного навантаження.

Методичною основою управління процесом індивідуальної фізичної підготовленості осіб з обмеженими можливостями є діагностика фізичного розвитку, вторинних порушень, що виявляються в різних локомоціях, координаційних і кондиційних здібностей. Вимірювання параметрів фізичного розвитку (довжини, маси тіла,

окружності грудної клітки, життєвої ємності легень, стану постави, гомілковостопних суглобів), оцінка координаційних здібностей (точності диференціювання зусиль, простору, часу, рівноваги, розслаблення, здатності засвоєння ритму та ін..), кондиційних здібностей (сили, швидкості, витривалості, спритності), показників розвитку основних рухів (ходьби, бігу, стрибків, метань) дає інформацію про стан збережених функцій, індивідуальних потенційних можливостей організму.

Для створення методів діагностики необхідно використовувати комп'ютерні технології. При тому насамперед треба використовувати програми офісного забезпечення персонального комп'ютерного забезпечення. Надбудова «Пакет аналізу» дає можливість проводити глибокий аналіз статистичних даних, до яких відносяться показники фізичного стану та розвитку студентів. На основі кореляційно-регресійного аналізу є можливість прогнозувати показники здоров'я в залежності від впливу різних факторів. Надбудова «Майстер діаграм» дозволяє будувати тренд розвитку процесу, що дає можливість глибоко аналізувати його динаміку. Крім стандартних надбудов середовище електронних таблиць «Excel» дозволяє розробляти свої доступні програми для аналізу динаміки процесів. Наприклад, для оцінки такого явища як сезонність в туризмі [4].

Література

1. Адирхаєв С.Г. Організаційно-педагогічні основи фізичного виховання студентів з особливими потребами у вищому навчальному закладі: монографія / С.Г. Адирхаєв. — К.: Університет «Україна», 2013. — 381 с.

2. Адаптивне фізичне виховання: навч. посібник / уклад.: Осадченко Т.М., Семенов А.А., Ткаченко В.Т. — Умань: ВПЦ «Візаві», 2014. — 210 с.

3. Дудорова Л.Ю. Обґрунтування засобів активного туризму оздоровчої спрямованості для студентів з обмеженими можливостями здоров'я. // — К.: Університет «Україна».

4. Кулик Л.П. Оцінка впливу сезонності на діяльність туристичного підприємства. Матеріали наук. конф. — Ж. ЖЄГІ Університет «Україна». 2015.

ПРОБЛЕМИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Кулікова Ю.А.
студентка III курсу напряму підготовки «Здоров'я людини»
Полтавського інституту економіки і права
pulla1103@gmail.com
*Науковий керівник: **Гета А.В.**, к. н. з фіз. вих. і спорту,*
доцент кафедри фізичної реабілітації та фізичного виховання
Полтавського інституту економіки і права Університету «Україна»
avg2901ne@gmail.com

Анотація. *Проблема соціально-психологічної адаптації інвалідів до умов життя в суспільстві є однією з найважливіших граней загальної інтеграційної проблеми. Тому проблему інвалідності потрібно сприймати не як проблему певного кола «неповноцінних людей», а як проблему всього суспільства. Її сутність визначена правовими, економічними, психологічними, виробничими особливостями.*

Annotation. *The problem of social and psychological adaptation of disabled people to living conditions in a society is one of the most important aspects of the general integration problem. Therefore, the problem of disability needs to be perceived not as a problem of a certain circle of «inferior people», but as a problem of the whole society. Her essence is determined by legal, economic, psychological, and production characteristics.*

Настав час представити явну взаємодію інвалідів з навколишньою дійсністю. Найсерйозніші аспекти проблеми інвалідності пов'язані з виникненням численних соціальних бар'єрів, що не дозволяють людям із інвалідністю активно включатися в життя суспільства [3]. Ця ситуація — наслідок неправильної соціальної політики, яка орієнтована на частину «здорового» населення і виражає переважно інтереси цієї категорії громадян. Саме тому структура виробництва і побуту, культури і дозвілля, соціальних послуг залишається непристосованою до потреб людей із інвалідністю.

Внаслідок цього інваліди стають особливою соціально-демографічною групою [1, 2]. Тому найважливішою умовою досягнення цілей соціальної адаптації є впровадження в суспільну свідомість ідеї рівних прав і можливостей для інвалідів [2]. Соціальна адаптація не буде досягнута, поки суспільство не усвідомить суть цієї проблеми.

Одним із головних показників соціально-психологічної адаптації осіб із обмеженими можливостями є їх ставлення до власного життя [3]. Практично половина інвалідів оцінюють якість свого життя як незадовільний, близько третини інвалідів характеризують своє життя як цілком прийнятне [3]. Важливим елементом психічного самопочуття і соціальної адаптації осіб із обмеженими можливостями є їх самосприйняття.

Опитування людей з різними нозологіями показали, що тільки кожен десятий інвалід вважає себе щасливим, третина інвалідів вважає себе пасивними [3]. Серед інвалідів 3-ї групи значно багато «злих», що характеризує неблагополуччя у соціально-побутовому плані. Найменш адаптовані є самотні інваліди. Як і всі люди інваліди відчувають страх перед майбутнім, тривогу та невпевненість у завтрашньому дні, відчуття напруженості та дискомфорту [3].

Отже, можна зробити висновок, що в даний час процес соціальної адаптації інвалідів дуже утруднений, оскільки:

– задоволеність життям у інвалідів низька;

– самооцінка також має негативну динаміку;

– істотні проблеми постають перед інвалідами в області взаємин з оточуючими;

– емоційний стан інвалідів характеризується тривожністю і невпевненістю в майбутньому, песимізмом [3].

Таким чином, ці люди потребують чітко спланованих соціально-педагогічних, психологічних заходів, спрямованих на формування у них самостійних суджень, навичок праці, культури поведінки, вміння жити, працювати та повноцінно існувати в суспільстві.

Література

1. Айшервуд М.М. Повноцінне життя інваліда [Пер. з англ.] / М.М. Айшервуд. — М.: Педагогіка, 2001. — 267 с.

2. Бочко М.Е. Зайнятість інвалідів в регіоні: проблеми, шляхи вирішення / М.Е. Бочко // Людина: її суть, розвиток і проблеми. — №1. — 2015. — С. 117–122.

3. Долгальов Б.А. Соціально-психологічні проблеми інвалідів / Б.А. Долгальов, В.М. Ладікова // Діяльність психолога в службах медико-соціальної експертизи та реабілітації інвалідів. — Вип. 4. — 2002. — С. 55–58.

ВИКОРИСТАННЯ ГРЯЗЕЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ НА РАДИКУЛІТ

Кшевзінський Б.О.
Студент 6 курсу, група ФР 61/16,
спеціальність «Фізична реабілітація»,
Університет «Україна»
Любенко В.О.
кандидат медичних наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Інституту соціальних технологій,
Університет «Україна»
Bog5dan@i.ua

Анотація. *Робота присвячена проблемі радикуліту. Розглянуто історію хвороби, причини виникнення, класифікацію, клінічні симптоми, принципи застосування фізіотерапії. Особливу увагу приділено ефективності грязелікування радикуліту, описана методика та техніка застосування лікувальних грязей. Описані показання та протипоказання застосування, вплив лікувальних грязей на організм людини.*

Annotation. *The work is devoted to the problem of radiculitis. The history of the disease, causes, classification, clinical symptoms, principles of the use of physiotherapy are considered. Particular attention is paid to the effectiveness of mud treatment of radiculitis, described the methodology and application of therapeutic mud. The indications and contraindications of the application, the effect of therapeutic mud on the human body are described.*

Радикуліт належить до найбільш поширених хвороб, що вражає периферичну нервову систему. Радикуліт — запалення корінців спинного мозку. Він переважно спостерігається у попереково-крижовому відділі хребта. Радикуліт може виникати самостійно або бути наслідком остеохондрозу хребта та інших захворювань. Основним проявом цього захворювання є різкий біль у поперековому відділі, що віддає в ногу.

У перебігу попереково-крижового радикуліту розрізняють дві стадії. У першій стадії виникає тупий, ниючий, але частіше гострий біль у поперековій області.

Біль може виникнути раптово спочатку в м'язах, після фізичного навантаження, охолодження, або наростати поступово, посилюючись при кашлі, чханні і т. п. Відзначається обмеження рухливості в поперековому відділі хребта, напруга і хворобливість м'язів поперекової області.

У міру переходу в другу, корінцеву, стадію біль посилюється, міняє характер, починає віддавати у сідничну область.

Захворювання перебігає хронічно, постійно загострюється у разі переохолодження, фізичного напруження, травми. У гострий період хворих госпіталізують і в комплексі лікування їм назначають засоби фізичної реабілітації.

Основою реабілітаційної програми для оздоровлення та профілактики радикуліту стали систематичні заняття лікувальною фізкультурою та фізіотерапія.

Тенденція останніх років — це застосування немедекаментозних методів лікування радикуліту та його проявів. Арсенал немедекаментозних методів лікування радикуліту включає ЛФК, масаж, фізіотерапію.

Однією з найбільших переваг використання фізіотерапії є відсутність токсикологічного впливу на організм пацієнта.

Фізіотерапевтичні процедури направлені на зняття больового синдрому запальних процесів. Вони також направлені на підвищення ефективності медикаментозного лікування.

Серед фізіотерапевтичного впливу високу ефективність показало застосування грязелікування (пелоїдотерапія).

Метод грязелікування, або пелоїдотерапія полягає у впливі на організм хворого лікувальними грязями різних типів. Грязелікування може застосовуватися як самостійний метод лікування, так і в складі комплексної терапії. Терапевтичний вплив бруду складається з дії теплового, механічного та хімічного факторів. Наскільки сильним буде вплив того чи іншого чинника залежить як від стану організму хворого, так і від сукупності властивостей застосовуваної грязі.

Лікувальні грязі застосовують у вигляді загальних і локальних процедур. Секрет лікувального ефекту полягає в тому, що у складі грязей багато мінеральних речовин, органічних і неорганічних, багато сірки, марганцю, сірководню, йоду, мікроелементів, до речі, багато учених пояснюють лікувальну дію всмоктуванням цих окремих частинок.

А також тим, що в її складі багато біологічно активних речовин, які мають антибактеріальний і гормоноподібний ефект, діючи як природний антибіотик.

Тому і досягається цілий спектр лікувальних дій процедури: протизапальна, розсмоктувальна, зігріваюча, стимулююча регенерацію тканин.

Важливо відзначити, що грязелікування радикуліту має ще одну незаперечну перевагу це; відсутність побічних ефектів. Будь-які ліки і мазь зовнішнього застосування неминуче несуть загрозу загальному здоров'ю організму, чого не можна сказати про унікальність грязі природного походження. Її дія спрямована прямо до джерела захворювання, оздоровчий ефект після проходження курсу лікування грязями зберігається дуже довго.

Отже, комплексний підхід, який об'єднує засоби ЛФК, масажу, фізіотерапевтичних процедур (в тому числі застосування грязі) дозволяє значно підвищити якість лікування радикуліту та відновлення здоров'я.

МЕДИЧНА, ФІЗИЧНА ТА СПОРТИВНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Левченко А.
студентка 2-го курсу коледжу «Освіта» Університету «Україна», спеціальність «Соціальна робота»
*Науковий керівник: **Боєва Т.І.**, к. і. н., доцент кафедри соціальної роботи та педагогіки, Інститут соціальних технологій Університету «Україна»*
aleksandr.58pochta@gmail.com

Анотація. *Реабілітація людей з інвалідністю — це важлива сучасна проблема. Зараз існує 7-ми рівнева реабілітація, яка є максимально можливою для відновлення рівня здоров'я людини: профілактика нових патологічних станів, корінна зміна поглядів пацієнта стосовно проблем фізичного та психосоціального здоров'я, формування свідомих поглядів на поняття «здоровий спосіб життя», «лікувальна фізкультура», «фізична культура», «спорт для себе», «професійний спорт».*

Annotation. *The rehabilitation of people with disabilities is an important contemporary problem. Up to date we have a seven-level rehabilitation which is the most applicable variant for restoring human health: prevention of new pathological conditions, radical change in patients' views concerning problems with their physical and psychosocial health, the formation of conscious views on such concepts as «healthy lifestyle», «therapeutic physical training», «physical education», «sport for oneself», «the professional sport».*

Шляхи до створення ефективної системи медичної реабілітації.

Реабілітація набула прикладного значення передусім як процес реалізації комплексу медичних заходів, спрямованих на досягнення одужання. Інтерес практичної медицини до неї обумовлений

усвідомленням світовою медичною спільнотою недостатньої ефективності зусиль клінічної медицини при відновленні та компенсації втрачених під час хвороби фізіологічних функцій організму. Основна мета підготовки кваліфікованого лікаря реабілітолога полягає у формуванні професійного реабілітаційно-профілактичного мислення, що передбачає активне цілеспрямоване сприяння фізіологічним компенсаторна пристосованим і сингенетичним механізмам організму з метою збереження та відновлення здоров'я.

Метою 7-ми рівневої реабілітації є максимально можливе відновлення рівня здоров'я людини, профілактика нових патологічних станів, корінна зміна поглядів пацієнта відносно проблем фізичного та психосоціального здоров'я, формування свідомих поглядів на поняття «здоровий спосіб життя», «лікувальна фізкультура», «фізична культура», «спорт для себе», «професійний спорт».

З метою реалізації вищеназваних ідей та втілення їх у практичну зроблено таке:

• групою науковців під керівництвом професора Колісника П.Ф. створено принципово нову модель відновлення здоров'я, яка передбачає 7 рівнів медичної реабілітації: соматичний, системний, органний, тканинний, біохімічний, біофізичний, інформаційно енергетичний;

• розроблено принцип вибору методики лікування для конкретного пацієнта на певному етапі реабілітації, в конкретний період часу. В результаті кропіткої наукової роботи (зокрема експериментальної) наші науковці дійшли висновку, що лікуванням може вважатися лише спосіб відновлення анатомічної структури в широкому сенсі, тобто — від макроструктур до змін форми клітин і навіть внутрішньоклітинних структур;

• сформовано ідею розуміння того, що метод лікування має передбачати спосіб відновлення анатомічної структури (макро чи мікро);

• сформовано також ідею стосовно того, що для лікування не слід пропонувати одну методику, тому що вона потрібна лише конкретному пацієнту в певний період часу; важливішим і правильним буде зовсім інший підхід — у медичного закладу має бути стільки методів лікування, скільки їх потрібно застосувати на теперішній час у конкретного пацієнта;

• одним важливим етапом роботи стало розроблення концепцій, методики і принципів лікування на кожному реабілітаційному рівні. Для цього необхідно було теоретично і практично розробити поняття ключового моменту кожного рівня. В такому разі кожен вид діяльності вдосконалюватиме інші, збагачуватиме їх, підвищу-

ватиме рівень і, насамкінець, виглядатиме як єдине ціле: лікар лікує, одержує результат, робить науковий висновок, навчає колегу і пацієнта, у колеги і пацієнта змінюється погляд на методику лікування, а це покращує результат лікування і дає змогу робити нові наукові висновки.

Література

1. Бандуріна К. Фізична реабілітація дітей з церебральним паралічем в умовах спеціальної школи: метод. рек. / Катерина Бандуріна. — Запоріжжя: [Вид-во Класичного приватного ун-ту], 2009. — 102 с.

2. Баришок Т. Фізична реабілітація дітей з церебральним паралічем в умовах сім'ї: [метод. рек.] Баришок Тетяна. — Запоріжжя: КПУ, 2009. — 74 с.

3. Башкиров В.Ф. Возникновение и лечение травм у спортсменов / В.Ф. Башкиров. — Москва: Физкультура и спорт, 1981. — 224 с.

4. Башкиров В. Комплексная реабилитация спортсменов после травм опорно-двигательного аппарата / В.Ф. Башкиров. — Москва: Физкультура и спорт, 1984. — 240 с.

5. Башкиров В.Ф. Профилактика травм у спортсменов / В.Ф. Башкиров. — Москва: Физкультура и спорт, 1987. — 176 с.

6. Белікова Н.О. Основи фізичної реабілітації в схемах і таблицах: [навч.-метод. посіб.] / Н.О. Белікова, Л.П. Сущено. — Київ: Козарі, 2009. — 74 с.

7. Белікова Н.О. Тестові завдання з наукових засад професійної підготовки фахівців з фізичної реабілітації / Н.О. Белікова, Л.П. Сущено. — Київ: Козарі, 2010. — 42 с

МУЗИЧНО-РИТМІЧНИЙ КОМПОНЕНТ МЕТОДИКИ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕНЬ ПОСТАВИ У МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ НА ЗАНЯТТЯХ З ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ

Левшунова Р.М.
магістрант спеціальності «Фізична реабілітація»,
кафедра здоров'я людини і фізичного виховання Університету «Україна»
Адирхаєва Л.В.
к. пед. н., доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання,
Інститут соціальних технологій Університету «Україна»
margarita_2010@ukr.net

Анотація. *Правильна постава є одним із інтегральних показників стану опорно-рухового апарату дитини. Навіть незначні її функціональні порушення призводять до суттєвих деформацій*

скелету та створюють умови для проявлення інших патологічних факторів, внаслідок чого організм втрачає адаптивність і стає вразливим до різних захворювань. Пошук шляхів корекції постави у школярів доводить ефективність використання музично-ритмічного компоненту методики корекції постави на заняттях фізичного виховання та лікувальної гімнастики.

Annotation. *The correct posture is one of the integral indicators of the status of the musculoskeletal system of the child. Even minor functional impairments lead to significant deformations of the skeleton and create conditions for the manifestation of other pathological factors, as a result of which the body loses its adaptability and becomes vulnerable to various diseases. The search for ways of correction of posture in schoolchildren proves the efficiency of using the musical-rhythmic component of the method of correction of posture in the classes of physical education and medical gymnastics.*

Генетичні або набуті порушення постави і викривлення хребта у дітей є гострою проблемою сьогодення. Кожна четверта дитина в Україні має порушення постави, причому у багатьох викривлення перевищує 40%, що є показником, за яким лікарі пропонують операцію. Найбільша кількість випадків деформацій хребта припадає на вік після 7 років, а у віці 10–17 років порушення постави виявляються вже у 94% випадків.

Правильна постава є одним із інтегральних показників стану опорно-рухового апарату дитини. Навіть незначні її функціональні порушення призводять до суттєвих деформацій скелету та створюють умови для проявлення інших патологічних факторів, внаслідок чого організм втрачає адаптивність і стає вразливим до різних захворювань. Надзвичайно результативними і перспективними у профілактиці та корекції постави у дітей молодшого шкільного віку є методи лікувальної фізичної культури.

Аналіз наукових досліджень за вказаною вище проблемою засвідчив, що, попри значну увагу медичних працівників та педагогів наявна недостатня методологічна розробленість концепції профілактики і корекції порушень постави у дітей молодшого шкільного віку. Період молодшого шкільного віку характеризується певними анатомо-фізіологічними змінами та стійким розвитком вищої нервової діяльності. Це обумовлює значну пластичність центральної нервової системи, завдяки чому стає можливим постійне вдосконалення координаційних здібностей дітей і урізноманітнення методики лікувальної фізичної культури.

Використання засобів лікувальної фізичної культури для корекції порушень постави у молодших школярів за умови залучення музично-ритмічної складової стає потужним фактором впливу на патологічні зміни в організмі дитини, адже фізіологічні процеси мають тісний зв'язок з корою головного мозку і органами відчуттів. Музика створює додаткову мотивацію, невимушену атмосферу, що спонукає до творчості та гри. А метро-ритмічна основа, що визначається як засіб емоційно-рухового впливу, сприяє засвоєнню складних вправ, розвитку координації і точності рухів.

Метою дослідження є вдосконалення методики корекції порушень постави дітей молодшого шкільного віку шляхом інтенсифікації (або збагачення) прийомів лікувальної фізичної культури музично-ритмічними засобами.

Є музично-ритмічна складова методики корекції порушень постави дітей молодшого шкільного віку на заняттях ЛФК.

Доведено, що використання методики комплексного поєднання фізичних вправ, лікувальної гімнастики, масажу, музично-ритмічних, танцювально-ритмічних, ритмо-гімнастичних рухів у корекції постави молодших школярів є синергійна дія усіх складових та позитивні зрушення у стані здоров'я дітей навіть за умови невеликого обсягу тренувальних вправ.

Таким чином, питання корекції постави у молодших школярів та супутніх з ним захворювань носить оптимістичний прогноз за умови популяризації цієї теми серед реабілітологів, педагогів загально-освітніх шкіл, клубних закладів, кабінетів лікувальної фізичної культури тощо та впровадження у систему освіти пріоритету здорового способу життя.

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ПРИ НЕВРОЗАХ

Летовальцев В.В.
студент магістратури спеціальності «Фізична реабілітація» Інститут соціальних технологій, Університет «Україна»
*Науковий керівник: **Шведова Г.О.**, старший викладач кафедри здоров'я людини і фізичного виховання Університет «Україна»*
vyacheslav.leto@gmail.com

***Анотація.** В даній роботі висвітлена актуальність проблеми невротичних захворювань, що являють собою ці захворювання та чим вони небезпечні. Теорії, стосовно їх виникнення та формування.*

Ефективність лікувальної фізичної культури в боротьбі з цими захворюваннями.

Annotation. *This paper highlights the relevance of the problem of neurotic diseases, which are these diseases and how dangerous they are. Theories in relation to their origin and formation. Efficiency of medical physical culture in the fight against these diseases.*

Актуальність теми: Проблеми неврозів були, є і будуть актуальними. Як показує медична статистика, захворюваність неврозами в сучасних країнах під впливом посиленої боротьби за існування, економічних криз безперервно зростає. Тому треба дуже серйозно і відповідально віднестися до цих проблем. Завдяки підвищеному стресу ми нищимо свій психоемоційний стан, адже ми вже не можемо представити наше життя без нього, тому що кожен день ми переживаємо дуже багато стресів.

Мета: показати варіації лікування неврозів різних типів за допомогою ЛФК, як окремо — так і в комплексі.

Об'єкт: ЛФК при неврозах.

Предмет: вплив ЛФК на психогенні реакції та змінення психоемоційного стану.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та обґрунтування даної спеціальної літератури.

Сучасне вчення про реабілітацію хворих із травмами й захворюваннями нервової системи виходить за межі будь-якої вузької спеціальності, а засоби й методи фізичної реабілітації все ширше застосовуються в комплексній системі відновлювальної терапії в країнах західної, східної Європи й Америки. Цьому сприяють успішні результати використання методів фізичної реабілітації й наукове обґрунтування механізмів лікувальної дії основних засобів і методів кінезітерапії, які позначились останнім часом.

Аналіз причини порушень основних життєво важливих функцій організму неврологічних хворих свідчить про те, що вони виникають не тільки через тяжкість патології, а й через несвоєчасне її виявлення, недостатньо раннє лікування, відсутність профілактичних заходів і недооцінку ролі функціонального відновлювального лікування з використанням різноманітних засобів і методів фізичної реабілітації.

До поширення ускладнень у результаті травм і захворювань нервової системи, особливо в дитячому віці, призводить недостатня ефективність відновлювального лікування, а також досить

повільний пошук найдієвіших профілактичних заходів у вигляді дозованих фізичних вправ, масажу, фізіотерапії, ортопедичних засобів, механотерапії і занять на тренажерах нового покоління. Тому в реабілітаційних програмах неврологічних хворих повинні бути передбачені комплексні лікувальні засоби, які сприяють відновленню рухових функцій, зміцненню м'язово-зв'язкового апарату, розвитку побутових навичок, відновлення елементів самообслуговування та підйому загальної фізичної працездатності хворого. Все це було підставою для поглибленого вивчення патологічних станів, пов'язаних із травмами й захворюваннями нервової системи, впливу різноманітних фізичними вправами на відновлення таких втрачених функцій, як рухова, чутлива, вегетативно-трофічна, а також координації рухів, вищих кіркових функцій, психічних розладів.

Висновки. Останнім часом у нашій країні значно підвищився інтерес до медичної та фізичної реабілітації при захворюваннях нервової системи. В цьому напрямі актуальні:

- пошук оптимальних програм із включенням до них сучасних методів фізичних впливів;
- перевірка ефективності століттями апробованих методів нетрадиційної медицини;
- визначення термінів і вибір найбільш раціональних режимів використання методів гідрокінезітерапії, дозованого фізичного навантаження й масажу для лікування та профілактики захворювань нервової системи.

ПСИХОФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІДЛІТКІВ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Лисенко А.В.
студентка 6 курсу, група ФР 61/16м, спеціальність «Фізична реабілітація»
Університет «Україна»
Адирхаєв С.Г.
доктор педагогічних наук, доцент,
директор Інституту соціальних технологій, Університет «Україна»
nastylasinko532@gmail.com

Анотація. *Представлена робота спрямована на вивчення впливу засобів фізичної реабілітації на нормалізацію моторної функції та інтелектуальних можливостей дітей з діагнозом ДЦП. Встановлено*

що під, впливом занять ЛФК в ранньому періоді систематичному і поетапному застосуванні повинні оптимізувати функціональний стан організму і інтелектуальні можливості дітей з таким діагнозом. Ключові слова: дитячій церебральний параліч, лікувальна фізкультура, центральна нервова система, рухові, порушення.

Annotation. *Given work is directed on study of the influence of the facilities to physical rehabilitation on normalization of the motor function, cardio respiratory of the system and intellectual possibilities children with diagnosis DCP. It is established that under the influence of occupations of exercise therapy in the early period, systematic and phased use should optimize the functional state of the organism and the intellectual capabilities of children with such a diagnosis. Key words: pediatric cerebral paralysis, medical physical training, central nervous system, motor, disturbances.*

Дитячий церебральний параліч розвивається внаслідок ураження головного мозку-внутрішньоутробного, в пологах, а також в період утробну гіпоксію, асфексію в пологах, механічну родову травму, крововилив в мозок, перенесені захворювання мамою. Це захворювання важко інвалізуючих дитини, не тільки вражаючи рухову систему, а й викликає порушення мови і інтелекту.

Низька розумова працездатність частково пов'язана з цереброастенічним синдромом, що характеризується швидко наростаючим стомленням при виконанні інтелектуальних завдань, в результаті знижується здатність до запам'ятовування і концентрації уваги, посилюються візуально-моторні розлади, психічна повільність, емоційна лабільність, рухова розгальмування або навпаки, гіподинамія, частішає головний біль.

Відповідно до даної класифікацією виділяють 5 клінічних форм дитячого церебрального паралічу: подвійна геміплегія, спастична диплегія, геміпаретична фотма, гіперкінетична, анотонічеські-астатическая форма. Виходячи з клінічних проявів, виділяють три стадії дитячого церебрального параличу:

I — ранню,що спостерігається у дітей перших місяців життя;

II — початково хронічно-резидуальну. Вона продовжується, в залежності від форми і ступеня складності захворювання, декілька місяців (іноді до 3–4 років) і характеризується тим, що на фоні не досить розвинутих або відсутніх установчих рефлексів порушення моторики — тонічні рефлекси не лише не зменшується,а навпа-

ки зростають, посилюються також і патологічні синергії і патологічна установка у суглобах кінцівок.

III — пізню резидуальну. Вона характеризується оформленням патологічного рухового стереотипу,появою контрактур, деформацій і патологічних синергії, характеризується вираженими тонічними рефлексам.

Якщо умовно уявити собі розвиток рухової активності дитини у вигляді будівництва багатоповерхового будинку,то дитина самостійно, або за допомогою педагога повинна поступово підніматися з одного поверху на інший, після завершення» будівництва» попереднього. Причому починати свій рух угору вона повинна саме з того рівня, на якому зупинився її розвиток, не зважаючи на її вік.

Основні методи реабілітації — лікувальна фізкультура і масаж. Схема процедури проводяться індивідуально.

Лікування дітей з ДЦП комплексне і включає медикаментозне,ортопедичне, фізіотерапевтичне,логопедичне лікування, гідрокінезіотерапія, електростимуляція м'язів в спокої та ходьбі, грязе лікування. Масаж є незамінним засобом відновного лікування дітей з ДЦП. Релаксуючий масаж знижує м'язовий тонус, протидіє розвитку контрактур. Нормалізація м'язового тонусу є обов'язковим фоном для заняття ЛФК. Для стимуляції розвитку рухів застосовується як загальний,так і точковий масаж по гальмівному методу.

Отже, як свідчать результати теоретичного та емпіричного дослідження підлітки з дитячим церебральним паралічем мають певні труднощі у розвитку комунікативно-мовленнєвої активності та потребують цілеспрямованого корекційно-розвивального впливу з боку батьків та педагогів. Перспективами подальших досліджень може бути виявлення специфічних особливостей, механізмів та чинників розвитку комунікативно-мовленнєвої активності у дітей з ДЦП залежно від наявних порушень мовлення, а також розроблення діагностичного та корекційного-розвивального методичного забезпечення.

ПСИХОФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХЛОПЧИКІВ СЕРЕДНЬОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Макарець М.Е.
студент 6 курсу, група ФР 61/16м,
спеціальність «Фізична реабілітація»,
Університет «Україна»
Адирхаєва Л.В.
кандидат педагогічних наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання, Інститут соціальних технологій, Університет «Україна»
makarec21@gmail.com

Анотація. *В даній роботі було перевірено ефективність використання засобів фізичної реабілітації при порушеннях опорно-рухового апарату у хлопчиків середнього шкільного віку. Основою реабілітаційної програми для оздоровлення та профілактики ускладнень хвороби стали систематичні заняття лікувальною фізичною культурою та ранкова гімнастика, що дають великий вплив на організм дитини. Ключові слова: опорно-руховий апарат, лікувальна фізична культура, ранкова гімнастика.*

Annotation. *In this work, the effectiveness of the use of physical rehabilitation facilities for musculoskeletal disorders in boys of middle school age was checked. The basis of the rehabilitation program for the rehabilitation and prevention of complications of the disease were systematic classes in curative physical education and morning gymnastics, which have a great influence on the child's body. Key words: musculoskeletal system, medical physical training, morning gymnastics.*

Правильна постава — звичне положення тіла під час стояння, сидіння, ходьби та іншої діяльності. При правильній поставі фізіологічні вигини хребта добре виявлені й мають рівномірно хвилеподібний вигляд, тулуб і голова тримаються вертикально, контури клітки виступають уперед при вертикально розташованій лінії живота, ноги випрямлені.

Постава та форма стопи не є природженим здобуттям, а формується в процесі росту, розвитку й виховання дитини. У різні періоди життя дітей під впливом умов побуту, навчання постава може змінюватися. Постава формується в дітей у процесі розвитку їхньою організму в тісному зв'язку із формуванням рухових функцій.

Постава має нестійкий характер у період посиленого росту тіла дитини. Це пов'язано з неодночасним розвитком кісткового, суглобового та зв'язкового апаратів і м'язової системи дитини. Кістки та м'язи збільшуються в довжині, а рефлекси статики ще не пристосувалися до цих змін.

Мета — дослідити методики фізичної реабілітації хворих з вадами ОРА, контроль за ефективністю впровадження цих методів.

Комплекс реабілітаційних заходів, передбачає систему організаційних і лікувально-профілактичних заходів, спрямованих на поліпшення, нормалізацію морфо-функціонального стану ОРА, активізацію загальних і локальних обмінних процесів, зміцнення м'язового корсета, витривалості м'язів тулуба й кінцівок, поліпшення координації рухів.

Отже, на підставі аналізу результатів було обгрунтовано ефективність фізичної реабілітації при порушеннях постави, розроблена комплексна програма фізичної реабілітації, спрямована на лікування та профілактику дефектів постави, також були проведені необхідні реабілітаційні заходи з групою пацієнтів, що мають дефекти постави.

Література

1. Грейда Б.П., Завацький В.І. Лікувальна фізична культура. — Луцьк, 2016. — 90 с.

2. Клапчук В.В., Дзяка Г.В. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина. — К.: Здоров'я, 2015. — 370 с.

3. Реабілітація хворих засобами лікувальної фізкультури. — Луцьк: Видавництво «Волинська обласна друкарня», 2016. — 310 с.

ВИКОРИСТАННЯ МЕТОДІВ АРТ-ТЕРАПІЇ ПРИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Макосєєва В.Л.
арт-терапевт, Член Східно-Української спілки арт-терапевтів
Мележик О.В.
к.б.н., доцент кафедри мікробіоогії, сучасних біотехнологій, екології та імунології Університету «Україна»
vikamak90@gmail.com

Анотація. *Серед багатьох потреб людей з інвалідністю, важливе місце займає потреба в соціалізації та соціально-психологічній адаптації. В зв'язку з обмеженими можливостями такі люди часто втра-*

чають віру в себе, інтерес до життя, комунікативні властивості. На фоні цього погіршується емоційний стан, та, як наслідок, фізичне самопочуття. Такі негативні емоції як роздратування, злість, ненависть, апатія, тривожність, страх, виснажують інвалідів і людей, які їх оточують. Різноманітні методи арт-терапії допомагають подолати ці проблеми й адаптуватися в соціальному середовищі.

Annotation. *Need in socialising and social-psychological adaptation is one of the most important of disabled people's needs. Due to restriction of abilities, disabled people are losing their self confidence, lust for life and communication skills. Overall, the emotional state appears to be worsening. Such a negative emotions like: irritation, anger, resentment, hostility, indifference, anxiety and fear — make disabled people exhausted and those around them. The various methods of art therapy help to overcome these problems and to adapt to the social environment.*

Арт-терапія — це екологічний і м'який метод психотерапії, який передбачає зцілення себе з допомогою створення творчого продукту та взаємодії з ним. В арт-терапії не оцінюється робота. Це є дуже важливим моментом. Ключову роль тут відіграє саме творчий процес та процес взаємодії з готовою роботою.

Головним також є і те, що в арт-терапії використовується переважно невербальне спілкування. Це дуже цінно для людей, у яких є труднощі з вимовою.

Будь-який метод арт-терапії працює з підсвідомим, в якому інформація знаходиться у вигляді образів, метафор. Всі вони несуть певне емоційне навантаження. Для того, щоб розібратися з якоюсь проблемою, людина створює цей образ чи метафору з допомогою різноманітних напрямків арт-терапії, виводячи це на свідомий рівень. Завдяки цьому відбувається усвідомлення своєї ситуації, вона розглядається під іншим кутом і знаходить свої шляхи вирішення. Відбувається гармонізація підсвідомого зі свідомим.

Основною метою в роботі з інвалідами є позитивні зміни в їх соціальній та психологічній сферах.

В зв'язку з обмеженими можливостями, люди з інвалідністю втрачають віру в себе, інтерес до життя, комунікативні властивості. На фоні цього, погіршується емоційний стан. Низка негативних емоцій (роздратування, злість, ненависть, апатія, тривожність, страх) не лише виснажують інвалідів, а й завдають чималого дискомфорту людям, які їх оточують. Робота методами арт-терапії допомагає не лише прийняти себе такими, які є, усвідомити себе як

важливу і цінну частину світу, зрозуміти свою унікальність, а й з розумінням ставитися до оточуючих, гармонізувати стосунки з ними. Завдяки цьому піднімається самооцінка й віра в себе.

Методами арт-терапії ефективно пропрацьовуються негативні емоції. Клієнт вчиться їх контролювати й трансформувати, внаслідок чого зникає тривожність і з'являється довіра до оточення, покращуються комунікативні навики, відбувається подолання апатії.

З допомогою різноманітних технік арт-терапії у людини запускаються процеси самодопомоги й саморозвитку, вона самостійно знаходить внутрішні ресурси, з допомогою яких вирішує власні проблеми.

Також арт-терапія допомагає навчитися чути себе, свої потреби, зрозуміти свої життєві цінності. Це допомагає виробити навички розуміння своїх бажань, вміння ставити перед собою мету та знаходити шляхи її досягнення.

Найпоширеніший метод арт-терапії — ізотерапія — лікування малюванням. Дає позитивні результати у роботі з людьми, у яких є порушення слуху, розумова відсталість, аутизм, проблеми з вербалізацією, багато злості та агресії.

Ще одним розповсюдженим методом є лялькотерапія. Робота з лялькою допомагає прийняти себе, підвищити самооцінку, впевненість, актуалізувати та мобілізувати внутрішні ресурси.

В глинотерапії й тістопластиці використовують пластинчні матеріали (глину, тісто, пластилін), за допомогою яких дуже гарно долаються тривожність, страх, агресія, стрес, депресія, занижена самооцінка, неприйняття себе.

Казкотерапія — лікування казкою. Використовують готові казки, притчі або пишуть свої. При цьому корегується поведінка, можна подивитися на свою ситуацію під іншим кутом, немов би з боку, знайти рішення. При цьому також розвиваються комунікативні навички, відкриваються внутрішні ресурси.

Загальним результатом роботи є не лише покращення емоційної сфери, а й суттєва гармонізація внутрішнього стану з зовнішнім світом, підвищення самооцінки та мотивації, адаптація в суспільстві, розуміння своєї унікальності та прийняття інших.

ФІЗІОТЕРАПЕВТИЧНІ МЕТОДИ, ЩО ЗАСТОСОВУЮТЬСЯ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ

Малик М.Б.
6 курс, група ФР 61/16, спеціальність «Фізична реабілітація», Університет «Україна»
Любенко В.О.
кандидат медичних наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Інституту соціальних технологій, Університет «Україна»
NikoMalick@gmail.com

Анотація. *Робота присвячена проблемі цукрового діабету. Розглянуто історію хвороби, анатомо-фізіологічні й біохімічні дані, роль інсуліну та глюкози в життєдіяльності організму, причини виникнення, епідеміологію, класифікацію, клінічні симптоми, діабетичні нейропатії, ангіопатії, принципи застосування фізіотерапії, яка поліпшує функціонування ендокринної системи, а також, нормалізує метаболізм.*

Annotation. *The work is devoted to the problem of diabetes. The background of disease, anatomical-physiological and biochemical data, function of glucose and insulin in the vital activity of an organism, initiation, epidemiology, classification, clinical symptoms, diabetic angiopathies and neuropathies, principles of the treatment through physiotherapy which improves functioning of endocrine system and normalizes metabolism.*

Цукровий діабет (ЦД) — найбільш розповсюджена ендокринна патологія серед осіб працездатного віку. ЦД у наш час ВООЗ визначила як епідемію особливого неінфекційного захворювання, яка стрімко розповсюджується у високоіндустріалізованих країнах, що призводить до тривалої втрати працездатності й ранньої загибелі хворих. Він посідає головне місце у структурі не тільки ендокринних захворювань, а й хвороб не-ендокринного походження (третє місце після серцево-судинної й онкопатології).

Існує точка зору, що це призведе до кризи охорони здоров'я у XXI ст. і може вперше за 200 років знизити тривалість життя у світовому масштабі. Найбільш рання серед усіх захворювань інвалідизація і висока смертність серед пацієнтів визначили ЦД як один із пріоритетів національних систем охорони здоров'я усіх країн світу, що закріплено Сент-Вінсентською декларацією.

Враховуючи зазначене вище, було обрано тему «фізіотерапевтичні методи, що застосовуються у хворих на цукровий діабет».

Важливе місце у комплексному лікуванні ЦД посідають методи фізіотерапії, застосування яких сприяє підвищенню ефективності лікування, підтриманню стійкої компенсації захворювання, профілактиці розвитку і прогресування ускладнень, насамперед діабетичних ангіопатій. Безумовно, істотна роль у відновному лікуванні хворих на ЦД належить санаторно-курортному етапу, під час якого окрім загальноприйнятих методів лікування ЦД (дієта, медикаментозні методи) використовують вплив природних і преформованих фізичних чинників.

Основними завданнями фізичних методів лікування ЦД і діабетичної ангіонейропатії нижніх кінцівок є покращення загального та регіонарного кровообігу, мікроциркуляції, підвищення оксигенації тканин, поліпшення колатерального кровообігу й регрес трофічних порушень, відновлення різних видів обміну: мінерального, білкового, гормонального, ліпідного і вуглеводного. Фізіотерапію використовують при різних стадіях діабетичної ангіопатії (доклінічній, функціональній, органічній).

Ефективними фізіотерапевтичними методами при ЦД є: ультразвук, електростимуляція, магніт, мікроструми. Окремим рядком можна відзначити електрофорез з різними лікарськими препаратами і ультразвук. Останній метод здатний знижувати рівень глікемії.

Гіпербарична ексігенація — один з безлічі способів, застосовуваних фізіотерапевтами для лікування діабету, користується особливою популярністю у пацієнтів. При її застосуванні поліпшується газовий склад крові, що веде до підвищення чутливості до інсуліну. Цей ефект, в свою чергу, дозволяє коригувати дозу цукрознижувальних ліків в сторону зменшення, що дозволяє зменшити навантаження на печінку та інші органи.

Для лікування у хворих на цукровий діабет поразок периферичної нервової системи, судин нижніх кінцівок, опорно-рухового апарату, органів травлення, гінекологічних та інших захворювань використовують і методи апаратної фізіотерапії: електростимуляцію, магнітотерапію, ультразвукову стимуляцію підшлункової залози.

При наявності у хворих на цукровий діабет підгострих і хронічних запальних процесів, м'язових болів, невралгій застосовуються опромінення лампою солюкс, інфрачервоним випромінюванням. Всі місцеві світлові ванни з їх вираженою тепловою дією потрібно застосовувати з обережністю.

Для лікування супутніх цукрового діабету захворювань гепатобіліарної системи, суглобів, невритів, поліневритів нерідко застосовують різні теплоносії (парафін, озокерит і ін.) за загальноприйнятими методиками.

Універсальність вищеописаних способів при діабеті полягає в прямому впливі на організм людини, через шкірні покриви, а так само слизові, що дає відчутний позитивний підсумковий ефект лікування.

Одним з найважливіших переваг використання фізіотерапії є відсутність токсикологічного впливу на організм пацієнта. Додатковим плюсом можна вважати, що при такому підході проявлення побічних реакцій мінімально, на відміну від прямого медикаментозного впливу.

Таким чином, фізіотерапія при комплексному лікуванні ЦД — дієвий спосіб поліпшити як загальний стан хворого, так і роботу окремих органів, крім того, правильно підібраний метод здатний надати болезаспокійливий і протизапальний ефект.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПІДЛІТКІВ ЗІ СКОЛІОЗОМ

Мар'яш П.
магістрант спеціальності «Фізична реабілітація»,
кафедра здоров'я людини та фізичного виховання
Університету «Україна»
Адирхаєва Л.В.
к. пед. н., доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання,
Інститут соціальних технологій Університету «Україна»

Анотація. *В роботі приведені дані експериментального дослідження підлітків, хворих на сколіоз. Визначено причини дефектів постави. Захворювання, пов'язані зі скривленням хребта, значно знижують рівень працездатності підлітків. Обгрунтовано комплексну програму фізичної реабілітації, що спрямована на: тренування сили, витривалості, гармонійної роботи м'язів спини, живота і всього тіла; виховання умовних рефлексів нормальної пози у вертикальному положенні, рухових навичок, природних прикладних рухів; тренування серцево-судинної і дихальної системи.*

Annotation. *The data of experimental research of adolescents with scoliosis is presented in the work. The causes of defects of posture are determined. Diseases associated with spine curvature, significantly reduce the level*

of performance of adolescents. The complex program of physical rehabilitation aimed at: training of strength, endurance, harmonious work of muscles of the back, abdomen and the whole body; the formation of conditional reflexes of a normal posture in the vertical position, motor skills, natural applied pyxi; respiration of the cardiovascular and respiratory system.

Деформації скелету у дітей та підлітків обумовлюють розвиток різних захворювань. Правильна постава і нормальна статура відносяться до числа важливих критеріїв, що визначають стан здоров'я. Масовий характер порушень постави і скривлень хребта — одна з найбільш злободенних проблем сучасного суспільства. Причини дефектів постави різноманітні: уроджені аномалії розвитку хребта, рахіт, травми спини, психотравми, змушена поза у результаті соматичного захворювання, тривале сидіння у неправильній позі, туберкульоз. Особливо несприятливо позначаються зовнішні умови на поставі дітей, організм яких ослаблений. Недостатність загальної і силової витривалості м'язів призводить до нестабільності хребта, сприяючи виникненню і прогресуванню функціональних порушень.

Мета роботи: розробити комплексну програму фізичної реабілітації підлітків зі сколіозом.

В дослідженні використано сучасні методи: ЛФК та масаж, корегуюча гімнастика, плавання, гідрокінезотерапія, методи фізіотерапії, санаторно-курортне лікування.

Запропонована програма фізичної реабілітації базується на морфофункціональних показниках і спрямована на: тренування сили, витривалості, гармонійної роботи м'язів спини, живота і всього тіла; виховання умовних рефлексів нормальної пози у вертикальному положенні, рухових навичок, природних прикладних рухів; тренування серцево-судинної і дихальної системи. Проводиться систематично в комплексі з реабілітаційними заходами: кінезітерапія, масаж, лікувальне плавання, фізіопроцедури.

Проведення морфо-функціонального дослідження опорно-рухового апарату дітей підліткового віку показали, що на фоні інтенсивного зростання і розвитку у підлітків формується і прогресує деформація хребетного стовпа (сколіоз II ступеня). У період від 11–14 років у дітей що хворіють на сколіоз силова витривалість м'язів спини складає (70 сек.); черевного пресса (18 раз/хв); бічних м'язів (спр. — 14 сек., зл. — 13 сек.), що підтверджує дані дослідників про понижені функціональні показники у дітей зі сколіозом в порівнянні зі здоровими дітьми.

Виявлена позитивна динаміка функціонального стану підлітків після 3 місяців реабілітації, яка підтверджує ефективність розробленої програми фізичної реабілітації. Наприклад, в наших дослідженнях по даних історії хвороби після 3 місячного курсу реабілітації у 80% підлітків спостерігається стабілізація сколіотичного процесу, у 10% поліпшення; у 10% погіршення. Результати педагогічного експерименту свідчать, що рівень фізичної працездатності, який визначався за індексом Руф'є також поліпшився (відповідно16,2±0,52 на початку експерименту і 11,55+0,54 на кінець експерименту). Нами зареєстровано збільшення ваги, росту тіла, поліпшення спірометричних показників протягом курсу реабілітації, що також свідчить про позитивний ефект проведених заходів.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ РОБОТИ ЗІ СТУДЕНТСЬКОЮ МОЛОДДЮ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ В СИСТЕМІ ЇХ ФАХОВОЇ ПІДГОТОВКИ

Матвійчук В.М.
старший викладач кафедри здоров'я людини і фізичної реабілітації
Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»

Анотація. *Корекційно-реабілітаційна робота здійснюється з метою мотивації рухової активності і контролю за ефективністю соціально-педагогічної реабілітації на початку і наприкінці річного циклу тренування (а ще краще, по можливості, щомісяця) проводиться діагностика стану здоров'я і тестування загально розвиваючої і спеціальної психофізіологічної і психофізичної підготовленості з аналізом і визначенням рейтингу досягнутої фізичної досконалості. Використання запропонованої програми фізичної реабілітації достовірно впливає на поліпшення показників здоров'я та фізичної підготовленості студентської молоді та студентів з особливими потребами.*

Annotation. *Correction-rehabilitation work is done with the aim of motivation of moving activity and controlling the efficiency of socio-pedagogical rehabilitation at the beginning and at the end of annual cycle of training (and it is better monthly, if it is possible) diagnostics of the state of health and testing of general developing and special psycho-physiological and psycho-physical preparedness is conducted with an analysis and determination of rating of the attained physical perfection. The use of the offered program of physi-*

cal rehabilitation really influences on the improvement of indexes of health and physical preparedness of students' youth and students with special needs.

Аналіз дослідження дезадаптації студентів з обмеженими можливостями показав, що загальною рисою, яка об'єднує всі проблеми, є те, що всі вони пов'язані з недостатнім опануванням життєвих умінь і навичок, невмінням адаптуватися в навколишньому світі, неможливістю використати особистісні ресурси для розв'язання життєвих завдань, низьким рівнем ініціативи й автономії, великою потребою в позитивній увазі та безумовному прийнятті з боку однолітків, викладачів і великою недовірою до оточення.

Традиційно й обґрунтовано визнається, що найважливішим фактором формування здоров'я і підготовки студентської молоді до активної життєдіяльності і майбутньої високопродуктивної праці є фізична реабілітація. Разом з тим численні дані свідчать, що традиційні методи фізичної реабілітації, засновані на концепції корисності рухової активності взагалі і розвитку основних рухових якостей, і фізичного виховання, здійснюваного в спеціальних медичних групах, основу яких складають положення лікувальної фізичної культури, не сприяють належною мірою зміцненню і відновленню здоров'я студентів. Основними їхніми недоліками є недооцінка оздоровлення з метою гармонійного розвитку особистості в цілому, її резервних функціональних можливостей, недостатня увага базовій психофізіологічній підготовці, неповноцінне використання на практиці досягнень сучасної науки про фізичне вдосконалення людини. Відповідно до сучасних тренувань, здоров'я — це резервні потужності організму, усієї нашої фізіології, що здобуваються за допомогою вправ, навантажень. При цьому тренування резервів повинне бути розумним, поступовим, завзятим [3–6].

Особлива увага звертається на поліпшення функції серцево-судинної системи, капілярної системи, мозкового кровообігу, зовнішнього і внутрішнього дихання, вестибулярного й опорно-рухового апарату, вдосконалення пристосовно-захисних механізмів організму.

Для осіб з особливими потребами, що мають відхилення в стані здоров'я програма реабілітації здійснюється в принципі за такою ж програмою, але з урахуванням медичних протипоказань, обмежень і рекомендацій ведучого лікаря. З метою мотивації рухової активності і контролю за ефективністю соціально-педагогічної реабілітації на початку і наприкінці річного циклу тренування (а ще краще,

по можливості, щомісяця) проводиться діагностика стану здоров'я і тестування загально розвиваючої і спеціальної психофізіологічної і психофізичної підготовленості з аналізом і визначенням рейтингу досягнутої фізичної досконалості.

Обов'язковою умовою ефективного здійснення реабілітації для всіх контингентів студентів є засвоєння основ валеологічної культури і проведення тренувань у режимі здорового способу життя. Пропонована програма випробовувалася протягом 2 років у Хмельницькому інституті соціальних технологій у межах фізичної реабілітації студентської молоді а також студентів з особливими потребами, де вона здійснювалася з урахуванням індивідуальних показань і протипоказань. 90% студентів, що займалися рекомендованим методом, наприкінці річного курсу значно поліпшували показники свого здоров'я й успішно виконували державні нормативи фізичної підготовленості. За даними комп'ютерних досліджень, за цей же час їхній біологічний вік знижувався на 2–3 роки, а темп старіння різко сповільнювався.

Використання запропонованої програми фізичної реабілітації достовірно впливає на поліпшення показників здоров'я та фізичної підготовленості студентської молоді та студентів з особливими потребами.

Перспективи подальших досліджень пов'язані із вивченням аспектів профілактики і відновлення функцій хребта у студентської молоді та студентів з особливими потребами.

Література

1. Здоровье студенческой молодежи и пути его формирования в системе образования / [Раевский Р.Т., Канишевский С.М., Попичко А.Ф., Лапко В.Г.] // Здоров я і освіта: проблеми та перспективи: Матеріали III Всеукраїнської науково-практичної конференції. — Донецьк: ДонНУ, 2004. — С. 351–357.

2. Раевский Р.Т. Социальный заказ на физическое воспитание студенческой молодежи / Р.Т. Раевский, С.М. Канишевский // Теорія і практика фізичного виховання: науково-методичний журнал. — №2 — 2004. — С. 37–42.

3. Здоровье здорового человека (основы восстановительной медицины) / А.Н. Разумов, В.А. Пономаренко, В.А.Пискунов. — М.: Медицина, 1996. — 415 с.

ОСОБЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ ЛФК НА РІЗНИХ ЕТАПАХ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

Мацегоріна Н.В.
асистент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання,
Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»
Natasha_Natasha@meta.ua

Анотація. *Захворювання органів дихання займають четверте місце в структурі основних причин смертності населення, зниження працездатності і інвалідизація населення ще більш значне. На сьогоднішній день захворюваність бронхіальною астмою становить до 10% від загальної чисельності населення. Комплексне використання специфічної десенсибілізації, раціонального режиму, дієтотерапії, фізіотерапевтичних методів, лікувальної фізкультури може сприяти тривалій і стійкій ремісії бронхіальної астми з нормалізацією функцій бронхолегеневого апарата і відновленням фізичної працездатності.*

Annotation. *Diseases of the respiratory organs occupy the fourth place in the structure of the main causes of mortality of the population, reducing disability and disability of the population even more significant. To date, the incidence of bronchial asthma is up to 10% of the total population. Complex use of specific desensitization, rational regime, diet therapy, physiotherapy methods, medical physical education can promote long and stable remission of bronchial asthma with the normalization of functions of the bronchopulmonary apparatus and restoration of physical capacity.*

Бронхіальна астма — це постійно присутнє запалення дихальних шляхів, що провокує звуження просвітів бронхів, що викликає у хворого сильні напади задухи і спазми. Зазвичай це захворювання має хронічну форму. Серед дорослих на планеті відчувають цю недугу близько 7% населення, серед дітей ця цифра сягає 30-35%. В даний час збільшується загальна кількість хворих на бронхіальну астму. Цьому сприяє сильна алергізація населення, погіршення екології, особливо в мегаполісах і промислових селищах, де населення не захищене від антропогенного навантаження на навколишнє середовище. Бронхіальна астма може викликати серйозні ускладнення у всіх внутрішніх органів, збільшуючи ризик ниркової і серцевої недостатності.

Лікувальна фізкультура на перший погляд може здатися не настільки дієвою, як деякі лікарські препарати. Насправді ЛФК

в силі допомогти позбутися від системних захворювань дихальної системи.

ЛФК надає благотворну дію на газообмін, що так важливо при бронхітах і астмі. Після перших занять підвищується загальний тонус організму, з'являється віра у власні сили для боротьби з недугою. При астмі грамотно підібраний комплекс вправ помітно поліпшить кровообіг в плевральній області, завдяки чому мокрота буде розріджуватися і легше відходити з бронхів. Лікувальна гімнастика буде сприяти поліпшенню еластичності тканин, завдяки чому не відбуватиметься атрофія і гіперемірування оболонок бронхів і легень.

Лікувальна гімнастика при бронхіальній астмі може бути корисна пацієнтам будь-якого віку, з різними формами і стадією захворювання. Головне — правильний підбір комплексу вправ з урахуванням індивідуальних особливостей та уподобань пацієнта. Методика лікувальної фізкультури будується на особистому підході до кожного хворого.

Лікувальна фізкультура при астмі переслідує основні цілі:

– поліпшення функції дихальних м'язів і рухливості грудної клітки;

– нормалізація механіки дихання;

– поліпшення дренажу бронхів при підвищеній продукції бронхіальної слизу;

– загальна аеробне тренування, підвищення фізичної витривалості;

– поліпшення психологічного стану і якості життя пацієнта.

У лікувальний період реабілітації лікувальну фізичну культуру призначають у період між нападами при задовільному загальному стані хворого. ЛФК протипоказана при астматичному статусі, дихальній та серцевій недостатності із декомпенсацією функцій цих систем.

Завдання ЛФК: зняття патологічних кортико-вісцеральних рефлексів і відновлення стереотипу регуляції дихання та нормальної діяльності ЦНС; ліквідація або зменшення бронхоспазму і покращання вентиляції легень; навчання управління дихальними фазами, об'ємом дихання, паузами, тривалістю вдиху та видиху під час нападу й у період між нападами, довільного розслаблення м'язів; збільшення рухливості грудної клітки і зміцнення дихальних м'язів; активізація трофічних процесів і протидія розвиткові емфіземи легень.

У післялікарняний період реабілітації лікувальну фізичну культуру використовують з метою закріплення нормального стереотипу регуляції дихання; оптимізація діяльності ЦНС; підвищення сили дихальних м'язів, рухливості грудної клітки та стабілізація навичок раціональної регуляції дихання, протидія прогресуванню емфіземи легень і пневмосклерозу; покращання діяльності дихальної і серцево-судинної систем; відновлення фізичної працездатності і підготовки до роботи у побуті та на виробництві; зниження чутливості і підвищення опірності до дії чинників зовнішнього середовища; подовження періоду ремісії захворювання.

У лікуванні всіх захворювань дихальних шляхів величезне значення має лікувальна гімнастика, і в першу чергу — дихальні вправи, причому динамічні, тобто такі, при яких дихання сполучається з фізичними вправами. Звичайно, будь-який рух супроводжується диханням, і в цьому сенсі людина щохвилини займається дихальною гімнастикою, що, однак, ніяк не можна назвати лікувальною. Відповідно дихальна гімнастика може бути лікувальною тільки в тому випадку, якщо вправи підібрані правильно для даної людини — у залежності від діагнозу, стадії захворювання, локалізації патологічного процесу, ступеня порушення дихання, загального стану й ін.

Література

1. Физическая реабилитация: Учебник для студентов высших учебных заведений. / Под общей ред.проф. С.Н. Попова. Изд. 3-е. — Ростов н/Д: Феникс, 2005. — 608 с.

2. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура: учебное пособие. М., Гэотар-Мед, 2006. — 568 с.

3. Белая Н.А. Лечебная физкультура и массаж.Учебно-методическое пособие для медицинских работников. М.: «Советский спорт», 2001. — 271 с.

4. Мухин В.М. Фізична реабілітація. К.: Олімпійська література, 2000. — 423 с.

5. Лечебная фізкультура в системе медицинской реабилитации: Руководство для врачей. Под ред. А.Ф. Каптелина, И.П. Лебедевой. — М.: Медицина, 1995. — 400 с.

ГАРДЕНОТЕРАПІЯ ДЛЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Мовчан В.О.
к.б.н., доцент кафедри мікробіології, сучасних біотехнологій, екології та імунології, декан факультету біомедичних технологій Університету «Україна», greendragoness16@ukr.net

***Анотація**. Кожна людина прагне до повноцінного життя, і сучасні технології дають такі можливості людям з особливими потребами. Значний потенціал для відновлення фізичного і психічного здоров'я відкриває гарденотерапія. Використовуючи методи пермакультури, люди з інвалідністю можуть в умовах міста вирощувати екологічно чисту продукцію для повноцінного харчування. Найбільш перспективна технологія — «теплі грядки Розума» у контейнерах. Для зрошення доцільно використовувати «пустельні » незатратні технології.*

***Annotation.** Every person aspires to a full-fledged life, and modern technologies give such opportunities to people with special needs. Significant potential for the restoration of physical and mental health opens gardenotherapy. Using methods of permaculture, people with disabilities can, in the city, grow ecologically pure products for proper nutrition. The most promising technology is the «warm garden plot of the Rozum» in containers. For irrigation it is expedient to use «deserted» cheaply technologies.*

Логіка розвитку людства така, що кількість людей з особливими потребами весь час зростає, тому питання забезпечення їх усіма можливостями для повноцінного життя набуває все більшої актуальності. І тут важливі усі аспекти життя: освіта, робота, відпочинок, повноцінне харчування, чисте довкілля. Сьогодні існують технології, які дозволяють так організувати міське середовище проживання, що воно з надлишком забезпечить потреби кожної людини, і однією з таких технологій є гарденотерапія (лікувальне садівництво) у її пермакультурному виразі.

Відповідно до Методичних рекомендацій з організації культурно-дозвіллєвої діяльності для осіб з інвалідністю (Мінсоцполітики України), гарденотерапія — особливий напрям соціальної реабілітації за допомогою долучення до роботи з рослинами. Застосування методу гарденотерапії передбачає наступні зміни у фізичному та психоемоційному стані: розвиток дрібної моторики; покращення орієнтації у просторі; покращення логічного мислення; формування естетичного смаку; створення умов для психоемоційної релаксації.

Але якщо працювати з рослинами, то хотілося б із цього мати практичну користь, наприклад, виростити щось для свого столу. Але чи можливо виростити якісну їжу у межах міста? Зарубіжний досвід свідчить, що це цілком можливо. Серед жителів великих міст США дедалі більшої популярності набуває міське городництво, яке має значення не тільки продуктове, а й терапевтичне. В місті можна виростити екологічно чисту продукцію, якщо правильно (відповідно до принципів пермакультури) організувати такий город чи сад.

Пермакультура (від англ. *permaculture — permanent agriculture* — «Перманентне сільське господарство») — це створення систем, що працюють в гармонії з природними процесами, з мінімальними витратами праці і без шкоди для навколишнього середовища. Це перш за все система організації навколишнього простору і система ведення сільського (присадибного) господарства, засновані на принципах природних екосистем. Робота не проти природи, а разом з нею.

Метод пермакультури був розроблений в сімдесятих роках минулого сторіччя австралійцями Біллом Моллісоном та Девідом Холмгейном. Вперше був використаний системно австрійським фермером Зеппом Хольцером і з тих пір показав свою ефективність та набув широкої популярності як в помірних, так і в екстремальних умовах та кліматичних зонах і в різних сферах діяльності. В Україні розвитком пермакультури займається Громадська спілка «Пермакультура в Україні». Пермакультура базується на трьох етичних засадах: піклування про людину (задоволення власних потреб та повага до потреб інших), піклування про природу (захист права всіх живих істот на існування незалежно від усвідомлення їх корисності для людства) та справедливий розподіл (обмеження споживання та помірний спосіб життя для того, щоб інші люди на планеті могли жити так само.

Найвищу у світі продуктивність по кількості і якості урожаїв при мінімальній ресурсоємності мають маленькі міські пермакультурні господарства, де у повній мірі втілені принципи пермакультури. Один з таких принципів — за рахунок знань і продуманого планування мінімізувати затрати усіх ресурсів, особливо фізичної праці. Це робить таку «продуктивну» гарденотерапію цілком доступною для людей з особливими потребами, а такі труднощі, як нестача місця, нестача води, знищені грунти, забруднення (в основному викидами транспорту), неприпустимість порушення дизайну міста сільськогосподарським виробництвом легко долаються.

Щільно висаджені і стрижені липи чи тополі за принципом «зелених стін» відсікають забруднення. Українські пермакультурні

дизайнери адаптували західні технології до наших умов і тепер ми маємо технологію швидкого відновлення родючості грунту, фактично — створення чорнозему заново, — насамперед це «теплі грядки Розума», технологія створення яких дуже детально висвітлена і прокоментована автором в друкованих працях і в мережі Інтернет. Вони дають можливість на мінімальних площах отримувати врожаї, що у рази перевищують і за кількістю, і особливо — за якістю — урожаї на добре доглянутих звичайних грядках. Дизайн таких грядок може бути різноманітним і прикрасити міське середовище, особливо у контейнерному варіанті: це оригінально, естетично і звільняє від необхідності нахилятись до землі для догляду за грядками, що робить таке заняття легким і доступним для осіб з інвалідністю і людей похилого віку.

Для поливу може бути застосовано технології, за допомогою яких вирощують дерева у пустелях: наприклад, модифікацію «водного ящика Гроазис» (*Groasis waterbox*), (це «розумний інкубатор», який захоплює вологу із повітря за рахунок інтенсифікації конденсації (без використання енергії) і збирає дощову воду), або глиняні горшки на 3–5 л із вузькою горловиною для зрошування грядок, які наповнюють водою, закопують в грунт, горловину закривають кришкою і протягом багатьох днів вологість грунту залишається достатньою.

ВАЖЛИВІСТЬ ПСИХОМОТОРНИХ ДІЙ В РЕАБІЛІТАЦІЇ СТУДЕНТІВ З ДИСКООРДИНАЦІЄЮ РУХІВ

Моргун З.П.
ст. викладач кафедри фізичного виховання
«Києво-Могилянська академія», sport@ukma.edu.ua
Лахманюк Т.В.
ст. викладач кафедри фізичного виховання
«Києво-Могилянська академія», sport@ukma.edu.ua

Анотація. *У роботі показані основні напрямки ефективності і важливості психомоторних дій в реабілітації студентів з дискоординацією рухів в умовах вищого навчального закладу. Показано необхідність високого рівня мотивації бути здоровою людиною.*

Annotation. *The paper shows the main directions of effectiveness and importance of psychomotor actions in the rehabilitation of students with discoordination of movements in higher education institutions. The need for a high level of motivation to be a healthy person is shown.*

Дискоординація рухів визначається станом опорно-рухового апарату, де хребет є зоною особливої уваги. За даними різних авторів кількість студентів, які мають вади устані здоров'я, з кожним роком збільшується. На одному з перших місць серед всіх видів фізичних вад є вади опорно-рухового апарату, його дискоординація. Особливо треба звернути увагу на незадовільний стан хребта.

Стан хребта відіграє ключову роль в опорно — руховій системі людини і здоров'я в цілому. Хребет — це основа скелета. До хребта прикріплюються пласти великих і малих м'язів, зв'язки спини і живота, які призначені для утримання тіла у вертикальному положенні [2].

У процесі навчання більшість студентів змушена вести сидячий спосіб життя. Під час навчання пасивне навантаження на опорно-руховий апарат під час лекцій, семінарів та підготовки до них збільшується, а рухова активність зменшується, що призводить до погіршення стану хребта. Гіподинамія, зменшення обсягів фізичного навантаження, незручні меблі, відсутність навички правильної постанови-все це погіршує стан опорно-рухового апарату молодих людей, що у свою чергу, веде до дискримінації рухів при виконанні тих або інших рухових дій.

Питання комплексної реабілітації опорно-рухового апарату має вирішуватися для молоді 17–19 років, тому що їх організм продовжує формуватися та рости, а опорно-руховий апарат може ще деформуватися.

Хребет — це складна конструкція. Він повинен бути рухомим, наскільки це можливо, стійким, наскільки це необхідно, і достатньо міцним, щоб витримувати статичні і динамічні навантаження в найрізноманітніших напрямах. М'язи, що підтримують хребет забезпечують дві його протилежні функції: рухливість і стабільність [3].

Складна структура дефекту, характер первинних і вторинних порушень у студентів з дискоординацією рухів вимагає формування системи фізичної і соціальної реабілітації.

Важливу роль тут грають психомоторні дії. Психомоторика — це, насамперед, єдність рухів з образом, думкою, почуттям — еталонами, мірками, відповідно до яких регулюються рухи.

Фізична реабілітація студентів, хворих на порушення постави і скаліози, в навчально-оздоровчій системі ВНЗ повинна включати комплекс корекційних рухових дій та спеціалізований розвиток психомоторних якостей.

Фізична реабілітація проводиться в комплексі з медичною, психологічною і соціальною реабілітацією і включає раціональний

режим дня та рухової активності, правильно збалансоване харчування, тощо.

В системі реабілітації обов'язковими є спеціальні та загальнорозвиваючі вправи, дихальні вправи, вправи на виховання правильної пози та формування правильної постави, профілактика та корекція деформацій, зміцнення м'язів спини та черевного преса.

Спеціальними є вправи, спрямовані на корекцію патологічної деформації хребта, коригуючі вправи, що дозволяють підправити дискоординаційний синдром [3]. Вправи сприяють формуванню раціонального «м'язового корсета», що утримує хребта в положенні максимальної корекції.

Висновки. Вміти управляти психомоторними процесами — означає виконувати доцільну, розумну дію, порівнювати мотив з рівнем функціональних можливостей людини на основі уявлення про оптимальну рухову дію [1].

Для вирішення цих завдань молодій людині необхідний високий рівень мотивації. Насамперед, свідомо ставитися до свого здоров'я.

Література

1. Кліменко В.В. Механізми психомоторики людини. — К.,1997. — 192 с.
2. Лазуренко С.І. Розвиток психомоторних якостей студентів технічних ВНЗ / С.І. Лазуренко; Ін-т психології ім. Г.С. Костюка АПН України. — К.:ДП«Інформ.-аналіт.Агенство», 2010. — 195 с.
3. Лазуренко С.І. Психофізіологія установок в регуляції моторики людини: [монографія]. — К.:Університет «Україна», 2011. — 406 с.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З ОСТЕОХОНДРОЗОМ ХРЕБТА

Мудренко Т.О.
магістрант спеціальності «Фізична терапія»,
кафедра здоров'я людини та фізичного виховання,
Інститут соціальних технологій, Університет «Україна»,
Адирхаєва Л.В.
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання
Університету «Україна»
mudrenko2013@ukr.net

Анотація. *Стаття присвячена дослідженню захворювання остеохондроз. З'ясовано причини, клінічні прояви та особливості ліку-*

вання осіб, що страждають на остеохондроз хребта. Рекомендовано основні методи реабілітації хворих.

Abstract. *The article is devoted to the study of the disease of osteochondrosis. The reasons, clinical manifestations and features of treatment of persons suffering from spinal osteochondrosis are found out. The basic methods of rehabilitation of patients are recommended.*

Остеохондроз — це хвороба цивілізації. Основна причина — в малорухливому способі життя сучасної людини, а також в неправильному харчуванні. Поступово через погіршення кровопостачання структур хребта диск між хребцями стає менш еластичним, знижується його висота, на поверхні тіл хребців прилеглих до диска з'являються кісткові розростання — остеофіти, в дрібних м'язах, що прикріплюються до хребта, з'являються ділянки вираженого спазму. Все це призводить до обмеження рухливості хребта і болю. Якщо в процес втягуються нервові корінці, що відходять від спинного мозку (вони можуть пошкоджуватися остеофітами, потовщеними зв'язками, м'язами, а також грижами міжхребцевих дисків), з'являються різкі стріляючі болі, що віддають в руку чи ногу, оніміння та слабкість в кінцівках.

Остеохондроз — це дегенеративно-дистрофічне ураження міжхребцевих дисків незапального характеру. Дегенерація — процес переродження здорових тканин хребта, при якому вони стають нееластичними, а дистрофія — порушення їх живлення. Вперше термін «остеохондроз» запропонував німецький вчений Хільдебранд у 1933 році для визначення дегенеративних змін в міжхребцевих дисках. Наступні дослідження показали, що в окремих випадках більше страждають хребці, цей вид захворювання позначили як спондильоз (грецькою «спондилос» — хребець). В інших випадках хвороба вражає міжхребцеві диски, і її назвали дискоз. Але найбільш розповсюдженим залишився термін і назва остеохондроз.

У більшості випадків остеохондроз вражає людей старше 30–40 років, але буває і в молодшому віці. З віком кровопостачання міжхребцевих дисків знижується. Їх харчування починає відбуватися дифузно: необхідні речовини «просочуються» із сусідніх тканин, а не надходять з потоком крові. В результаті диск виявляється на «голодному пайку» і починає руйнуватися.

Спондильоз — захворювання хребта, яке характеризується деформацією хребців за рахунок розростання кісткової тканини на їх поверхні у вигляді виступів і шипів. Спондильоз фіксує ділянку,

що піддається перевантаженню, викликаючи подразнення нервових закінчень . Пацієнти відчувають тупий, ниючий локальний біль і важкість у хребті. Спондильоз супроводжується напруженням м'язів навколо рухового сегменту, і тоді ці два фіксуючі механізми не тільки посилюють біль, але і погіршують амортизаційну функцію хребта, випрямляючи його фізіологічні вигини.

Протрузія міжхребцевого диска — патологічний процес в хребті, при якому міжхребцевий диск вибухає в спинномозковий канал без розриву фіброзного кільця. Не є самостійним захворюванням, але однією зі стадій остеохондрозу, за якою слідує грижа. Найчастіше локалізується в поперековому і рідше — шийному відділах.

Міжхребцева грижа — це зміщення пульпозного ядра міжхребцевого диска з розривом фіброзного кільця. Найбільш часто зустрічаються грижі міжхребцевих дисків попереково-крижового відділу хребта, значно рідше спостерігаються грижі в шийному відділі хребта, найбільш рідкісні — в грудному відділі.

Причини виникнення: важкі фізичні навантаження, перенесені раніше травми, загальна нерозвиненість м'язового корсета, спадковий фактор, порушення водно-сольового обміну в кістково-зв'язкового апарату хребта

При дослідженнях, виявлялося, що у 70% хворих з діагностованими за допомогою магнітно-резонансної томографії грижами зовсім відсутні будь-які клінічні прояви.

Корінцевий синдром — досить частий невралгічний синдром, який включає комплекс симптомів, що виникає в результаті здавлювання (компресії) спинномозкових корінців (спинномозкових нервів). Корінцевий синдром може проявлятися у вигляді болю в абсолютно різних місцях: в шиї, кінцівках, попереку і навіть в області внутрішніх органів, наприклад, в області серця або шлунка.

Даний синдром може розвинутися при спинномозковій грижі, спондилоартрозі, компресійному переломі хребців (при остеопорозі), спондилолістезі, розвитку пухлини (невриноми), боковому зміщенні тіл хребців, здавлюванні корінця бічними остеофітами, а також інфекційному ураженні хребців (остеомієліт, туберкульоз).

Міофасціальний синдром — одна з найчастіших причин хронічного болю. В основі міофасціального синдрому лежить формування в м'язах тригерних точок, подразнення яких викликає не тільки локальний, але й відображений біль. Активні точки викликають спонтанний біль, часто в проекційній зоні, і обмежують скоротливі можливості м'язів, в якій вони сформувалися.

Підхід до лікування даної проблеми: правильний психофізичний режим; правильне харчування; оздоровлення всього організму; індивідуальний підбір і призначення засобів, які мають знеболюючий, протизапальний, протинабряковий, спазмолітичний, розслабляючий, регенеруючий, відновлюючий характер; біопунктура, озонотерапія.

Поєднання кількох методів значно доповнює одне одного і підсилює та пришвидшує досягнення результату, діючи на всі ланки патогенезу захворювання і при цьому не маючи побічної дії.

СПЕЦИФІКА НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ З ПОРУШЕННЯМ ЗОРУ

Мужичук Н.Р.
III курс, група Фрз–3.1, спеціальність «Фізична реабілітація»,
*Науковий керівник: **Бундак О.А.**, к. і. н., доцент,*
заступник директора з науково-методичної роботи,
Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна»

Анотація: *розглянуто специфіку організації навчального процесу сліпих та слабозорих студентів. Акцентовано увагу на використанні інформаційно-комунікаційних технологій під час навчання людей з вадами зору.*

Annotation. *The specifity of the organization of educational process for blind and cecutient students is considered. The attention is focused on the usage of informational- communicative technologies during vision deficiency people' teaching.*

Специфіка навчання сліпих та слабозорих студентів полягає в наступному: дозування тренувальних навантажень; застосування спеціальних форм і методів навчання, оригінальних підручників і наочних посібників, оптичних і тифлопедагогічних пристроїв, спеціальне оформлення навчальних кабінетів; організація лікувально-відновлювальної роботи.

Ключовим засобом соціальної і професійної реабілітації людей з вадами зору, що сприяє їх успішній інтеграції в соціум, є інформаційно-комунікаційні технології (ІКТ). Навчання людей з вадами зору із застосуванням ІКТ нині набуває масового характеру. Проблеми доступу до візуальної інформації для незрячих користувачів можуть бути компенсовані за допомогою надання

інформації в аудіальній та кінестичній модальностях. В даний час ІКТ зробили доступними для незрячих людей цілий ряд сучасних професій і значно прискорили процес підвищення їх професійного рівня, надали їм рівні можливості працевлаштування. Таким чином, освоєння ІКТ для незрячих є не тільки способом набуття нових знань, але і методом оволодіння одним з найважливіших інструментів їх соціальної та професійної реабілітації. Особливу увагу при організації навчального процесу необхідно приділити підготовці комп'ютерного спеціального робочого місця (КСРМ) для студента з порушенням зору. В якості механізму, компенсуючого недоліки зорового сприйняття, у слабозорих осіб виступають слухове та дотикове сприйняття. Обмеженість інформації, одержуваної слабозорими, обумовлює схематизм зорового образу, його мізерність; порушення цілісності сприйняття, коли в образі об'єкта відсутні не тільки другорядні, але і визначні деталі, що веде до фрагментарності або неточності образу. При слабозорості страждає швидкість зорового сприйняття; порушення бінокулярного зору (повноцінного бачення двома очима) слабозорість може призводити до так званої просторової сліпоти (порушення сприйняття перспективи і глибини простору), що важливо при кресленні і читанні креслень.

Під час проведення занять слід частіше переключати студентів з одного виду діяльності на інший. Педагоги повинні враховувати допустиму тривалість безперервного зорового навантаження для слабозорих студентів. До дозування зорової роботи треба підходити індивідуально.

При зоровій роботі у слабозорих швидко настає втома, що знижує їх працездатність. Тому необхідно проводити невеликі перерви. Слабозорим протипоказано ряд звичайних дій — нахили, різкі стрибки, піднімання тягарів, так як вони можуть сприяти погіршенню зору.

При проведенні занять слід враховувати значення слуху в необхідності просторової орієнтації, яка вимагає локалізувати джерела звуків, що сприяє розвитку слухової чутливості. При лекційній формі занять слабозорим слід дозволити використовувати звукозаписні пристрої і комп'ютери, як спосіб конспектування, під час занять. Для засвоєння інформації слабозрячим потрібна більша кількість повторень і тренувань.

Інформацію необхідно подавати виходячи із специфіки слабозорості студента: великий шрифт (16–18 розмір), дисковий нако-

пичувач (щоб прочитати за допомогою комп'ютера зі звуковою програмою), аудіофайли. Все записане на дошці має бути озвучено. Необхідно коментувати свої жести, записи на дошці і передавати словами те, що часто виражається мімікою і жестами. При читанні вголос спочатку необхідно попередити про це. Не слід замінювати читання переказом. У побудові речень не слід використовувати розпливчастих визначень і описів, слід бути чітким. Під час роботи можливе використання мережі Інтернет, подача матеріалу на принципах мультимедіа, використання «on-line» семінарів і консультацій в режимі «off-line» за допомогою електронної пошти.

При роботі на комп'ютері слід використовувати принцип максимального зниження зорових навантажень. Для цього потрібно забезпечити: підбір індивідуальних налаштувань екрану монітора залежно від діагнозу захворювання і від індивідуальних особливостей сприйняття візуальної інформації; дозування і чергування зорових навантажень з іншими видами діяльності; використання спеціальних програмних засобів для збільшення зображення на екрані або для озвучування інформації; принцип роботи з допомогою клавіатури, а не з допомогою миші, в тому числі з використання «гарячих» клавіш і освоєння сліпого десятипальцевого методу друку.

Слабозорому студенту потрібно допомогти в орієнтації у просторі університету. На початку навчального року слід провести по будівлі корпусу, щоб він запам'ятав місце розташування кабінетів і приміщень, якими він користуватиметься. Перебуваючи у приміщенні, новому для слабозорого учня, потрібно описати місце, де знаходитесь. Наприклад: «В центрі аудиторії, приблизно в шести кроках від вас, праворуч і ліворуч — ряди столів, дошка — попереду». Або: «Зліва від дверей, як заходиш, — шафа». Вкажіть небезпечні для здоров'я предмети.

Коли пропонуєте слабозорому сісти, не потрібно його саджати, необхідно направити його руку на спинку стільця або підлокітник. Під час проведення занять слід назвати себе і представити інших співрозмовників, а також всіх присутніх. При спілкуванні з групою слабозорому потрібно щоразу називати того, до кого звертаєтесь. Не можна змушувати співрозмовника говорити в порожнечу: якщо ви переміщаєтеся, попередьте його. При знайомстві з незнайомим предметом не слід водити його руку по поверхні предмета, потрібно дати йому можливість вільно пома-

цати предмет. Якщо попросять допомогти взяти якийсь предмет, не слід тягнути руку слабозорого до предмета і брати його рукою цей предмет, краще подати йому цей предмет або підвести до нього.

Особливу увагу слід приділяти розвитку самостійності й активності слабозорих студентів, особливо в тій частині навчальної програми, яка стосується відпрацювання практичних навичок професійної діяльності. Викладач повинен проявляти педагогічний такт, створювати ситуації успіху, своєчасно надавати допомогу кожному студенту, розвивати віру у власні сили і можливості.

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА В ОРТОПЕДІЇ

Нестеренко К.
магістрант спеціальності «Фізична реабілітація»,
кафедра здоров'я людини та фізичного виховання
Інституту соціальних технологій Університету «Україна»
Адирхаєв С.Г.
доктор педагогічних наук, доцент,
директор Інституту соціальних технологій,
Університет «Україна»

Анотація. *В тезах приведено обґрунтування використання ЛФК у ортопедії. Доведено, що найбільш характерною особливістю методу ЛФК є використання суворо дозованих фізичних вправ. Виявлено специфіку ортопедичних захворювань людини. Періоди застосування лікувальної фізичної культури в ортопедії. Визначено роль лікувальної фізичної культури при ортопедичних захворюваннях.*

Annotation. *In the theses the justification of using exercise therapy in orthopedics is given. It is proved that the most characteristic feature of the method of exercise therapy is the use of strictly dosed physical exercises. The specificity of orthopedic diseases of a person is revealed. Periods of application of physical therapy in orthopedics. The role of medical physical culture in orthopedic diseases is determined.*

Притаманне сучасному суспільству зростання рівня травматизму та поширеності ортопедичної патології визначає необхідність удосконалення діагностики та лікування пошкоджень і захворювань системи опори та руху як пріоритетний напрямок розвитку

охорони здоров'я. Зростаюча частота хронічних захворювань населення України в останнє десятиріччя робить актуальним вивчення нових, високоефективних, індивідуальних та безпечних методів лікування.

Мета роботи — обгрунтувати особливості лікувальної фізичної культури в ортопедії.

Використані методи теоретичного пізнання та спостереження за хворими ортопедичного відділення міської лікарні м. Біла Церква.

Ортопедія — це така область клінічної медицини, яка вивчає деформації і різні хвороби опорно-рухового апарату, а також займається розробкою методів їх діагностики, лікування та профілактики. На сьогоднішній день ортопедія приділяє все більше і більше уваги лікуванню захворювань і травм опорно-рухового апаруту з моменту їх виникнення. Крім цього, ортопедія також приймає заходи для попередження можливих ускладнень після перенесених хвороб і травм, так звані — заходи ортопедичної профілактики. Для досягнення своєї мети — збереження функції опорно-рухового апарату або її відновлення в разі порушення — ортопедія використовує різні лікувально-профілактичні методи. І, важливо зазначити, що лікувальна фізична культура займає особливе місце серед засобів лікування і профілактики захворювань опорно-рухового апарату. Основні засоби, що використовуються у фізичній реабілітації, це — лікувальні фізичні вправи, а також різні елементи спорту.

Доведено, що найбільш характерною особливістю методу ЛФК є використання суворо дозованих фізичних вправ. Їх застосування в ЛФК потребує активної участі хворого в лікувальному процесі. Дуже важливо визначити, який саме ступінь активності рекомендується тому чи іншому хворому з огляду на характер захворювання, ступінь функціональних розладів, загальний стан пацієнта і пристосованість до фізичних навантажень.

Характерною особливістю методу ЛФК є також те, що він не лише оздоровлює і зміцнює весь організм хворого, але здійснює і виховну роль. Як метод лікування ЛФК є частиною комплексної терапії. Його застосовують на всіх етапах реабілітації як у гострі періоди хвороби, так і на завершальних, постстаціонарних і санаторно-курортних, успішно поєднують із медикаментозною терапією та з різними фізіотерапевтичними методами лікування.

СПЕЦИФІКА НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ З ПОРУШЕННЯМ СЛУХУ

Неясов В.В.
III курс, група ТРз-3.1, спеціальність «Туризм»,
Луцький інститут розвитку людини,
olenabundak@gmail.com
Науковий керівник: ***Бундак О.А.****, к. і. н., доцент,*
заступник директора з науково-методичної роботи,
Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна»

Анотація: *розглядається специфіка організації навчального процесу для студентів з порушенням слуху. Наголошено, що навчально-методичні презентації є однією з організаційних форм, які використовуються у процесі навчання студентів з порушенням слуху.*

Annotation. *The specifity of educational process' organization for students with hearing impairment is considered. We emphasize the experience of curricular presentations which are organisational forms of educational process for students with hearing disorder.*

Навчання студентів з порушеннями слуху в навчальному закладі вибудовується через реалізацію таких педагогічних принципів: наочності, індивідуалізації та комунікативності на основі використання інформаційних технологій. Максимальний облік особливостей таких студентів забезпечується при використанні навчально-дидактичного комплексу, який включає пакет спеціальних навчально-методичних презентацій, навчальний посібник, адаптований для сприйняття студентами з порушенням слуху, електронний програмний комплекс по навчальному предмету. Слабочуючі, на відміну від глухих, можуть самостійно накопичувати словниковий запас і опановувати усною мовою.

Недостатній рівень оволодіння мовою є перешкодою для повноцінного розвитку пізнавальної діяльності глухих і слабочуючих студентів; мовленнєва недостатність є причиною своєрідності їх сприйняття, пам'яті і мислення. На цьому побудовано психолого-педагогічне вивчення процесу оволодіння знаннями студента з порушенням слуху. Невисокий рівень сприйняття усного мовлення, невиразна вимова не дозволяють цій категорії використовувати усну мову як надійний засіб спілкування. Рівень оволодіння словесною мовою визначає успішність всього процесу навчання, що позначається на розвитку логічного мислення. Зокрема, у слабо-

чуючих спостерігається деяке відставання у формуванні вміння аналізувати і синтезувати новий матеріал, оперувати образами, зіставляти нове з вивченим раніше; гірше розвинений аналіз і синтез об'єктів — вони менше виділяють в об'єкті деталі, часто опускають малопомітні, але істотні ознаки.

Тому при організації освітнього процесу зі слабочуючими студентами необхідна особлива фіксація на артикуляції виступаючого — слід говорити голосніше і чіткіше. Довільне запам'ятовування у таких студентів відрізняється тим, що образи предметів, які запам'ятовуються, меншою мірою організовані, ніж у тих, що чують. Процес навчання вимагає використання додаткових прийомів для підвищення ефективності запам'ятовування матеріалу. При запам'ятовуванні усного матеріалу у нечуючих і слабочуючих можуть спостерігатися заміни слів: заміни за зовнішньою подібністю звучання слова, смислові заміни. Основні поняття нового матеріалу таким студентам необхідно записувати на дошці та пояснювати додатково.

Увага студентів з порушеним слухом більшою мірою залежить від художніх якостей матеріалу, який сприймається: чим він виразніший, тим легше слабочуючим студентам виділити інформативні ознаки предмета або явища. У процесі навчання рекомендується використовувати різноманітний наочний матеріал, особливо відеоматеріали. Відеоінформація може супроводжуватися текстовим біжучим рядком або сурдологічним перекладом; анімація може бути використана для зображення різних динамічних моделей, що не піддаються відеозапису та супроводжуватись гіперпосиланнями, які коментують окремі компоненти зображення.

Найбільш поширеною формою організації навчального процесу є лекційно-семінарська система навчання і поетапна система контролю знань студентів. Одним з найважливіших факторів, що сприяють підвищенню рівня підготовки, є індивідуалізація навчальної діяльності студентів у системі цілісного педагогічного процесу. Це здійснюється на основі врахування їх індивідуальних особливостей, що проявляється у їх пізнавальної діяльності, психофізичних здібностях, умінні мобілізувати емоційно-вольові та інтелектуальні сили, на основі використання дидактичних і організаційних засобів.

Повноцінне засвоєння знань і умінь відбувається в умовах реалізації принципу комунікативності. Комунікативний компонент розвивається в результаті включення студентів в групову діяльність

на основі формування групового мовлення. Тому комунікативна система, що реалізується в процесі навчання даної категорії студентів, в основному направлена на розвиток словесної комунікації. Її завданням є навчання мови як засобу спілкування. Повноцінне оволодіння глухими студентами мовою передбачає не лише вдосконалення навичок сприйняття, але і її відтворення. Ці два процеси взаємопов'язані, їх вдосконалення здійснюється в ході освітнього процесу в умовах використання залишкового слуху студентів з порушеним слухом. Поєднання всіх видів мовленнєвої діяльності (мовлення, слухання, читання, письма, зорове сприйняття з обличчя і з руки мовця) передбачає розвиток всієї структури мовленнєвої діяльності, яка допомагає практичній діяльності. Від їх змісту, цілей та умов залежать і відповідні функції спілкування, що особливо важливо для здобуття освіти особами з порушенням слуху.

Студенти краще сприймають той матеріал, який поданий їм у найлегшій формі. Для глухих, як правило, такою формою є мова жестів. Для багатьох слабочуючих студентів сприйняття мови жестів нерідко викликає затруднення, що пов'язано із способом навчання цих дітей у спеціалізованих школах. Для них ефективна практика випереджувального читання. Це дозволяє студентам краще зорієнтуватися в потоці нової інформації, звернути увагу на складні моменти.

У таких студентів на заняттях зоровий канал працює з перевантаженням, що призводить до зниження швидкості сприйняття інформації і підвищеної стомлюваності під час заняття. Особливістю процесу навчання таких студентів є корекційна спрямованість навчання, реалізація якої сприяє дотримання слухомовного режиму на кожному занятті. Навчання таких студентів має здійснюватися на основі освітніх програм, адаптованих для людей з ОВЗ. Інформаційні технології розширюють можливості педагога, допомагають створювати такі умови навчання, які необхідні для рішення розвиваючих та корекційних завдань, але не можуть бути створені за допомогою традиційних засобів. Навчально-методичні презентації, контрольні та контрольно-навчальні програми проектуються за загальною технологічною схемою з використанням мови програмування Visual Basic for Application, підготовки презентацій PowerPoint та інших складових пакета Microsoft Office.

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА, МАСАЖ, ФІЗІОТЕРАПІЯ ОСІБ З ОЗНАКАМИ ОСТЕОХОНДРОЗУ

Огойко В.В.
6 курс, група ФР 61/16, спеціальність «Фізична реабілітація», Інститут соціальних технологій, Університет «Україна»
Любенко В.О.
кандидат медичних наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Інституту соціальних технологій, Університет «Україна»
ogoyyko-vtalyy@rambler.ru

Анотація. *У роботі проаналізовано досвід застосування засобів фізичної реабілітації при остеохондрозі. Відзначається, що основою реабілітації хворих з ознаками остеохондрозу є систематичність та комплексність відновлювальних заходів, спрямованих на лікування і профілактику, а саме: лікувальна фізична культура, масаж, фізіотерапія.*

Annotation. *The article analyzes the experience of using physical rehabilitation equipment for osteochondrosis. It is noted that the basis of rehabilitation of patients with signs of osteochondrosis is systematic and comprehensive rehabilitation measures aimed at treatment and prevention, namely: physical therapy, massage, physiotherapy.*

Остеохондроз займає перше місце по розповсюдженості серед населення Землі. В нашій країні остеохондрозом хребта хворіють приблизно 80% населення, 85 дорослих на протязі свого життя відчували хоча б один раз біль у спині, з них 5% страждають щорічно, а 70% хоча б один раз в житті внаслідок цього стали непрацездатні.

Існує багато факторів які пояснюють початок розвитку остеохондрозу хребта. Можна виділити наступні групи причин: малорухливий спосіб життя; інфекційні захворювання; аномалії розвитку хребта; ревматоїдні хвороби; аутоімунні порушення; травми та статичні порушення; інволюція кісткової тканини; ендокринні захворювання; спадковість; зміни у м'язах; важка фізична праця; психоемоційні стреси та депресії.

Клінічні прояви остеохондрозу поперекового відділу хребта різноманітні. Можна виділити як функціональні так і органічні зміни. Вони залежать від багатьох чинників: від локалізації, від ступеня порушень, від фізичного розвитку хворого, його віку. До теперішнього часу виділено безліч самостійних неврологічних синдро-

мів дегенеративно-дистрофічної поразки поперекового відділу хребта. На функціональній стадії захворювання спостерігаються зміни в активній частині рухового апарату (м'язах спини, печія, дискомфорт при зміні положення тіла, швидку стомлюваність, фіксація робочих поз, виконання робочих і побутових рухів посилюють ці відчуття). До функціональних змін можна віднести і гострі болі у м'язах, викликані обмеженнями спинномозкових нервів при різкому м'язовому скороченні. Об'єктивно при пальпації відзначаються підвищений тонус м'язів, ділянки хворобливості, ущільнення, неможливість повного розслаблення.

У традиційній медицині до реабілітаційних заходів підходять комплексно: починаючи з організації лікувально-охоронного режиму, і через мануальну і кінезотерапію, електролікування, масаж, тракції — до елементів спорту і працетерапії.

Головна мета відновлення у хворих з поперековими болями — сприяти нормалізації тонусу м'язів спини, збільшення рухливості хребта, створення «м'язового корсету» (як природного стабілізатора), покращенню загального стану та відновлення працездатності.

Залежно від гостроти клінічних проявів остеохондрозу поперекового відділу хребта, виділяють 3 періоди захворювання: гострий, підгострий і період клінічного видужування (повного або неповного).

Основна мета всіх лікувально-профілактичних заходів полягає в зміцненні м'язово-зв'язкового апарату і створенні умов для його функціонування. Перш за все, необхідно налагодити свій побут, правильно спланувати відпочинок, організувати трудові процеси так, щоб усунути або понизити вплив виробничих чинників.

Для попередження рецидивів захворювання необхідні: постійні заняття фізкультурою, щоденна гімнастика з використанням спеціальних вправ для тулуба, навчання обґрунтованим прийомом виробничих операцій, виключення впливу шкідливих виробничих чинників (роботи в статично незручній позі).

Фізична реабілітація при остеохондрозі поперекового відділу хребта є основним засобом у комплексному лікуванні хворих та їх реабілітації [1].

Література

1. Епифанов В.А. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение, профилактика) / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 272 с.

ПРОБЛЕМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Осадча О.А.
к.е.н., доцент кафедри фінансів та банківської справи
Інституту економіки та менеджменту
osayaa@ukr.net
Лавренюк В.В.
студентка 4 курсу спеціальності «Облік та аудит» Інституту економіки та менеджменту Університету «Україна»
victoria.lavrenyuk.2014@mail.ru

***Анотація**. У тезах висвітлюється необхідність розв'язання проблем реабілітації інвалідів АТО,що нині є одним з найбільш значущих питань, якому приділяється значна увага в засобах масової інформації та яке виноситься на порядок денний засідань урядових комітетів і громадських організацій.*

***Annotation.** The thesis highlights the need for solving the problems of rehabilitation of ATO participants nowadays one of the most important issues, which is paid much attention in mass media and which is placed on the agenda of meetings of government committees and public organizations.*

Державні органи приділяють значну увагу проблемі реабілітації інвалідів АТО, але фінансові можливості державного бюджету недостатні. Разом з тим інвалідам антитерористичної операції держава гарантує надання соціальної та професійної адаптації, а також забезпечення пільгових пенсійних виплат. Передбачено ряд заходів, як матеріальна так, і фізична допомога. Тим часом значний внесок у цю справу роблять волонтери, які допомагають державі втілювати в життя реабілітаційні програми, а також працюють безпосередньо з вояками. Завдяки їхнім зусиллям влада стала працювати швидше, але розв'язати всі проблеми поки що не вдається, що і спричиняє затримки. [1].

Волонтери також відправили на реабілітацію за кордон уже понад 100 українських військовослужбовців. Медики вважають, що у випадку недостатнього лікування з часом поствоєнні симптоми не просто повертаються, а й посилюються. Солдатів, які пережили страхіття війни, часто мучать безсоння, відсутність емоцій, дратівливість. Для того щоб люди могли нормально адаптуватися до мирного життя, вони повинні пройти лікування. Психологи зауважують, що учасники тих страшних подій важко йдуть на контакт, адже

думають, що час усе вилікує і зазвичай тримають усе в собі. Війна, за словами медиків, підриває психологічне здоров'я і потреба в лікуванні з кожним днем зростає. Починаючи з осені 2014 р., створюється мережа лікувальних закладів для надання допомоги постраждалим під час АТО. Зокрема, у містечку Ірпінь уже створено повноцінну клініку на 70 ліжок, де пройдуть курс оздоровлення військовослужбовці, які зазнали загальносоматичних поранень. Там є два відділення — профпатології та нетрадиційних методів лікування. Ще один реабілітаційний центр сформовано при військовому клінічному центрі у Львові. Це відділення призначене для спинальних хворих. У Луцьку при обласному госпіталі для ветеранів та інвалідів війни з 1 жовтня почав діяти Реабілітаційний центр з надання медико-психологічної допомоги військовим, які повернулися із зони АТО. У Волинській області до процесу створення такого центру долучилися профільні департаменти ОДА, медики і волонтери. З резервів обласного бюджету віднайшли 450 тис. грн на ремонт приміщень і ще 110 тис. — на закупівлю необхідного обладнання. Там навіть відбуваються семінари-навчання з надання психологічної допомоги інвалідам АТО та членам їхніх родин. На Закарпатті також функціонує Центр психологічної служби та кризових станів, який було створено ще в січні 2014 р. спершу на базі Психологічної служби Майдану, а зараз як центр лікування учасників АТО[2].У центрі працюють психологи, психотерапевти, консультанти психотерапевтичних напрямів, які надають практичну психологічну допомогу, підтримують і супроводжують військовослужбовців, їхні сім'ї. Реабілітація проводиться у мережі госпіталів ветеранів війни, яка функціонує в Україні досить ефективно. Таких закладів налічується 30, загальна кількість ліжко-місць — 6552. Український державний медико-соціальний центр ветеранів війни та Український госпіталь воїнів-інтернаціоналістів «Лісова поляна» фінансуються із державного бюджету та підпорядковані Міністерству охорони здоров'я. Решта 28 перебувають на балансі обласних бюджетів і є комунальними закладами обласних рад. В червні 2016 року почав функціонувати госпіталь для ветеранів війни — учасників АТО в Івано-Франківській області (на 75 ліжок). Це є дуже позитивним фактом, адже до цього моменту подібних госпіталів в Україні не мали дві області. Наразі єдиною областю, яка не має госпіталю ветеранів війни, є Київська. На диспансерному обліку в медичних закладах (на початок 2017 року) перебувало 1 млн 173 тис. ветеранів війни, з них понад 86 тис. — інваліди,

понад 217 тис. — учасники бойових дій. Найбільша категорія — 730 тис. — це учасники війни і близько 140 тис. — особи, прирівняні за пільгами (члени сімей загиблих). Разом з тим є необхідність активізації зусиль влади й громадських організацій, волонтерів і просто небайдужих людей для негайного розв'язання основних проблем реабілітації учасників бойових дій. Зокрема, для цього також потрібно об'єднати зусилля санаторно-курортних закладів, незалежно від їх відомчого підпорядкування і форми власності, науково-дослідних установ та кафедр у розробці та впровадженні заходів з реабілітації на санаторно-курортному етапі. На нашу думку, таке лікування повинні забезпечити держава, фонди соціального страхування . Необхідно проводити закупівлю реабілітаційних путівок до санаторіїв за максимально спрощеною процедурою, адже це — вимога воєнного часу. Представники влади разом із громадськими організаціями та зарубіжними партнерами намагаються знайти шляхи розв'язання складної проблеми — лікування й реабілітація потерпілих. Проте неабияке значення має і своєчасне надання медичної допомоги в умовах війни. Виходячи із наведеної інформації, безпосередніх учасників бойових дій та інвалідів війни, що брали участь у бойових діях, не так багато. На жаль, воєнні дії на Сході щоденно збільшують чисельність саме цих категорій.

На нашу думку, розв'язати всі проблеми лікування та реабілітації постраждалих під час воєнних дій буде нелегко, але це стане можливим при повній мобілізації зусиль державних органів, медиків, волонтерів, за підтримки зарубіжних партнерів.

Література

1. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні»// zakon.rada.gov/cgi-bin/laws/main.cgi?user=a#Find 2016 р.

2. Медична реабілітація в Україні: потрібне повне перезавантаження? // http://www.vz.kiev.ua/medichna-reabilitaciya-v-ukra%D1%97ni-potribne-povne-perezavantazhennya. — 2015р.

3. Впровадження тактичної медицини: досвід, проблеми // http://narodka.com.ua/13698-vprovadzhennya-taktichno%D1%97-medicini-dosvid-problemi. — 2017 р.

ІННОВАЦІЙНІ ЗАСОБИ ТА ПІДХОДИ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДИНИ, ЯКА МАЄ СОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Очерклевич Н.З.
магістрант групи ЗФР-71, спеціальності «Фізична реабілітація» Інституту соціальних технологій
*Науковий керівник: **Адирхаєв С.Г.**, доктор педагогічних наук, доцент, директор Інституту соціальних технологій, Університет «Україна»*
znocherk@gmail.com

Анотація. *Розглядається застосування низьковентиляційного способу життя за Ревуцькою як інноваційний підхід для реабілітації людини, що має соматичні захворювання. НВСЖ включає комплекс гіповентиляційних факторів, а саме: видове харчування, носове дихання, саногенетичну медитацію, динамічну медитацію, фізичні навантаження, дозволяє досягти гіповентиляційного рівня вуглекислоти природним шляхом без вольових втручань в акт дихання. Показана його результативність та дієвість, можливість у засвоєнні та самостійному практикуванні.*

Annotation. *The application of low ventilatory lifestyle for Revutskais considered as an innovative approach for the rehabilitation of a person with somatic diseases. LVLS includes complex of hypoventilatory factors, namely: species nutrition, nasal breathing, sanogenetic meditation, dynamic meditation, physical exercise allows to achievehypoventilatory level of carbon dioxide in a natural way without volitional intervention in respiration. It shows its effectiveness, the ability of independent learning and practicing.*

Особливістю демографічної ситуації в Україні є кризовий стан здоров'я і життєздатності населення — високий рівень захворюваності дітей та дорослих, передчасна смертність у працездатному віці. З медичної точки зору практично будь-які відхилення від норми в роботі внутрішніх органів і систем організму відносяться до соматичних захворювань.Це захворювання серця і судин, захворювання дихальної системи, ураження печінки і нирок, ряд уражень шлунково-кишкового тракту, травми, опіки і поранення, спадкові генетичні захворювання, органічні ураження нервової системи, інфекції і спровоковані ними ураження внутрішніх органів, ендокринні захворювання.При вроджених вадах фізичного розвитку спостерігається стійкий розлад функцій організму, що

обмежує нормальну життєдіяльність людини, призводить до інвалідності. За статистикою, кількість інвалідів з дитинства в світі має тенденцію збільшуватися. Спостерігається загальний соматичний розлад, зниження імунних сил організму.

До сьогодні існує тенденція розглядати інвалідність як вирок — вважається, що раз так склалося, людина не може розраховувати на повноцінний розвиток із суто медичних причин.Якщо в сім'ї народжується дитина-інвалід, батьки фактично постають перед вибором — або віддати її в інтернат, де, по ідеї, мають забезпечити кваліфіковану медичну допомогу, або залишити вдома і самим турбуватися про неї.

Від народження дитині були діагностовано множинні вади розвитку, агенезію лівої нирки. У трирічному віці дитині був виставлений діагноз: синдром Аарскога — рідке порушення розвитку, яке характеризується низькорослістю, аномаліями обличчя, скелету та статевих органів. Медико-психолого-педагогічна комісія діагностувала затримку психофізичного розвитку. Дитина часто хворіла на ГРВІ, ГРЗ, захворюваннями дихальної системи, спостерігалися шлунково-кишкові розлади та ін.Специфічного лікування синдрому Аарскога-Скотта не існує [3].

Для комплексної реабілітації,яка включає зміну способу життя для оздоровлення та запобігання порушення здоров'я, розвиток дитини,навчання вміння керувати своїми станами, а значить, відкриває можливість навчатися, розвивати свої здібності та бути соціалізованою була обрана система низьковентиляційного способу життя (НВСЖ) за Ревуцькою, якої навчала сама автор.

Це інноваційний підхід у фізичній реабілітації, особливістю якого є те, що гіповентиляційний стан організму досягається за рахунок практикування певного способу життя (носове дихання, лужноутворююче харчування (нутрієнти тільки рослинного походження), фізичне навантаження, саногенетична та динамічна медитація), який сприяє виробленню стійкого фізіологічного дихання (еупное) [1], що виникає природньо, і постійно підтримує необхідний рівень вуглекислоти та інших гомеостатичних параметрів. Такий стан дихання стає основним фізіологічним орієнтиром для самоспостереження за загальним благополуччям життєдіяльності організму. Цей спосіб засвоюється бажаючими на основі вивчення теоретичних знань та засвоєння практичних навиків протягом всього життя [2].

Експерти з Академії харчування та дієтології опублікували свою офіційну заяву про вегетаріанську дієту і визнали, що раціон,

який не включає продукцію тваринного походження, є безпечним не тільки для здорових молодих людей, але також для немовлят і людей похилого віку [3].

Оскільки сама дитина ще не здатна самостійно опановувати і підтримувати даний спосіб життя, разом з нею опановувала і практикувала його уся сім'я. У три роки розпочалася робота з дитиною та її оточенням. У сім років дитина пішла у загальну середню школу, маючи високий рівень готовності. У 11 років змогла вступити, навчатись і успішно закінчити середню художню школу для обдарованих дітей, самостійно здати іспити, зараз навчається у виші, малює та складає вірші. Постійно здійснювався нагляд за станом здоров'я медиками, які констатували стабільний стан роботи внутрішніх органів, в нормі були аналізи сечі та крові. Окрім ГРВІ, дитина нічим не хворіла. Також пройшло навчання і підтримує даний спосіб життя найближче оточення хлопчика (5 чоловік). У всіх середній та вище середнього рівень здоров'я за Апанасенком, позбулися соматичних захворювань. Протягом останніх 1,5 року члени сім'ї самостійно, без допомоги автора, практикують НВСЖ за Ревуцькою. Дорослі практично здорові, здобули всі вищу освіту (бабуся — у зрілому віці), вище середнього працездатність.

Висновок: практикування НВСЖ за Ревуцькою допомагає людині позбутися соматичних захворювань, бути здоровою. Його можна рекомендувати для роботи з сім'ями у випадку генетичних захворювань дітей, що супроводжуються соматичними розладами, ЗПФР як комплексну програму реабілітації, яка включає носове дихання, видове харчування, динамічну та саногенетичну медитації та помірні фізичні навантаження. Медитативна робота при НВСЖ сприяє розвитку внутрішнього світу людини. Методика доступна у засвоєнні та самостійному практикуванні.

Література

1. Ревуцька О.В. Використання фізіологічного дихання у реабілітації хворої людини: магістерська робота: 11.06.2014 / О.В. Ревуцька — Київ, 2014. — 235 с. Авт. свід. 56589 від 22.09.2014.

2. Ревуцька О.В. Педагогічні та андрагогічні основи низьковентиляційного способу життя за Ревуцькою / О.В. Ревуцька В.Ф. Коваленченко // Науковий часопис НПУ ім. М.П. Драгоманова. — 2016 —Випуск 3К 2 (71). — С. 288–291.

3. Melina V. Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Vegetarian Diets [Text] / V. Melina, W. Craig, S. Levin // Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. — 2016 . — v. 116. — №12. — P. 1970–1980.

4. Orrico A. Phenotypic and molecular characterisation of the Aarskog–Scottsyndrome: a surveyoftheclinicalvariabilityinlightof FGD1 mutationanalysisin 46 patients[Text] / A. Orrico; L. Galli; ML. Cavaliere; [etc.] // Eur. J. Hum. Genet. — 2004. — v12. —№1. — P. 16–23.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛТАЦІЯ ДІТЕЙ З СКОЛІОТИЧНОЮ ПОСТАВОЮ

Павловський В.О.
спеціальність «Фізична реабілітація»
Студент 6 курсу кафедри «Здоров'я людини та фізичного виховання»
Науковий керівник: ***Шамич О.М.****, кандидат педагогічних наук, доцент,*
доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання,
Інститут соціальних технологій Університету «Україна»

Анотація. *За останні десять років виявилася несприятлива тенденція показників здоров'я дітей, які відвідують освітні установи. Сколіоз та порушення постави є найбільш поширеними захворюваннями опорно-рухового апарату у дітей та підлітків. Ці захворювання служать передумовою для виникнення ряду функціональних і морфологічних розладів здоров'я в дитинстві і надають негативний вплив на перебіг багатьох захворювань у дорослих.*

Annotation. *Over the past ten years, an unfavorable trend has been shown in the health indicators of children attending educational institutions. Scoliosis and posture disorders are the most common diseases of the musculoskeletal system in children and adolescents. These diseases are a prerequisite for the emergence of a number of functional and morphological disorders in the childhood and have a negative impact on the course of many diseases in adults*

Постава — звичне положення тулуба в просторі, поза, обумовлена конституційними, спадковими факторами, що залежить від тонусу м'язів, стану зв'язкового апарату, вираженості фізіологічних вигинів хребта.

При появі дефектів постави змінюється не тільки зовнішній вигляд дитини, — виникають порушення діяльності внутрішніх органів. Сутулість, запалі груди, знижена ємність легенів, схильність до простудних захворювань, швидка стомлюваність — ланки одного ланцюга. У результаті тривалих порушень постави розвива-

ються стійкі викривлення хребта — сколіози. Сколіоз та порушення постави є найбільш поширеними захворюваннями опорно-рухового апарату у дітей та підлітків. Ці захворювання служать передумовою для виникнення ряду функціональних і морфологічних розладів здоров'я в дитинстві і надають негативний вплив на перебіг багатьох захворювань у дорослих.

У різні вікові періоди постава дитини має свої особливості. Так, для постави дошкільнят найбільш характерними є плавний перехід лінії грудної клітини в лінію живота, який виступає на 1–2 см, а також слабо виражені фізіологічні вигини хребта. Для постави школярів характерні помірно виражені фізіологічні вигини хребта з незначним нахилом голови вперед, кут нахилу тазу у дівчаток більше, ніж у хлопчиків: у хлопчиків — 28°, у дівчаток — 31°. Найбільш стабільна постава відзначається у дітей до 10–12 років.

Дефекти постави полягають у зміні положення тулуба, плечового поясу і тазу, голови, що викликає збільшення чи зменшення фізіологічних вигинів хребта.

Хребет виконує основну опорну функцію. Його оглядають в сагітальної, горизонтальній і фронтальній площинах, визначають форму лінії, утвореної остистими відростками хребців. Звертають увагу на симетричність лопаток і рівень плечей, стан трикутника талії, утвореного лінією талії і опущеною рукою. Нормальний хребет має фізіологічні вигини в сагітальної площини, анфас представляє пряму лінію. При патологічних станах хребта можливі викривлення як переднезаднем напрямку (кіфоз, лордоз), так і бічні (сколіоз)

У перші роки життя дитини необхідно повноцінне харчування, масаж і фізкультура для здоров'я в цілому і нормального формування хребта. Регулярні візити до лікаря дозволять своєчасно виявити порушення опорно-рухового апарату.

Здорова дитина повинна багато рухатися (через особливості дитячої нервової системи і м'язів). Якщо знаходитися в одній позі в положенні сидячи або стоячи доводиться довше декількох хвилин, дитина «обвисає», вертикальна навантаження переноситься з м'язів на зв'язки і міжхребцеві диски, починається формування неправильного рухового стереотипу і поганої постави. Невелика, регулярне фізичне навантаження (плавання, домашні тренажери, більше рухливих ігор і трохи менше телевізора, щоденна фізкультура) — необхідні умови нормального розвитку опорно-рухового апарату.

Існують різні методики для профілактики і корекції порушення постави. Фізичні вправи роблять стабілізуючий вплив на хребет, зміцнюючи м'язи, дозволяють домогтися коригуючого впливу на деформацію, поліпшити поставу, функцію зовнішнього дихання, дають загальнозміцнюючий ефект. ЛФК показано на всіх етапах розвитку сколіозу, але більш успішні результати вона дає при початкових формах сколіозу. При виникненні сколіозу проводять комплексне вправу лікувальної гімнастики: дієта, масажних прийомів механічного дозованого впливу у вигляді тертя, тиску, вібрації.

Основними засобами профілактики порушень постави є правильна організація статико-динамічного режиму, який включає в себе повний спектр ситуацій, пов'язаних з регулюванням навантажень на опорно-руховий апарат дитини. По спрямованості ці дії можуть мати як пошкоджуючий характер (наприклад, тривале перебування в неправильних статистичних позах), так і лікувальний (фізична культура і спеціальна гімнастика).

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ПОРУШЕННІ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ МОЛОДОЇ ЛЮДИНИ (ЧОЛОВІКИ ВІКОМ 25–34 РОКІВ)

Павлюк О.
магістрант спеціальності «Фізична реабілітація»,
Інститут соціальних технологій Університету «Україна»
Адирхаєва Л.В.
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання
Університету «Україна»

Анотація. *Нервова система відповідає за роботу і взаємозв'язок всіх систем і органів людського організму. Вона об'єднує центральну нервову систему, що складається з головного і спинного мозку, і периферичну нервову систему, куди входять нерви, що відходять від головного і спинного мозку. Нервові закінчення забезпечують рухову активність і чутливість всіх ділянок нашого тіла. Окрема автономна (вегетативна) нервова система інвертує серцево-судинну систему і інші органи.*

Annotation. *Diseases of the nervous system are a wide and diverse field of pathologies of various etiologies and symptoms. This is because the nervo-*

us system is extremely branched, and each of its subsystems is unique. Most often, the dysfunction of the nervous system has a harmful effect on the functions of other internal organs and systems.

Всі захворювання нервової системи можна розділити на судинні, інфекційні, хронічно прогресуючі, спадкові та травматичні патології.

Судинні захворювання є надзвичайно поширеними і небезпечними. Вони часто ведуть до інвалідності або навіть смерті хворого. У цю групу входять порушення мозкового кровообігу гострого характеру (інсульти) і хронічно поточна судинно-мозкова недостатність, що стає причиною змін з боку мозку. Такі захворювання можуть розвиватися внаслідок гіпертонічної хвороби або атеросклерозу. Судинні захворювання нервової системи проявляються головним болем, нудотою і блювотою, зниженням чутливості і порушеннями рухової активності.

Інфекційні захворювання нервової системи розвиваються внаслідок патогенного впливу різних вірусів, бактерій, грибків і паразитів. Страждає переважно головний мозок, а периферична нервова система і спинний мозок уражаються рідше. Поширеними захворюваннями цієї групи є енцефаліти, малярія, кір та ін. Спадкові захворювання нервової системи поділяють на хромосомні (клітинні) і геномні. Найпоширенішим хромосомним захворюванням нервової системи є хвороба Дауна, а геномні патології вражають найчастіше нервово-м'язову систему. Характерними ознаками таких порушень є слабоумство, інфантильність, порушення ендокринної системи і рухового апарату.

Травматичні пошкодження нервової системи виникають внаслідок травми, забиття або здавлювання головного або спинного мозку. До них відносять струс мозку. Супроводжуючими симптомами є головний біль, розлади свідомості, нудота і блювота, втрата пам'яті, зниження чутливості і т.д. Серед поширених причин захворювань нервової системи знаходяться також забій головного мозку, пухлини в головному мозку або їх метастази, судинні порушення (тромбози, розриви або запалення), спадковість або хронічні прогресуючі захворювання (хвороба Альцгеймера, хорея, хвороба Паркінсона та ін.).

Неврологія значну увагу приділяє вивченню причин появи неврологічних захворювань та розладів нервової системи. Поки ще складно виділити всі фактори, що призводять до їх появи, але

основні причини їх виникнення все ж виділяють: стреси, нервове напруження, розумові перевантаження, постійне відчуття емоційного дискомфорту або тиску, порушений режим сна, хронічний недосип, відсутність нормального відпочинку і розвантаження, хронічна перевтома,втома, гіподинамія, недолік фізичної активності, малорухомий спосіб життя, неправильне харчування, нестача вітамінів в раціоні, вживання алкоголю, наркотичних засобів, спадкова схильність до деяких неврологічних захворювань.

Перераховані фактори збільшують ймовірність розвитку неврологічних захворювань, тому найкраща їх профілактика — це здоровий спосіб життя.

Список патології нервової системи досить великий, але провокуючі фактори в більшості випадків збігаються. Тому кожній людині, яка хоче зберегти фізичну і розумову активність на довгі роки, необхідно їх знати і уникати.

Сьогодні профілактика неврологічних захворювань стала ще більш актуальною. Високий рівень активності, фізична і розумова стомлюваність, стреси, перевантаженість інформацією, неправильний спосіб життя — все це створює передумови для розвитку патології нервової системи. Не завжди вдається уникнути факторів, що провокують розвиток неврологічних захворювань, але елементарних заходів профілактики все ж варто дотримуватися.

Як мінімум, необхідно правильно харчуватися, уникати прийому алкоголю, а тим більше — наркотичних засобів. Важливо підтримувати хоча б мінімальний рівень фізичної активності, проводити достатньо часу на свіжому повітрі.

Тому, правильно організовуючи своє життя і роботу, можна істотно знизити ймовірність появи захворювань нервової системи. Якщо все ж від провокуючих чинників позбутися неможливо, корисно буде своєчасно прийти на прийом до невролога і проконсультуватися, як уникнути проблем з нервовою системою.

ПОЄДНАННЯ РІЗНИХ ФОРМ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ ТА ОКРЕМИХ ВИДІВ МАСАЖУ ПРИ АРТРОЗІ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ

Пелех К.Г.
студент спеціальності «Фізична реабілітація», група ЗФР-71/16м,
*Науковий керівник: **Любенко В.О.**, к.мед.н.,*
доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання
Інституту соціальних технологій Університету Україна,
valerij111@email.ua
konstiantyn_pelekh@ukr.net

Анотація. *У даній роботі представлений аналіз сучасних тенденцій і підходів до лікування та реабілітації найбільш частих дегенеративно-дистрофічних захворювань — артроза колінного суглоба (гонартроз). Розглядається питання про можливість ефективного поєднання методів реабілітації.*

Annotation. *In this paper, an analysis of current trends and approaches to the treatment and rehabilitation of the most common degenerative-dystrophic diseases — arthrosis of the knee joint (gonorrhea). The question of the possibility of an effective combination of rehabilitation methods is considered.*

Гонартроз є поширеним захворюванням. По даними різних авторів частота цієї патології коливається від 30 до 50% серед всіх ортопедичних захворювань. Відомо, що ураження колінних суглобів зустрічається найбільш часто у 10% населення старше 55 років, що може призводити до інвалідності. Гонартроз досить часто зустрічається і у молодих працездатних людей, в тому числі у тих, хто займається спортом, активною трудовою діяльністю. Таким чином проблема ефективного лікування гонартроза набуває не тільки медико-соціальне, а й економічне значення.

Гонартроз — хронічне і прогресуюче захворювання колінного суглобу, при якому порушується метаболізм і структура суглобового хряща, що призводить до його дистрофії і деструкції. На більш пізніх стадіях захворювання руйнуються суглобові поверхні, з'являються остеофіти, визначаються порушення в організації субхондральної кісткової тканини.

Раніше основним методом лікування гонартроза, у більшості пацієнтів був оперативний метод. Однак варіабельність перебігу гонартрозу у кожного хворого дозволяє диференційно підходити до лікування цього захворювання, тим більше, що сучасна комплекс-

на терапія здатна значно уповільнити прогресування гонартрозу, впливаючи на патогенетичні механізми цього захворювання, знизити інтенсивність симптомів і таким чином полегшити його страждання [1, с. 4.]

Лікування та реабілітація хворих з дегенеративними захворюваннями суглобів має бути раннім, патогенетично комплексним і етапним. В зв'язку з цим сучасні підходи до лікування спрямовані на зменшення патологічної симптоматики за допомогою різних методів:

– неформокологічне лікування (наприклад, освітні програми, фізичні вправи, зміна способу життя, масаж, мануальна терапія);

– фармакологічні лікування (нестероїдні протизапальні препарати, хондропротектори, місцеве лікування);

– інвазивні методи лікування (наприклад, внутрішньосуглобова ін'єкція, артопластіка, корргірующая остеотомія і ендопротезування).

Поряд з лікуванням медикаментами обов'язково необхідна реабілітація, яка включає в себе лікувальну фізкультуру, масаж і фізотерапію, бальнео терапію, та методи кінезотерапії. Зараз з успіхом використовуються методи механотерапії, з використанням спеціальних тренажерів. Механотерапію використовують для відновлення і підтримання досягнутої амплітуди рухів у суглобі, розтягнення і поліпшення еластичності м'язів і зв'язок, відновлення їх сили і витривалості, тренування серцево-судинної і дихальної систем, підтримання загальної фізичної працездатності. Використовують маятникові і блокові механо — терапевтичні апарати. Наприклад апарат ARTROMOT 4K, CPM-апарат для розробки коліна Kinetec SPECTRA, пристрій для пасивної розробки колінного суглобу PERFORMA, пристрій для пасивної розробки колінного суглобу PRIMA XL та інші. Завдяки цим апаратам відкриваються нові можливості для реабілітації хворих на гонартроз, особливо в після операційний період.

Поряд з традиційними методами масажу, сегментно-рефлекторним масажем, успішно застосовується методи акупресури та японський масаж шиацу. Також, застосування таких методів, як гідромасаж та гідрокінезотерапия, дозволяє зняти з колінного суглоба зайве навантаження, що дуже позитивно впливає на відновленні функцій колінного суглоба.

В останній час для лікування гонартрозу застосовується метод ПІР (постізометрична релаксація). Це порівняно новий метод лікування та реабілітації якій передбачає активну взаємодію лікаря та хворого. Хворий не є пасивним під час процедури, він напружує та

розслабляє певні групи м'язів. А лікар в момент розслаблення м'язів пацієнта проводить розтягнення його м'язів, сухожиль та суглобів. Це має дуже позитивний ефект [3, с. 62].

Але найбільшу ефективність можна очікувати при поєднанні різних форм рухової активності та різних видів масажу з іншими методами реабілітації. Наприклад, механотерапія у басейні з теплою водою.

Ефективність фізичної реабілітації при захворюваннях суглобів визначають, окрім загально клінічних показників, за показниками збільшення амплітуди рухів і відновленням функцій суглобів і хребта, сили і витривалості м'язів, координації рухів, розвитком тимчасових і постійних компенсацій, стійкістю і тривалістю ремісії захворювання.[2, с. 352]

Література

1.Корж А.А. Диагностика и консервативное лечение заболеваний и повреждений опорно- двигательной системы: Справ.: В 8 кн. / А.А. Корж В.П. Черных, В.А. Филиппенко и др.// Кн. 2. Остеоартроз. — Х.: Основа, 1997. — 88 с.

2.Мухін В.М. Фізична реабілітація / В.М. Мухін — К.: НУВФСУ Олімпійська література, 2005. — 470 с.

3.Евдокименко П.В. Артроз. Избавляемся от болей в суставах / П.В. Евдокименко. — М.: Центрполиграф, 2009 — 224 с.,ил. — (Методики доктора Евдокимеко).

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІВЧАТ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ ХВОРИХ НА СКОЛІОТИЧНУ ПОСТАВУ

Петренко Т.В.
магістрант спеціальності «Фізична реабілітація»,
кафедра здоров'я людини і фізичного виховання Інституту соціальних технологій Університету «Україна»
Адирхаєва Л.В.
к. пед. н., доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання,
Інститут соціальних технологій Університету «Україна»
tansovis@gmail.com

Анотація. *У роботі наведено результати дослідження виховання правильної постави, організації рухового режиму. Детально викладені методики масажу та лікувальної гімнастики, що застосовуються з метою профілактики і лікування даної ортопедичної патології.*

Визначено ефективність лікувальної фізичної культури в поєднанні з іншими методами фізичної реабілітації: аквааеробікою, механотерапією, оздоровчим плаванням, масажем.

Annotation. *The paper presents the results of the study of correct posture education, the organization of motor regimen. Detailed methods of massage and therapeutic gymnastics used to prevent and treat this orthopedic pathology. The effectiveness of medical physical culture in combination with other methods of physical rehabilitation: aqua aerobics, mechanotherapy, wellness swimming, massage was determined.*

Актуальність теми. Порушення постави і сколіоз — найпоширеніші захворювання опорно-рухового апарату у дітей та підлітків. Число дітей з порушеннями постави варіює від 30% до 60%, а сколіоз вражає в середньому 10-15% дітей. За час перебування в початковій школі число хворих дітей збільшується в два рази, а перед закінченням школи порушення постави має вже кожен другий підліток.

При порушеннях постави погіршується функція дихання і кровообігу, ускладнюється діяльність печінки і кишечника, сповільнюються обмінні процеси, що призводить до зниження фізичної і розумової працездатності.

Така велика увага до цієї групи захворювань дозволяє розширити наші знання про причини виникнення і боротьби із хворобами хребта на більш високому рівні.

Мета дослідження: розробити ефективний комплекс методів фізичної реабілітації при сколіозі у дітей молодшого шкільного віку.

В роботі використано загальновідомі методи дослідження: теоретичний аналіз та обґрунтування даних спеціальної літератури, спостереження, ЛФК, масаж, гідротерапія, механотерапія, оздоровче плавання.

В результаті проведеного аналізу нами доведено, що фізичні вправи сприяють запобіганню порушень постави дітей молодшого шкільного віку.. Це зайвий раз доводить доцільність використання фізичних вправ в молодшому віці. При виявленні у обстежуваних відхилень в порушенні постави необхідно впроваджувати на уроках фізичної культури різні методики та вводити в школі додаткові години з предмету фізичного виховання. Раннє комплексне лікування дозволяє зберегти працездатність, попередити інвалідність. Навіть при наявності схильності організму до захворювань хребта їх

можна уникнути, якщо розробити навики правильної осанки і виконувати вправи, направлені на гармонійний розвиток опорно-рухового апарату. Одним із головних методів лікування неправильної осанки і захворювань хребта являється лікувальна фізкультура. Але ніяке лікування не може бути ефективним без усунення причини захворювання, і всі профілактичні заходи необхідно виконувати під час лікування.

При порушеннях постави і сколіозах особливого значення набуває плавання, що поєднує загартовуючу дію водного середовища з оптимальним фізичним навантаженням на опорно-руховий апарат. Використано різні вправи та ігри у воді з метою досягнення ефективного розвантаження хребта і м'язів тулуба від дії статичних гравітаційних сил. Доведено ефективність коригуючих занять з використанням різного роду підтримки і допоміжних засобів, котрі збільшують плавучість.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ДІТЕЙ ЗІ СКОЛІОТИЧНОЮ ПОСТАВОЮ

Плохова Ю.О.
студентка спеціальності «Фізична реабілітація»,
Інститут соціальних технологій Університету «Україна»
Адирхаєва Л.В.
кандидат педагогічних наук, доцент,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання
Університету «Україна»
Jaleks131@gmail.com

Annotation. *In recent decades, there has been a call for change among all stakeholders involved in scoliosis management. Parents of children with scoliosis have complained about the so-called «wait and see» approach that far too many doctors use when evaluating children's scoliosis curves between 10° and 25°. Observation, Physiotherapy Scoliosis Specific Exercises (PSSE) and bracing for idiopathic scoliosis during growth are all therapeutic interventions accepted by the 2011 International Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment (SOSORT). The standard features of these interventions are: 1) 3-dimension self-correction; 2) Training activities of daily living (ADL); and 3) Stabilization of the corrected posture. PSSE is part of a scoliosis care model that includes scoliosis specific education, scoliosis speci-*

fic physical therapy exercises, observation or surveillance, psychological support and intervention, bracing and surgery. The model is oriented to the patient.Diagnosis and patient evaluation is essential in this model looking at a patient-oriented decision according to clinical experience, scientific evidence and patient's preference. Thus, specific exercises are not considered as an alternative to bracing or surgery but as a therapeutic intervention, which can be used alone or in combination with bracing or surgery according to individual indication. In the PSSE model it is recommended that the physical therapist work as part of a multidisciplinary team including the orthopeadic doctor, the orthotist, and the mental health care provider — all are according to the SOSORT guidelines and Scoliosis Research Society (SRS) philosophy. From clinical experiences, PSSE can temporarily stabilize progressive scoliosis curves during the secondary period of progression, more than a year after passing the peak of growth. In non-progressive scoliosis, the regular practice of PSSE could produce a temporary and significant reduction of the Cobb angle. PSSE can also produce benefits in subjects with scoliosis other than reducing the Cobb angle, like improving back asymmetry, based on 3D self-correction and stabilization of a stable 3D corrected posture, as well as the secondary muscle imbalance and related pain. In more severe cases of thoracic scoliosis, it can also improve breathing function.

Одним з важливих показників здоров'я і розвитку дитини є постава. Поставою називають звичну позу невимушено стоячої людини, яку вона приймає без надмірного м'язового напруження. У випадках перевантаження одних і тих самих м'язових груп і їх стомлення порушується рівномірна тяга м'язів, що може призвести до зміни величини лордозу або кіфозу, бокового викривлення хребта. При частому повторенні цих станів вони фіксуються, що викликає порушення постави і тягне за собою перерозподіл м'язового тонусу, ослаблення м'язів, зниження ресорної функції хребта, зміни в діяльності головних систем організму. У дітей з порушеннями постави понижена життєва ємкість легенів, зменшена екскурсія грудної клітки і діафрагми, що несприятливо відбивається на діяльності серцево-судинної і дихальної систем. Порушенню нормальної діяльності органів черевної порожнини сприяє слабкість м'язів живота. Зниження ресорної функції хребта у дітей з плоскою спиною спричиняє постійні мікротравми головного мозку під час ходьби, бігу і інших рухів, що негативно позначається на вищій нервовій діяльності, супроводжується швидким настанням втоми, а нерідко і головними болями.

Відхилення від нормальної постави прийнято називати порушеннями, або дефектами постави. Порушення постави виявляється вже в у дітей раннього віку: у ясельному віці у 2,1%, в 4 роки у 15–17% дітей, в 7 років у кожної третьої дитини, в шкільному віці відсоток дітей з порушенням постави продовжує зростати і досягає 80–90% у віці 11–16 років, тобто у період посиленого росту кісток і статевого дозрівання.

Постава має нестійкий характер в період посиленого росту тіла дитини, що припадає на молодший шкільний вік. Це пов'язано з неодночасним розвитком кісткового, суглобово-зв'язкового апаратів і м'язової системи дитини. Кістки і м'язи збільшуються у довжині, а рефлекси статики ще не пристосувалися до цих змін. Створення загальноосвітніх шкіл нового типу веде до перевантажень дитячого організму через збільшення тривалості занять і об'єму навчального матеріалу. Сумарний об'єм знань, який отримують учні у сучасній українській школі набагато перевершує їх можливості його засвоєння, що веде до погіршення стану здоров'я дітей. Зокрема, це є причиною виникнення відхилень від нормальної постави. Вже через рік після початку навчання у школі кількість дітей з поганою поставою значно збільшується.

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. Необхідність їх застосування зумовлюється багатостороннім впливом на організм. Насамперед вони підвищують загальний тонус, активізують діяльність ЦНС, серцево-судинної, дихальної та інших систем організму, стимулюють обмінні процеси; забезпечують перерозподіл м'язового напруження, зміцнення м'язів, створення м'язового корсета. Систематичні заняття фізичними вправами тренують людину, сприяють виникненню і закріпленню нових умовних рефлексів, руйнують стереотип неправильного утримання тіла.

Література

1. Анатомия человека / под ред. М.Р. Сапина; в 2-х томах. — М.: Медицина, 1986. — 486 с.

2. Андрианов В.Л. Заболевания и повреждения позвоночника у детей и подростков / В.Л. Андрианов, Г.А. Багров. — Л.: Медицина, 1985. — 246 с.

3. Белая Н.А. Лечебная физкультура и массаж / Н.А. Белая. — М.: Советский спорт, 2004. — 176 с.

4. Белая Н.А. Руководство по лечебному массажу / Н.А. Белая. — М.: Медицина, 1983. — 287 с.

5.Scoliosis and Spinal Disorders 2016://doi.org/10.1186/s13013-016-0076-9&usg=ALkJrhiXtnZQK8lhGWs_VtKV3xcx_nOcow

ЛФК ДЛЯ ХВОРИХ З АМПУТОВАНИМИ КІНЦІВКАМИ

Посєдай Н.І.
Лікар вищої категорії, старший викладач кафедри здоров'я людини та соціального забезпечення Миколаївського міжрегіонального інституту розвитку людини ВНЗ Університету «Україна»
slava@slavaposeday.com

Анотація. *У тезах подано скорочена методика лікувально-фізкультурного комплексу навчання управління з протезом для людей з ампутованими кінцівками.*

Annotation. *The abstracts of the abstracts of the medical-physical training complex with the prosthetic management training for people with amputated limbs are given.*

Актуальність даної розвідки полягає в тому, що в даний час ми маємо багато ампутацій і поранень в зоні АТО та серед мирного населення, які потребують реабілітаційних заходах для того щоб повноцінно жити і працювати в сучасному світі.

Після ампутації кінцівок відбувається перебудова рухових навичок, розвивається компенсаторна пристосовуваність, можливості якої визначаються в великій мірі силою і витривалістю м'язової системи.

В зв'язку з цим важливу роль відіграє ЛФК як в формуванні культі так і в підготовці до первинного протезування і в навчанні користуванням протезом.

В ранньому після операційному періоді ЛФК спрямована на профілактику післяопераційних ускладнень, поліпшенні кровообігу культі, стимуляцію процесів регенерації, попереджена вираженою атрофією м'язів культи та зменшення больових відчуттів. Протипоказання: гострі запальні захворювання культі, загальний важкий стан хворого, висока температура тіла, небезпека кровотечі та інші ускладнення.

З 2–3-го дня після ампутації призначають загально-розвивальні вправи для здорових кінцівок, дихальні вправи, ізометричні напруження для збережених сегментів м'язів ампутованої кінцівки усічених м'язів, полегшення руху в вільних від іммобілізації в суглобах культі, вправи на розслаблення окремих м'язових груп.

З 5–6-го застосовують фактомну гімнастику (уявне виконання рухів в відсутньому суглобі).

Крім перерахованих вправ після ампутації верхніх кінцівок хворий може повертатися на бік, сідати, вставати без опори.

Після ампутації нижніх кінцівок при задовільному загальному стані з 3–4-го дня хворий може приймати вертикальне положення.

Лікувальна гімнастика направлена на тренування рівноваги та опорної здатності здорової ноги.

На ряду з загально-розвивальними вправами виконують рухи з навантаженням на здорову ногу, тренують вестибулярний апарат, додаються вправи в рівновазі.

При односторонній ампутації хворі навчаються ходити з двома милицями, при двосторонньому — самостійно пересідати в візок та пересуватися в ньому. Формування рухливих навиків виявляє позитивний вплив на психіку хворого та полегшує догляд за ним.

Після зняття швів ЛФК направлено на підготовку культі до протезування. Для цього необхідно відновити рухливість в проксимальному суглобі, нормалізувати тонус м'язів в культі, зміцнити м'язові групи провідних рухів в суглобі, підготувати вище розташовані сегменти кінцівки та тулуба до механічного впливу гільзи, кріплень та важелів протезів, вдосконалювати м'язово-суглобові відчуття та координацію сполучальних рухів та активного розслаблення, вдосконалювати форми рухомої компенсації.

Першочергове значення має відновлення рухомості в збережених суглобах ампутованої кінцівки.

По мірі зменшення болю, збільшення рухомості в збереженому суглобі до занять включають вправи для зміцнення м'язів культі.

При ампутації гомілки, наприклад, слід зміцнювати розгиначі колінного суглобу, при ампутації стегна — розгиначі та відвідні м'язи кульшово-стегнового суглобу.

В розвитку м'язово-стегнового відчуття та координації рухів має значення не лише сама вправа, а й методика її виконання.

Велика увага повинна приділятися відпрацюванню навиків, по самостійному обслуговуванню культі й за допомогою пристосувань,

найпростішим з яких є гумова манжета, яка надівається на культю. Під манжету встромлюється олівець, лапка, виделка.

Після ампутації кінцівки можливий розвиток дефекту постави. Тому необхідно використовувати корегуючи вправи, враховують характерні зміни постави. Після ампутації верхньої кінцівки відмічається зміщення надпліччя зі сторони ампутації вгору та вперед, а також розвиток крило — видних лопаток.

У методиці навчання повинна дотримуватися певна послідовність. На сам перед хворий повинен навчиться одягати і знімати протез.

При навчанні руху з протезами не менш важливе значення має вихідне положення тіла.

– верхня кінцівка;

так, на початку навчають, захоплення і утримування предметів стоячи, потім сидячи, з краю столу і безпосередньо зі столу.

– нижня кінцівка;

після постачання протезами нижніх кінцівок, необхідно приступити до навчання хворих руху на протезах. На всіх етапах навчання, пересування на протезах загальними завданнями є:

– адаптація до протезу,

– зміцнення м'язів таза і культі,

– навчання керування протезом,

– тренування орієнтації в просторі.

Поступово хворі опановують рух по похилій площині, повороти в русі, рух з подоланням перешкод, рух по сходах та пересічній місцевості.

ТЕХНОЛОГІЇ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗКУЛЬТУРИ ТА ВІДНОВЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ В СПОРТИВНОМУ ТРЕНУВАННІ

Пуча В.І.
заслужений тренер України,
професор кафедри здоров'я людини і фізичної реабілітації
Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»

Анотація. *Тези присвячено актуальній проблемі технології застосування лікувальної фізкультури та відновлення працездатності в спортивному тренуванні, охарактеризовано напрями цієї діяльності*

та наведено систему планування відновлювальних процедур з врахуванням спрямованості навантажень попереднього та майбутнього занять.

Annotation. *The thesis are devoted to the actual problem of technology of application of medical physical education and restoration of work ability in sports training, the directions of this activity are characterized and a system of planning of restorative procedures with the consideration of the direction of load of the previous and future occupations is given.*

Ефективність навчально-тренувального процесу залежить не тільки від його обсягу, інтенсивності і напруженості, але і від його структури, тобто чергування тренувальних навантажень і відпочинку. Більш детальний облік та аналіз основних параметрів підготовки дає можливість об'єктивно і конкретно підбирати рекомендації щодо організації і проведення відновлювальних заходів. Підбір різних відновлювальних засобів необхідно варіювати в залежності від різноманіття завдань тренувального процесу в кожному виді спорту. Виділяють три основних напрямки використання засобів керування працездатністю і відновлювальними процесами.

1) Перший напрямок полягає в найшвидшому усуненні стомлення, що є наслідком виконаної роботи. При такому підході вдається інтенсифікувати виконання окремих тренувальних вправ, скоротити паузи між вправами, підвищити сумарний обсяг тренувальної роботи в заняттях за визначений проміжок часу, що дозволяє збільшити кількість занять з великими навантаженнями, які включаються в мікроцикл.

Спрямоване використання відновлювальних засобів, органічно пов'язане з величиною і характером навантажень у тренувальних заняттях, дозволяє на 10–15% збільшити обсяг тренувальної роботи в ударних мікро циклах при одночасному поліпшенні якості роботи.

Систематичне використання відновлювальних заходів у першому напрямку сприяє приросту сумарного обсягу тренувальної роботи, спеціальних фізичних якостей і спортивних результатів, підвищує функціональні можливості систем енергозбереження. При цьому варто враховувати, що застосування засобів прискорення відновлювальних процесів найбільше доцільно в процесі навчально-тренувальних занять, спрямованих на удосконалення тактичних дій і техніки виконання складно координаційних рухів, розвиток і підвищення спринтерських якостей.

Прискорювати процеси відновлення після тренувальних вправ і окремих занять потрібно диференційовано, з урахуванням спрямованості їхнього впливу та особливостей наступної адаптації. Якщо, наприклад, спортсмен виконує навантаження зі спрямованістю на інтенсифікацію процесів адаптації, пов'язаних з удосконаленням анаеробних і аеробних механізмів енергозабезпечення, що протікають і під час тренування, і у відновлювальний період, то використання для усунення стомлення засобів відновлювання в процесі занять вважається недоцільним.

2) Другий напрямок використання відновлювальних засобів засновано на можливості впливу на ланки функціональних систем, що найменш задіяні у виконанні даного тренувального заняття, однак у наступних тренуваннях до них будуть пред'явлені максимальні вимоги. Прискорене виборче відновлювання цих функціональних систем підготовляють їх до наступного заняття, у якому найбільший обсяг фізичного навантаження повинний забезпечуватися за рахунок граничної напруги найменш навантажених на попереднім занятті систем організму.

Доцільно застосовувати в цьому напрямку відновлювальні засоби, що володіють вибірковою дією. Вони повинні прискорювати відновлення працездатності, пов'язаної з аеробними механізмами енергозабезпечення, і в той же час підсилювати стомлення, викликане заняттям, у якому виконувалася робота анаеробної спрямованості. Найбільш раціонально призначити відновлювальні процедури в найближчий період, що настає відразу після завершення тренувального заняття. У цьому випадку спостерігається підвищення обсягу і якості тренувального навантаження в наступному занятті.

Спрямованість	**Відновні засоби**	**Спрямованість другого заняття**
Швидкісно-силова	Тепла евкаліптова ванна. Опромінення видимими променями синього спектру.	Аеробна
Аеробна	Киснева ванна Тонізуюче розтирання Аеронізація	Анаеробна
Анаеробна	Вуглекисла ванна Гідромасаж Ультрафіолетове опромінення	Аеробна

3) Третій напрямок застосування засобів відновлення припускає попередню стимуляцію працездатності спортсменів перед початком тренувального навантаження. При цьому активізується діяльність функціональних систем, що приймають основну участь у роботі, підвищуючи її обсяг і інтенсивність. Така стимуляція поліпшує загальне самопочуття спортсмена, усуває залишкові явища недовідновлення після попередніх занять.

При цьому переважна спрямованість впливу відновлювальних заходів, використовуваних з метою попереднього стимулювання працездатності організму спортсмена, повинна збігатися зі спрямованістю майбутнього тренувального заняття і проводитися у віддалений відновлювальний період після попереднього заняття.

Варто підкреслити, що характер фізіологічних зрушень в організмі спортсменів під впливом відновлювальних заходів, проведених перед початком тренувального заняття, повинний відповідати змінам, що виникають у ході самого заняття, відрізняючись лише кількісними величинами, обумовленими обсягом і інтенсивністю виконання тренувальної роботи. Особливо ефективне використання відновлювальних засобів для попередньої стимуляції працездатності спортсменів з метою підвищити швидкісно-силові якості і спеціальну витривалість, а також перед змаганнями у видах спорту, що вимагають переважного розвитку цих рухових якостей.

COMMUNICATION PECULARITIES WITH PATIENTS AWAKENING AFTER COMA

Liuda Radzevičienė, Lina Miliūnien
Professor, Deparment Health and Social Welfare Studies of Šiauliai University, Lithuania
raliuda@gmail.com
Lecturer, Deparment Health and Social Welfare Studies of Šiauliai University, Lithuania
lina.miliuniene@su.lt

Annotation. *The article presents the results of the pilot research, which reveals the communication in a family taking care of their adult children after awakening from coma. Analysing the results of family communication and coping with stress qualitative research was applied. The results show that*

family members taking care about their adult children awakening after coma experience a different level of stress. Communication peculiarities reflect the lack of communication skills. The ways to cope with stress in the communication process are individual and based on self-realization and meeting of emotional needs of the family.

Introduction. A traumatic brain injury can happen to anyone at any stage of life and it does not just affect individuals only. Due to modern technologies in medicine, significant number of persons that experienced TBI continues their life in other dimension. Mostly all scientists agree that after survival and awakening from coma these persons may experience serious long-term consequences and substantial costs associated with it (Tiesman, Konda, & Bell, 2011, cit. DeBaillie, 2014).

The problem of target group (families who take care about their family members who are awakening from coma after traumatic brain injury) is illustrated by statistic data. In Lithuania cranium and brain injuries happen more often than injuries of other human body parts and these injuries make up 1/3 id est 25–50% of all traumas. Every year the number of people who experience trauma is increasing and brain trauma is common at the age from 20 to 59. In 2010 the number of brain injuries was 123,1/100 000 of people, but mortality decreased to 11,3/100 000 of people. The frequencies of men's traumas are higher than those of women. From those who have experienced moderate brain trauma 7% dies, 70% suffers from neurological impairments. Statistic says that after severe brain injuries mortality is about 58% and 100% suffers from neurological conditions. New cases of disability each year are set up in 45/100000 of population (Lietuvos sveikatos statistika, 2012. Higienos instituto Sveikatos informacijos centras). There are no exact data how many people after TBI were in coma state. Usually after survival they are listed as patients with TBI. However, many of the patients with TBI were not in coma status, so the outcomes could be different. People awakening after coma face with serious changes in psychomotor functioning that create additional concern about their social integration and participation.

Long-term effects may include cognitive, physical, and emotional deficits. Cognitive deficits may include memory loss, concentration issues, or having a hard time solving problems. The analysis of the scientific literature (Fyrberg, 2013; Anderson, Parmenter & Mok, 2009; McDonald, Togher & Code, 2013) shows that those communication problems after traumatic brain injuries (TBI) are common mostly to all target groups. Mainly four categories cause problems of communication ability.

The ability to communicate openly and honestly, directly expressing emotions both positive and negative and recognition of their own and whole family's emotional needs is the second condition for creating friendly communication environment. If a family demonstrates characteristics of flexibility and open communication, then it is possible that, after crisis of a family member's brain injury, a family can grow in strength through its way of dealing with it (Kolakowsky-Hayner et al., 2011).

Object of the research**: stress in communication of families who are taking care about their adult children after coma awakening.**

Methodological issues and methods of the research: Research methodology is based on the issues of Theory of Reasoned Action (Ajzen & Fishbein 1980, cit. S. Sutton, 2002) describing social-psychological research on attitudes and the attitude-behaviour relationship. Empiric data were collected using open questionnaires designed according to the analysis of scientific literature (Lequerica & Neumann, 2010, Fyrberg, 2013, DeBaillie & Kosciulek, 1994) compounding three main semantic blocks. Applying qualitative type of research communication peculiarities between parents and family members awakening from coma were revealed analyzing: 1) level of parents' stress; 2) activities that help family members to cope with stress; 3) ways to solve communication problems. Research data were processed using the method of content analysis. Results of the research mostly reflect the tendencies of the analysed phenomenon because of too small sample. The data were collected in June-August 2016 during therapeutic riding sessions in which parents take their young adult children for rehabilitation sessions through applied physical activity. Parents were asked to think and answer the questions during one month. **Sample of the research:** 14 parents of young adults awakening after coma who were at the age of 42 to 63 years.

Conclusions: We can talk about the tendencies, which were carried out in the research:

1. Parents taking care about their adult children awakening from coma live in the situation of permanent stress state that reflects and influences communication processes within all family members. At any age the situation of child's disability, even if the child is already a young adult, provoke experiencing long-term stress for parents. Older parents experienced more stress (in eight cases) than younger ones.

2. It was revealed that parents have no particular ways to cope with stress. Mostly they are connected with everyday life routine. Cultural activity was mentioned more often than other ones as a way to cope with stress for both women and men. Travelling reflects a couple's need to

change everyday routine, experiences and different emotional situations that could help to cope with problems.

3. Couples use different ways to solve communication problems in the family. The respondents indicated three categories of communication: constructive dialogues, way of persuasion, ignoring communication problems. Most of the respondents mentioned the way of persuasion in the solving of communication problems in a couple's interrelationship.

References

1. Cohen, S., Kamarck, T., and Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior, 24, 386–396. Cohen, S. & Williamson, G. Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. Spacapan, S. & Oskamp, S. (Eds.). The Social Psychology of Health. Newbury Park, CA: Sage, 1988.

2. DeBaillie, A.M., The Effects of Traumatic Brain Injury on Families. (2014). Research Papers. Paper 552. (Retrieved from http://opensiuc.lib.siu.edu/gs_rp/552/11.09.2016)

3. Fyrberg E. (2013). Communication after traumatic brain injury in adolescence: A single subject comparative study of two methods for analysis. Journal of Interactional Research in Communication Disorders, VOL 4, NO 2 (2013); DOI: 10.1558/jircd.v4i2.157

4. Foster A. M., Armstrong J., Buckley A., Sherry J., Young T. & Foliaki S. (2012). Encouraging family engagement in the rehabilitation process: a rehabilitation provider's development of support strategies for family members of people with traumatic brain injury. Journal Disability and Rehabilitation. Vol. 34, 2012 — Issue 22.P. 1855-1862 | Accepted 19 Jan 2012, Published online: 10 Apr 2012. http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2012.670028 (Retrieved from http://www.tandfonline.com/ doi/abs/10.3109/09638288.2012.670028/02.09.2016)

5. Kosciulek, J. F. (1994). Relationship of family coping with head injury to family adaption. Rehabilitation Psychology, 39(4), 215–230. doi:10.1037/h0080325

6. Kolakowsky-Hayner, Miner K., Kreutzer D. & Jeffrey S. (2011). Long Term Life Quality and Family Needs after Traumatic Brain Injury. Journal of Head Trauma Rehabilitation. Vol. 16(4) P. 374-385. (Retrieved from http://journals. lww.com/ headtraumarehab/ Abstract/2001/08000/ Long_Term_ Life_Quality_and_Family_Needs_After.7.aspx/26.09.2016)

7. Kreutzer J. S., Gervasio A. H. & Camplair P. S. (2009). Primary caregivers' psychological status and family functioning after traumatic brain injury. P. 197-210 | Received 25 Jan 1993, Accepted 06 Apr 1993, Published online: 03 Jul 2009. http://dx.doi.org/10.3109/02699059409150973 (Retrieved from http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/02699059409150973?src=recsys/16.11.2016)

8. Lequerica A., Neumann D. (2010). Cognitive Problems after TBI adapted from Picking up the pieces after TBI: A guide for Family Members, by Angelle

M. Sander, PhD, Baylor College of Medicine (2002). Copyright © 2010 by University of Washington MSKTC. (Retrieved from http://www.brainline.org/content/2010/03/cognitive-problems-after-traumatic-brain-injury_pageall.html/11.10.2016)

9. Lietuvos sveikatos statistika (2012). Higienos instituto Sveikatos informacijos centras.

10. McDonald S., Togher L. & Code Ch. (2013). Social and Communication Disorders Following Traumatic Brain Injury. Psychology Press, 2013. (Retrieved from https://books.google.lt/books?hl=lt&lr=&id=EztJAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=psychology+of+communication+After+brain+injury+in+families&ots=kROKFpebmA&sig=BofOfMt8PyXrK3oSw0s1CkkeLmQ&redir_esc=y#v=onepage&q=psychology%20of%20communication%20After%20brain%20injury%20in%20families&f=false /11.10.2016)

11. Ponsford J., Sloan S& Snow P. (2012). Traumatic Brain Injury: Rehabilitation for Everyday Adaptive Living. Psychology Press, 2012-07-12 — 414 p. (Retrieved from https://books.google.lt/ books?id=tHKePgdWyHgC&dq=psychology+of+communication+After+brain+injury+in+families&lr=&hl=lt&source=gbs_navlinks_s/08.09.2016)

12. Ponsford J., Olver J., Ponsford M. & Nelms R. (2009). Long-term adjustment of families following traumatic brain injury where comprehensive rehabilitation has been provided. Brain Injury Vol.8 (3). Pages 453-468 (Retrieved from http://www. tandfonline.com/doi/abs/ 10.1080/ 0269905031000070143/ 01.11.2016)

13. Smith, M. A., Melinda, Segal, M. A. Robert, Robinson Lawrence & Segal Jeanne (2016). Improving Mental and Emotional Health (Retrieved from http://www.helpguide.org/articles/emotional-health/improving-emotional-health.htm/09.06.2016)

14. Sutton S. (2002). Health Behavior: Psychosocial Theories. University of Cambridge UK (Retrieved from http://userpage.fu-berlin.de/~schuez/folien/Sutton.pdf/20.09.2016).

ВИКЛИКАНА АКТИВНІСТЬ КОРИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ В ОСІБ ІЗ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВИМИ ТРАВМАМИ

Романюк А.П.
асистент кафедри фізичної реабілітації та соціального забезпечення
Луцького інституту розвитку людини Університету «Україна»
romaniuk.alona89@gmail.com

Анотація. *Вивчено особливості викликаної активності кори головного мозку в здорових осіб та осіб, які перенесли черепно-мозкові травми. Встановлено статистично вищі значення латентності та*

нижчі значення амплітуди викликаних потенціалів кори головного мозку в осіб, перенесених черепно-мозкові травми, порівняно із здоровими особами.

Annotation. *The peculiarities of the caused activity of the cerebral cortex in healthy persons and persons suffering from craniocerebral trauma were studied. The statistically higher values of latency and lower values of the amplitude of the induced cortical brain potentials in persons suffering from craniocerebral trauma have been established, as compared to healthy individuals.*

Різноманітні типи перебігу травматичної хвороби головного мозку та широкий діапазон віддалених наслідків черепно-мозкової травми зумовлює необхідність удосконалення підходів до їх діагностики та лікування. Одним із інформативних методів вивчення викликаної активності кори головного мозку є методика викликаних потенціалів (ВП) [1, 3].

Реєстрація викликаних потенціалів дозволяє отримати інформацію про локалізацію та ступінь ураження навіть за відсутності чітких клінічних проявів, тобто виявляти ще на ранніх додементних стадіях ознаки значущих порушень показників когнітивних функцій. В якості чутливого індикатора функціонального стану ЦНС застосовують «пов'язаний з подіями» когнітивний потенціал Р300, який пов'язаний з процесами розпізнання, запам'ятовування, порівняння стимулу, прийняттям рішення. В даний час методика Р300 включена в рекомендовані методи обстеження ВП для клінічного використання Міжнародною і Американською асоціацією клінічних нейрофізіологів [2, 4].

В ході обстеження було встановлено статистично значиму різницю амплітудно-часових характеристик викликаної активності кори головного мозку в здорових осіб та осіб, які перенесли черепно-мозкові травми. Встановлено статистично вищі значення латентного періоду, як середніх так і пізніх компонентів викликаних потенціалів кори головного мозку під час сприйняття та обробки інформації, порівняно із здоровими особами.

Значення латентності компонента N2, мс в тім'яних ділянках кори становило в здорових осіб — 201,8 ± 4,7 та 302 ± 17,68, при $p < 0,05$ в осіб, з черепно-мозковими травмами. Латентність Р3, мс становила в здорових осіб в тім'яних відділах кори — 276 ± 6,61 та осіб із черепно-мозковими травмами — 384 ± 21,07, при $p < 0,05$.

Значення амплітуди N2-P2, мкВ в здорових осіб та осіб з черепно-мозковими травмами складали — 4,5 ± 0,52 та 1,37 ± 0,83, при p

< 0,05, відповідно. А також амплітуда Р3-N3, мкВ в здорових осіб та осіб з черепно-мозковими травмами становила — 5,16 ± 0,68 та 3,26 ± 0,42, при $p < 0,05$.

Таким чином, подовження латентних періодів середніх компонентів викликаних потенціалів свідчить про порушення відповіді кори на аферентний потік від неспецифічних та асоціативних ядер таламуса, ядер стріарного комплексу і порушення обробки інформації в асоціативних зонах зорової кори та на межі скроневої та тім'яної ділянок кори. Також встановлено подовження латентних періодів пізніх компонентів викликаних потенціалів, які відображають первинну когнітивну відповідь кори на аферентний потік від неспецифічних систем.

Оцінюючи виявлені порушення у вигляді збільшення латентності когнітивного комплексу Р300 та зниження амплітуди слід відзначити, що вони не тільки можуть бути ознаками когнітивних порушень, що формуються, але й відображати зміни, пов'язані з вираженістю процесів гальмування.

Збільшення латентності когнітивного комплексу Р300 і зниження амплітуди Р300 розглядається як чутливий індикатор когнітивних порушень, які пов'язані з ускладненням процесів диференціювання і розпізнавання сигналів, порушенням механізмів оперативної пам'яті і направленої уваги.

Використання когнітивних ВП відкривають нові можливості для отримання більш глибоких знань в патофізіологічних механізмах і виявлення профілю когнітивних розладів при захворюваннях та травмах головного мозку. У перспективі це приведе до кращого розуміння когнітивної системи і вкладу церебральних структур у формування пізнавального дефіциту, уваги і порушення пам'яті.

Література

1. Алёшина Е.Д. Когнитивный вызванный потенциал Р300: методика, опыт, применения, клиническое значение / Е.Д Алёшина, Н.Н. Коберская, И.В. Дамулин // Журнал неврологии и психиатрии, 2009. — №8. — С. 77–84.

2. Муравський А.В. Показники когнітивних викликаних потенціалів (Р300) у боксерів з повторними легкими черепно-мозковими травмами / А.В. Муравський, Л.Л. Чеботарьова, О.С. Солонович // Зб. наук. праць співробіт. НМАПО імені П.Л. Шупика, 2014. — №23 (2). — С. 234–241.

3. Кузнєцов А.А. Особливості електроенцефалографічного патерну у хворих на мозковий ішемічний інсульт залежно від клініко-завершення гострого періоду захворювання / А.А. Кузнєцов // Актуальні питання

фармацевтичної і медичної науки та практики. — Запоріжжя, 2013. — №2 (12). — С. 54–57.

4. Piotr Lesiakowski, Wojciech Lubi ski, Teresa Zwierko. Analysis of the Relationship Between Training Experience and Visual Sensory Functions in Athletes from Different Sports. 2017, DOI: https://doi.org/10.1515/pjst-2017-0012.

СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА МАСАЖ ТА ЛФК В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ СКОЛІОЗУ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

Рохас М.М.
викладач кафедри здоров'я людини
та фізичного виховання Університету «Україна»

Анотація. *В тезах представлено інформацію про комплексну реабілітацію дітей та підлітків зі сколіозом. Всебічно висвітлено особливості хвороби. Консервативне лікування сколіозу включає ортопедичний режим, масаж, коригуючу гімнастику, фізіотерапію, носіння ортопедичного корсета. Іноді проводиться хірургічна корекція сколіозу. Масаж при сколіозі — найбільш ефективний метод лікування цього захворювання*

Annotation. *The theses provide information on complex rehabilitation of children and adolescents with scoliosis. The features of the disease are comprehensively highlighted. Conservative scoliosis treatment includes orthopedic treatment, massage, corrective gymnastics, physiotherapy, orthopedic corset wearing. Surgical correction of scoliosis is sometimes performed. Massage with scoliosis is the most effective method of treating this disease.*

Сколіоз у дітей — це стійка деформація хребетного стовпа, що характеризується його викривленням одночасно у трьох площинах і проходить його скручування боковим відхиленням і торсією. Захворювання супроводжується асиметричним положенням плечей, лопаток та інших кісткових орієнтирів, перекосом таза, деформацією грудної клітки, порушеннями з боку внутрішніх органів.

Масаж при сколіозі — найбільш ефективний метод лікування цього захворювання. При призначенні масажу лікар враховує вік, фізичний стан пацієнта і складає індивідуальну програму масажу.

Основні завдання курсу масажу при сколіозі: нормалізація м'язового тонусу; зміцнення скелета м'язів; поліпшення трофіки; забезпечення стабілізації відчуття втоми, поступового його зменшення; усунення больових відчуттів; корекція і виправлення хребта і всього тіла.

При виконанні процедури масажу треба звернути увагу на гіпертонус одних м'язів та міодистрофію інших. На ділянці гіпертонусу м'язів масажні рухи покликані зняти напругу зі спазмованих м'язів, розслабити їх. Тут застосовуються такі прийоми: погладжування, легка вібрація і плавні рухи уздовж м'язових волокон. Поздовжні м'язи спини, які розташовані паралельно хребту, обережно масажуйте, рухаючись вертикально уздовж їх розташування.

Міодистрофію потрібно компенсувати збільшенням тонусу м'язів. З цією метою в зоні розтягнутих м'язів використовувати такі прийоми: розтирання, постукування, розминка і вібрація.

Масаж і лікувальна гімнастика повинні проводитися комплексно. В першу чергу необхідно розігріти і розслабити м'язи. Потім зміцнити їх вправами. В іншому разі ефект від масажу буде значно меншим.

ЛФК, як і массаж, при сколіозі у дітей дозволяє ефективно боротися із захворюванням на ранніх стадіях. Юний хребет ще дуже пластичний і застосування лікувальної фізкультури допоможе наростити м'язовий корсет і виправити поставу. ЛФК може використовуватися на всіх стадіях захворювання, але значний ефект досягається на перших двох. Для кожного хворого вправи для лікування сколіозу підбираються в індивідуальному порядку. Лікувальний комплекс повинен виконуватися на регулярній основі, але протягом невеликого проміжку часу: у дітей молодшого шкільного віку розминка не повинна перевищувати 10-15 хвилин, у підлітків — 20–30 хвилин. Всі вправи необхідно виконувати поволі, але з хорошою напругою м'язів.

Розминка полягає в розігріві і розвантаженні хребта. Після розминки переходять до основного курсу. Потрібно поволі переходити від простих вправ до більш складних з використанням розсіювання навантажень (чергування вправ для різних груп м'язів: в/к та н/к; спини та черевного пресу; шиї та грудних м'язів), а також використовувати дихальні вправи після інтенсивних навантажень.

НЕТРАДИЦІЙНІ МЕТОДИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ

Рязанова І.К.
студентка III курсу напряму підготовки «Здоров'я людини»
Полтавського інституту економіки і права
ryazanovairishka@mail.ru
*Науковий керівник: **Гета А.В.**, дк. н. з фіз. вих. і спорту,*
доцент кафедри фізичної реабілітації та фізичного виховання
Полтавського інституту економіки і права
Університету «Україна»
avg2901ne@gmail.com

Анотація. *Стаття висвітлює вивченню особливості проведення реабілітаційних заходів із дітьми з затримкою психічного розвитку. Розглянуті, проаналізовані й узагальнені дані наукової та методичної літератури щодо виникнення і прояву затримки психічного розвитку дітей, доцільності застосування засобів і методів фізичної реабілітації під час роботи з такими дітьми. Визначено доцільність і особливості застосування нетрадиційних засобів і методів психофізичної реабілітації.*

Annotation. *This article is devoted to investigation of the peculiarities of rehabilitation activities conduction in psychologically retarded children. It deals with analyses and generalization of special scientific and methodological literature data concerning the reasons of origin and mani-festation of children psychological retardation, application of means and methods of physical rehabilitation in the process of work with such children has been grounded. Grounding and peculiarities of application of non-traditional means and methods of psychophysical rehabilitation has been defined.*

Сьогодні в Україні спостерігається тенденція до збільшення кількості дітей, які мають відхилення у психічному і фізичному розвитку. Значний відсоток серед них займають діти із затримкою психічного розвитку. Це викликає потребу у проведенні досліджень проблеми впливу різноманітних немедикаментозних засобів корекції на психічний і функціональний стан їх організму й максимально можливого відновлення їх розумової та фізичної працездатності [1].

При затримці психічного розвитку дитини характерні порушення, що виявляються у зниженні психічної витривалості, працездатності, пізнавальної активності, емоційно-вольових розладах, нестійкості уваги й у недоліках пам'яті, сенсомоторної координації [1, 2].

Ураховуючи складність захворювань, поруч із традиційними методами застосовують нестандартні методи та підходи в реабілітації дітей із ЗПР. Поєднання альтернативних і традиційних методів реабілітації дозволяють отримувати ефективніші результати. Серед них розглянуті такі альтернативні методи фізичної реабілітації: дельфінотерапія, іпотерапія, музикотерапія, інтегративна танцювально-рухова терапія і піскова терапія.

Метод дельфінотерапії — це медико-психологічний комплекс, що складається з діагностичного та корекційного блоків. В основу методу покладена сонофоретичну модель, коли дельфін виступає як природний ультразвуковий сонар, під впливом якого відбувається позитивна стимуляція ЦНС і внутрішніх органів пацієнта.

Іпотерапія — визнаний засіб впливу, що реабілітує хворих із соматичними, психічними захворюваннями.

Музично-ритмічна діяльність зміцнює та вдосконалює руховий апарат дитини, формує точність, ритмічність рухів, сприяє вдосконаленню просторових уявлень. Музичний ритм регулює діяльність нервової системи, викликає рефлекторне засвоєння ритму життєдіяльності організму, створює бадьорий настрій, виховує активну увагу. Основне завдання танцювальної терапії — пробудження до виразного спонтанного руху, завдяки якому відбувається розвиток рухливості не тільки фізичної, але й емоційної та чуттєвої [3].

Піскова терапія — одна з найцікавіших психоаналітичних методик, яка застосовується в дитячій і дорослій практиці. За її допомогою є можливість зазирнути у глибину підсвідомості людини, виявити проблеми та коригувати їх. Це можливість творчого самовираження й активізація прихованих резервів людини. Для дитини — це ігровий, веселий спосіб, який не потребує напруження для того, щоб розказати про свої проблеми, показати свої страхи, перемогти емоційне напруження.

Ігри на піску — одна з форм природної діяльності дитини. Гра на піску позитивно впливає на емоційне самопочуття дітей і дорослих. Це робить його прекрасним засобом для розвитку та саморозвитку дитини [1, 4].

Висновки:

1. Затримка психічного розвитку виявляється як у повільному темпі дозрівання емоційно-вольової сфери, так і в інтелектуальній недостатності. У всіх дітей із ЗПР спостерігаються порушення пам'яті, причому це стосується всіх видів запам'ятовування: мимовільного й довільного, короткотривалого та довготривалого.

Відставання в розумовій діяльності та особливості пам'яті найбільш яскраво виявляються під час вирішення завдань, пов'язаних такими компонентами розумової діяльності як аналіз, синтез, узагальнення й абстрагування.

2. Для дітей із ЗПР дуже важливим моментом у розвитку є рання сенсорна інтеграція, яку можливо забезпечити за допомогою сеансів лікувального та профілактичного масажу. Масаж поєднують із фізичними вправами, які сприяють поетапному (віковому) розвитку психомоторики, психічних і рухових навичок.

3. Ураховуючи складність захворювань, поруч із традиційними методами застосовують нестандартні методи та підходи в реабілітації дітей із затримкою психічного розвитку, зокрема дельфіно- та іпотерапію, танцювальну та піскову терапію. Поєднання альтернативних і традиційних методів реабілітації дозволяють отримувати більш ефективні результати.

Література

1. Гета А.В. Коррекция физического и эмоционального состояния детей 6–7 лет с миопией средствами плавания в процессе адаптивного физического воспитания [монографія] / А.В. Гета. — Saarbrucken, Lambert Academic Publishing, 2014. — 244 с.

2. Грушко В.С. Основи здорового способу життя для всіх і кожного (навчальний посібник з курсу «Валеологія») / В.С. Грушко. — Тернопіль, 1999. — 368 с.

3. Класифікація психічних і поведінкових розладів: клінічний опис і вказівки по діагностиці. — 2-е вид. — К.: Сфера, 2005. — 308 с.

4. Шапкова Л.В. Подвижные игры для детей с нарушениями в развитии / Л.В.Шапкова — С-Пб.: Детство-пресс, 2005. — 160 с.

ТЕХНОЛОГІЇ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКУВАЛЬНОЇ ФІЗКУЛЬТУРИ ТА ВІДНОВЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ В СПОРТИВНОМУ ТРЕНУВАННІ

Савчук О.І.
старший викладач кафедри здоров'я людини і фізичної реабілітації
Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»

Анотація. *Систематичне використання відновлювальних заходів у першому напрямку сприяє приросту сумарного обсягу тренувальної роботи, спеціальних фізичних якостей і спортивних результатів, під-*

вищує функціональні можливості систем енергозбереження. Характер фізіологічних зрушень в організмі спортсменів під впливом відновлювальних заходів, проведених перед початком тренувального заняття, повинен відповідати змінам, що виникають у ході самого заняття, відрізняючись лише кількісними величинами, обумовленими обсягом і інтенсивністю виконання тренувальної роботи. Особливо ефективне використання відновлювальних засобів для попередньої стимуляції працездатності спортсменів з метою підвищити швидкісно-силові якості і спеціальну витривалість, а також перед змаганнями у видах спорту, що вимагають переважного розвитку цих рухових якостей.

Annotation. *The systematic use of restorative measures in the first direction promotes the increase of total volume of training work, special physical qualities and sporting results, increases functional possibilities of the systems of energy-savings. Character of physiological changes is in the organism of sportsmen under the influence of the restorative measures conducted before the beginning of training, must correspond the changes that arise up during training itself, differing only in the quantitative sizes conditioned by the volume and intensity of implementation of training work. The use of restorative facilities for previous stimulation of capacity of sportsmen with the aim to increase speed-power qualities and special endurance, and also before the competitions in the kinds of sport, which require repressing development of these qualities is especially effective.*

Ефективність навчально-тренувального процесу залежить не тільки від його обсягу, інтенсивності і напруженості, але і від його структури, тобто чергування тренувальних навантажень і відпочинку. Більш детальний облік та аналіз основних параметрів підготовки дає можливість об'єктивно і конкретно підбирати рекомендації щодо організації і проведення відновлювальних заходів. Підбір різних відновлювальних засобів необхідно варіювати в залежності від різноманіття завдань тренувального процесу в кожному виді спорту. Виділяють три основних напрямки використання засобів керування працездатністю і відновлювальними процесами.

1) Перший напрямок полягає в найшвидшому усуненні стомлення, що є наслідком виконаної роботи. При такому підході вдається інтенсифікувати виконання окремих тренувальних вправ, скоротити паузи між вправами, підвищити сумарний обсяг тренувальної роботи в заняттях за визначений проміжок часу, що дозволяє збільшити кількість занять з великими навантаженнями, які

включаються в мікроцикл. Спрямоване використання відновлювальних засобів, органічно пов'язане з величиною і характером навантажень у тренувальних заняттях, дозволяє на 10–15% збільшити обсяг тренувальної роботи в ударних мікро циклах при одночасному поліпшенні якості роботи.

Систематичне використання відновлювальних заходів у першому напрямку сприяє приросту сумарного обсягу тренувальної роботи, спеціальних фізичних якостей і спортивних результатів, підвищує функціональні можливості систем енергозбереження.

2) Другий напрямок використання відновлювальних засобів засновано на можливості впливу на ланки функціональних систем, що найменш задіяні у виконанні даного тренувального заняття, однак у наступних тренуваннях до них будуть пред'явлені максимальні вимоги. Прискорене виборче відновлювання цих функціональних систем підготовляють їх до наступного заняття, у якому найбільший обсяг фізичного навантаження повинний забезпечуватися за рахунок граничної напруги найменш навантажених на попереднім занятті систем організму.

Доцільно застосовувати в цьому напрямку відновлювальні засоби, що володіють вибірковою дією. У цьому випадку спостерігається підвищення обсягу і якості тренувального навантаження в наступному занятті.

Планування відновлювальних процедур з врахуванням спрямованості навантажень попереднього та майбутнього занять

Спрямованість	Відновні засоби	Спрямованість другого заняття
Швидкісно-силова	Тепла евкаліптова ванна. Опромінення видимими променями синього спектру.	Аеробна
Аеробна	Киснева ванна Тонізуюче розтирання Аеронізація	Анаеробна
Анаеробна	Вуглекисла ванна Гідромасаж Ультрафіолетове опромінення	Аеробна

3) Третій напрямок застосування засобів відновлення припускає попередню стимуляцію працездатності спортсменів перед початком тренувального навантаження. При цьому активізується діяльність

функціональних систем, що приймають основну участь у роботі, підвищуючи її обсяг і інтенсивність. Варто підкреслити, що характер фізіологічних зрушень в організмі спортсменів під впливом відновлювальних заходів, проведених перед початком тренувального заняття, повинний відповідати змінам, що виникають у ході самого заняття, відрізняючись лише кількісними величинами, обумовленими обсягом і інтенсивністю виконання тренувальної роботи. Особливо ефективне використання відновлювальних засобів для попередньої стимуляції працездатності спортсменів з метою підвищити швидкісно-силові якості і спеціальну витривалість, а також перед змаганнями у видах спорту, що вимагають переважного розвитку цих рухових якостей.

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЇ З ПРИВОДУ РАКУ ПРЯМОЇ КИШКИ

Сахно Т.В.
д.х.н., професор кафедри фізичної реабілітації та фізичного виховання, Полтавський інститут економіки і права Університету «Україна»
Корнєєв О.В.
к.мед.н., доцент кафедри онкології та радіології з радіаційною медициною ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»
Корнєєва Л.Л.
завідувач проктологічним відділенням Полтавського обласного клінічного онкологічного диспансеру

Анотація. *Якість життя онкологічних пацієнтів є другим показником ефективності лікування після тривалості життя. Показники якості життя демонструють, наскільки повно пацієнти, які перенесли радикальне лікування, готові до своєї ролі в суспільстві. У проведеному дослідженні використана коротка форма медичного опитувальника SF-36 для оцінки якості життя жінок з колоректальним раком (КРР), яким була виконана черевно-промежинна екстирпація прямої кишки з накладенням стоми або передня резекція прямої кишки. Результатами дослідження показали вищу якість життя у пацієнток без стоми на всіх етапах після операції. У всіх жінок, які перенесли хірургічне втручання, протягом тижня після операції показники якості життя знижуються. Проведене дослідження готує інформаційну базу для розробки комплексної особистісно-орієнтованої програми фізичної реабілітації жінок з КРР.*

Annotation. *The quality of life of cancer patients is the second indicator of the effectiveness of treatment after life expectancy. Quality of life indicators show how well patients who undergo radical treatment are fully prepared for their role in society The short form of the SF-36 medical questionnaire was used to assess the quality of life of women with colorectal cancer, after surgery for abdominal with stoma or front resection of the rectum. The results of the study showed a higher quality of life in patients without a stoma at all stages after surgery. All women who undergo surgical intervention, within a week after the operation, quality of life declines. The study is preparing an information base for the development of a comprehensive person-oriented program for the physical rehabilitation of women with colorectal cancer.*

Рак прямої кишки (РПК) у багатьох високорозвинутих країнах стійко зайняв 6-те місце у структурі онкологічних захворювань, а разом з пухлинами ободової кишки вийшов на 4-те місце. Максимально високих цифр захворюваність на РТК досягає в Західній Європі, в США, Австралії та Нової Зеландії і мінімальна в Індії, в Ізраїлі (в арабів) і в Південній Америці (приблизно в 10 разів нижче). В промислово розвинених країнах (США, Західна Європа) з високим рівнем доходів населення РПК вийшов на друге місце в структурі захворюваності після раку молочної залози. Прийнято вважати, що ризик розвитку РПК в європейській популяції становить 4–5% [1]. У хворих на рак прямої кишки в Україні величина співвідношення рівнів смертності та захворюваності (С/З) складає 56,5% та охопленні спеціальним лікуванням 71,9%.

По Україні кількість хворих на РТК в абсолютних цифрах склала 7496 осіб (2015), звичайний показник захворюваності на 100 тис. населення склав 20,7–23,4 — серед чоловіків 18,3 — серед жінок, на 2016 цей показник склав 18,8, 21,5 — серед чоловіків, 16,4 — серед жінок. Кількість зареєстрованих випадків захворювання на злоякісні новоутворення прямої кишки в Полтавській області С19-С21 в 2016 році склала 290 чоловік — 146 чоловіків та 144 жінки, показник захворюваності на 100 тис. населення склав 20,3–22,2 серед чоловіків і 18,8 — серед жінок [2].

Медико-соціальна експертиза та інвалідність при раку товстої кишки. Основний контингент при цьому захворюванні — особи працездатного віку, переважно від 40 до 60 років. По тяжкості інвалідності рак товстої кишки займає перше місце серед іншої локалізації раку. При первинному огляді 95% хворим визначається інвалідність II або I групи.

Більшість дослідників, які професійно займаються вивченням якості життя (ЯЖ), в сенс цього поняття вкладають оцінку стану основних функцій життєдіяльності людини: фізичної, психічної, соціальної і духовної [3]. Тому якість життя слід розглядати як інтегральний критерій ефективності реабілітації після лікування хворих з приводу важких захворювань, які призводять до інвалідизації або стійкої втрати працездатності. Зазначений критерій дозволяє зробити оцінку адаптації пацієнта після проведеного лікування до звичних для нього умов життя і встановити ступінь його реінтеграції в суспільство [4].

Незадоволеність сучасними результатами реабілітації хворих на РПК стимулює пошук нової програми комплексної реабілітації, створеної в поєднанні зі спеціальними методами лікування, що дозволяє поліпшити ЯЖ цих хворих [5].

Опрацьована комплексна реабілітаційна програма, що впливає на ЯЖ хворих на рак товстої кишки, які перенесли спеціальне лікування. Застосування цієї програми знижує виразність тривожних симптомів, покращує психологічний статус хворих, системне, гастроентерологічне, дефекаційне благополуччя, підвищує загальну ЯЖ у 6,6 рази. У обстежуваних після РПК спостерігалося зниження активності, апатія, погане самопочуття, яке виявлялося у втомі, виснаженості, млявості, дратівливості, песимістичності. Проте після проведеного курсу реабілітації показник самопочуття покращився достовірно на 25%, активності — на 0,69 балів, настрою — на 0,93 бала. Отримані дані свідчать про позитивний вплив ЛФК не тільки на функціональний стан, але і на емоційний фон. Спостерігалося достовірне зменшення показника реактивної тривожності на 21% та особистісної тривоги — на 8,4%.

Література

1. Siegel R, Desantis C, Jemal A. Colorectal cancer statistics, 2014. CA Cancer J Clin. 2014 64(2):104–117.

2. Бюлетень Національного канцер-реєстру УКРАЇНИ №18 — «Рак в Україні, 2015-2016» КИЇВ — 2017.

3. Аверьянова С.В. и др. Качество жизни женщин, оперированных по поводу рака прямой кишки // Онкологическая колопроктология.- 2013;(2): 37–41.

4. Hiroko Kunitake et al., Quality of life and symptoms in long-term survivors of colorectal cancer: results from NSABP protocol LTS-01 // Journal of Cancer Survivorship. — 2017. — V. 11, N 1. — P. 111–118.

5. Машуков А.А. Качество жизни больных раком толстой кишки после внедрения в клиническую практику новой программы комплексной реабилитации // Медична реабілітація, курортологія, фізіотерапія. — 2011. — №3 (67). — С. 37–40.

ВОЛОНТЕРСЬКА ДІЯЛЬНІСТЬ В ХОСПІСАХ

Селезньова О.О.
к.б.н., доцент кафедри психології
Білоцерківського інституту економіки та управління
Університету «Україна»
sel1950@ukr.net

Анотація. *Аналізується роль волонтерської діяльності у розвитку паліативної та хоспісної допомоги невиліковно хворих людей. Волонтери повинні бути психологічно і професійно підготовлені для роботи в галузі паліативної допомоги.*

Annotation. *The article analyzes the role of volunteerism in the development of palliative and hospice care for terminally ill people. Volunteers should be trained to work psychologically and professionally in the field of palliative care.*

Хоспіс — це спеціалізований медико-соціальний заклад для невиліковно хворих людей, часто в термінальних стадіях захворювання, які потребують постійної сторонньої допомоги та догляду. Хоспісна допомога — це медична, соціальна, психологічна, духовна допомога паліативним хворим, що забезпечує реалізацію прав пацієнтів на гідне завершення життя та максимальне зменшення болю і страждань, а також психосоціальна підтримка членам сім'ї на період хвороби та втрати близького.

Паліативні хворі та члени їх родин потребують особливого підходу, пов'язаного зі співчуттям, толерантним ставленням та розумінням кола проблем, які їм постійно потрібно вирішувати. Тому мета хоспісу — створити максимально можливі комфортні умови для хворого на останньому етапі його життя та надати допомогу його родині.

У діяльності хоспісу не обійтися без волонтерів, людей, які доглядають хворих не з обов'язку, а за покликом душі, що вміють допомагати іншим, розуміють чужі проблеми, вміють вселяти надію, віру тим, хто впав духом.

Проблема персоналу для хоспісів була і залишається однією з найскладніших. Участь волонтерів дозволяє залучити додаткові людські та матеріальні ресурси, істотно розширити охоплення числа пацієнтів, значно покращити якість догляду, включити психосоціальну і духовну підтримку, що надається пацієнтам та членам їхніх сімей.

В Україні волонтерський рух — одна з ефективних форм роботи добровольців з різними категоріями населення. В мультидисциплінарні команди хоспісної допомоги можуть бути залучені волонтери з числа студентів медичних коледжів та університетів, вищих навчальних закладів, що готують соціальних працівників, з представників громадських, релігійних організацій тощо. В особі волонтера можна знайти помічника, що зможе ефективно впливати на фізичний та моральний стан пацієнта, значною мірою підвищуючи якість його життя. Значна роль належить волонтеру в здійсненні повноцінної допомоги хворому вдома, в процесі адаптації пацієнта до діагнозу, на етапі прогресування захворювання, при настанні термінальної стадії хвороби.

Волонтери відіграють важливу, хоча часто і недооцінену роль в паліативній допомозі. У них немає професійних обов'язків, тому вони можуть присвятити себе повністю хворому. Вони можуть спілкуватися з пацієнтом, будучи терплячими слухачами. Присутність третьої особи (якій легше довіритися) дає можливість хворому відчувати себе з кимось на рівних, відчувати себе живою людиною, яка є часткою суспільства.

Волонтери можуть надати неоціненну допомогу також і медичним працівникам, які здійснюють лікування та догляд за хворим, будучи сполучною ланкою між ними і пацієнтом. Крім того, спілкуючись з пацієнтами, вони також звільняють час персоналу для виконання своїх безпосередніх професійних завдань. За допомогою волонтерів медичні працівники можуть отримати нову інформацію про пацієнта.

Іншим важливим завданням волонтерів може бути надання членам сім'ї вільного від піклування про хворого часу (що часто зменшує почуття провини родичів). Вони також можуть дати можливість родичам висловити свої емоції і отримати підтримку під час періоду тяжкої втрати після смерті хворого.

В Україні набуває поширення, так зване, акційне волонтерство, коли добровольці пропонують свою допомогу не безпосередньо хворому, а беручи участь у різноманітних акціях. Зокрема, соціологічне дослідження, проведене експертами БО «Асоціація паліативної та хоспісної допомоги», засвідчило готовність понад 50% опитаних музикантів, співаків, художників, танцюристів та інших культурно-мистецьких діячів до участі у благодійних акціях, спрямованих на розвиток допомоги невиліковно хворим громадянам [1].

Відсутність спеціальної підготовки — одна з основних причин нечисленності волонтерського корпусу в хоспісах. Така діяльність потребує від добровольців не лише бажання та наявності вільного часу, а й певних знань з психології, соціології, медицини, права тощо. Волонтери повинні бути психологічно і професійно підготовлені для роботи в галузі паліативної допомоги. Відсутність стійкої мотивації і підготовки до такої роботи призводить до швидкого емоційного вигоряння волонтера і малої ефективності його діяльності. Завдяки попередній підготовці, майбутні волонтери в процесі практичної роботи у специфічно — складних умова хоспісу, набувають навичок стриманості, врівноваженості, дисципліни.

Під час підготовки волонтерів до роботи необхідно навчити їх основам паліативної допомоги, правилам роботи в мультидисциплінарній команді, організації соціально-психологічної допомоги хворим та членам їхньої родини, принципам консультування. У процесі навчання важливо звернути увагу на соціальні аспекти, зокрема, такі як умови життя пацієнта та його родини, необхідність практичної соціальної допомоги. Форми навчання можуть бути різні: лекції, семінари, тренінги, навчання на робочому місці тощо.

Література

1. Вольф О.О. Глобальні процеси та гуманізація політики щодо невиліковно хворих у деяких країнах світу та в Україні. / Соціальна політика щодо невиліковно хворих: матеріали всеукр. наук.-практ. конф., 15–16 березня 2012 р. — К.: Університет «Україна», 2012. — С. 21–31.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ ЛЮДИНИ

Сесь І.
магістрант спеціальності «Фізична реабілітація»,
кафедра здоров'я людини та фізичного виховання
Інституту соціальних технологій Університету «Україна»
Адирхаєва Л.В.
кандидат педагогічних наук, доцент
кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Університету «Україна»
asoslan55@gmail.com

Анотація. *В тезах наведено результати дослідження впливу розробленої комплексної програми корекції найбільш важливих рухових функцій підлітків з церебральним паралічем. Визначено шляхи закріп-*

лення позитивних зрушень у фізичному і психомоторному стані дитини завдяки фізкультурно-оздоровчій роботі. Сформульовано практичні рекомендації щодо удосконалення роботи з дітьми з церебральним паралічем. Розроблена методика збагачує зміст приватних методик адаптивного фізичного виховання і теорію адаптивної фізичної культури. Виявлено ефективність в реабілітації цієї недуги використання ЛФК, масажу, іпотерапії, дельфінотерапії.

Annotation. *The theses give the results of the study of the influence of the developed complex program of correction of the most important motor functions of adolescents with cerebral palsy. The ways of fixing positive changes in the physical and psychomotor state of the child due to physical culture and health work are determined. Practical recommendations for improvement of work with children with cerebral palsy are formulated. The developed method enriches the content of private methods of adaptive physical education and the theory of adaptive physical culture. The effectiveness in rehabilitation of this ailment of use of exercise therapy, massage, hippotherapy, dolphin therapy has been revealed.*

Питання реабілітації хворих на дитячий церебральний параліч в останні роки стає усе більш актуальним у зв'язку з високим медичним і соціальним значенням. Традиційні методи обновленого лікування, що несуть у собі загальноприйняті засоби лікувальної фізкультури, не можуть повною мірою задовольнити зростаючі вимоги до ефективності реабілітації. При єдності комплексів лікувальної фізкультури для хворих на дитячий церебральний параліч (ДЦП) необхідно розробити для кожної дитини індивідуальний комплекс з урахуванням особливостей його вегетативних можливостей, моторики й інтелекту.

Мета дослідження**:** обґрунтування комплексної програми фізичної реабілітації підлітків з наслідками дитячого церебрального паралічу.

В результаті проведення дослідження нами було виявлено ефективні методи, що дозволяють визначити рівень впливу фізкультурно-оздоровчої діяльності на фізичний і психологічний стан дітей з наслідками ДЦП, а також шляхом багаторазового тестування оцінено оздоровчий та реабілітаційний ефект впливу фізичних вправ; вперше розроблено дозування фізичних вправ для дітей з церебральним паралічем залежно від форми і стадії захворювання;

– здійснено подальший розвиток положення про позитивний корекційний вплив занять фізичними вправами на фізичний стан дітей з церебральним паралічем,

– виявлено зв'язок між розвитком фізичних здібностей і розвитком навичок побутового самообслуговування у підлітків з ДЦП. Доведено ефективність в реабілітації цієї недуги використання масажу, іпотерапії, дельфінотерапії.

Іпотерапія — це пасивна форма лікувально-верхової їзди, при якій вершник сидить верхи і пристосовується до руху коня. Відмінною рисою лікувально-верхової їзди є висока ефективність і унікальність реабілітаційного впливу на фізичний статус і психоемоційну сферу дитини. Позитивний ефект спостерігається у поліпшенні фізичного стану, який проявляється в поліпшенні загального соматичного стану, у зменшенні спастики, у збільшенні обсягу активних і пасивних рухів в кінцівках, часткове відновлення дрібної моторики. У роботу включаються м'язи, які не діють, навіть не будучи ураженими. Все це формує стереотип, котрий дитина переносить з верхової їзди в життя.

Дельфінотерапія — це метод лікування, заснований на спілкуванні з дельфінами. Спілкування з дельфіном дозволяє допомогти дитині вийти з полону самоізоляції, стимулювати розвиток інтересу до зовнішнього світу, що стає умовою до встановлення, відновлення, коректування, оптимізації соціальних відносин, активізувати роботу мозкових структур і всього організму в цілому через сенсорну стимуляцію, стимулювати вербальну експресію, сприяючи мовному й сенсомоторному розвитку, створити умови для емоційного відреагування.

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА В ТРАВМАТОЛОГІЇ

Слинько П.В.
студент 5 курсу, група ФТ–51/17м, спеціальність «Фізична терапія», Інститут соціальних технологій
Науковий керівник: ***Шведова Г.О.****, старший викладач кафедри здоров'я людини і фізичного виховання, Інститут соціальних технологій Університету «Україна»*

Анотація. *Кожна фізична вправа, використана в лікувальній фізичній культурі, робить поновлюючий, підтримуючий або профілактичний вплив на хворого. Перед призначенням лікувальної фізичної культури визначаються завдання використання фізичних вправ, підбираються засоби і форми для вирішення цих завдань. Методика лікувальної фізичної культури повинна бути заснована на загальнопедаго-*

гічних (дидактичних) принципах. Ефективність її можлива лише при активному відношенні хворого до занять.

***Annotation**. Every physical exercise used in the medical physical culture has a renewed, supportive or preventive effect on the patient. Before appointment therapeutic physical culture, the tasks of using physical exercises are determined, the means and forms for solving these tasks are selected. The method of medical physical education should be based on general pedagogical (didactic) principles. Its effectiveness is possible only with the active relation of the patient to the classes.*

Актуальність теми. ЛФК як складова частина системи фізичного виховання та фізичної культури вирішує спеціальні завдання — це лікувально-педагогічний процес. Вона сприяє відновленню порушеного здоров'я, ліквідації неповноцінності фізичного розвитку, зміцненню моральних і вольових якостей хворих, сприяє відновленню їх працездатності, тобто всебічної біологічної та соціальної реабілітації. У той же час ЛФК — це лікувально-виховний процес, в ході якого хворому прищеплюють свідоме ставлення до фізичних вправ і масажу, гігієнічні навички, здатність регулювати руховий режим, виховують правильне ставлення до загартовування та іншим природним факторам.

Метод ЛФК використовує принцип вправності. Тренування хворої людини відбувається за рахунок систематичних, дозованих фізичних вправ для загального оздоровлення організму, поліпшення функцій, порушених патологічним процесом, розвитку, освіти і закріплення моторних навичок і вольових якостей.Розлічують тренування загальні і спеціальні. Загальні тренування має на меті оздоровлення, зміцнення та загального розвитку організму хворого; при цьому використовуються різноманітні види загальнозміцнюючих та розвиваючих фізичних вправ і прийомів масажу. Мета спеціального тренування — розвиток функцій, порушених у зв'язку із захворюванням або травмою. При цьому використовують фізичні вправи, що безпосередньо впливають на область ураження або функціонального розладу.

Об'єкт дослідження:засоби лікувальної фізичної культури в травматології.

Предмет дослідження:особливості впливу лікувальної фізичної культури в галузі травматології.

Мета роботи:вивчити особливості лікувальної фізичної культури при травмах в травматології.

Завдання:

1. Вивчити теоретично-методичні обґрунтування засобів лікувальної фізичної культури.

2. Вивчити особливості та проаналізувати сучасні принципи лікувальної фізичної культури в травматології.

3. Вивчити ефективні засоби лікувальної фізичної культури та масажу в травматології.

Методи дослідження:теоретичний аналіз та обґрунтування даної спеціальної літератури.

Висновок: Ми ще раз переконалися в тому, що не можна забувати про ті методи, які були вироблені лікувальною фізкультурою в ході її багаторічної практики. Фізична праця, розумні спортивні навантаження, активний відпочинок сприятливо позначаються на стані не тільки серцево-судинної системи, але і всього організму в цілому. Однак при практичному застосуванні вищевказаних рекомендацій необхідно суворе дотримання принципу індивідуального підходу до хворого, обліку специфічних особливостей протікання хвороби, а також відома обережність.

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ТА СЕГМЕНТАРНО-РЕФЛЕКТОРНИЙ МАСАЖ ПРИ ПЛОСКОСТОПОСТІ

Соколов В.В.
спеціальність «Фізична реабілітація»,
студент 7 курсу кафедри здоров'я людини та фізичного виховання»
Інституту соціальних технологій,
*Науковий керівник: **Любенко В.О.**, кандидат медичних наук,*
доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання
Інституту соціальних технологій, Університет «Україна»

Анотація. *Невтішна статистика показує, що фактично у половини людей до п'ятдесяти років розвивається плоскостопість, причому значно частіше це відноситься жінок. Причин походження плоскостопості пару: це і вроджена слабкість м'язів і зв'язок, і ожиріння, і травми, і хвороби суглобів та судин ніг, крім цього, плоскостопість можливо викликано постійним носінням тісного взуття або взуття на через чур високому каблуці. Симптомом починається плоскостопості служать набряки, біль у ногах, що з'являються в кінці дня, взут-*

тя, яка раніше була якраз по нозі, стає тісною. Плоскостопість не рідкість і у дітей.

Annotation. *Disappointing statistics show that, in fact, half of people under the age of fifty years develop flat feet, with women much more often. Causes of the origin of the flatness of the couple: this is the congenital weakness of the muscles and ligaments, and obesity, and injuries, and diseases of the joints and leg vessels, in addition, flatulence may be caused by the constant wearing of tight shoes or shoes on a chorus high heel. The symptom begins with flat feet are swelling, pain in the legs that appear at the end of the day, shoes that were just at the foot, becomes tight. Flatfoot is not uncommon in children.*

Плоскостопість — це зменшення склепіння стопи, пронація п'ятки та супінаційна контрактура переднього відділу. Плоскостопість буває повздовжня і поперечна. По статистиці плоскостопість відмічається у 7–8% 6–7 річних дітей і більше половини у дорослих людей.

Лікувальна фізкультура — це цілий комплекс різноманітних вправ, які проводяться з лікувально-профілактичною метою при хворобах опорно-рухового апарату, нервової системи та внутрішніх органів. У більшості випадків, лікувальна фізкультура не є самостійним методом терапії або профілактики хвороб, а використовується в поєднанні з медикаментозною терапією, лікувальним масажем, фітотерапією і різними фізіотерапевтичними методами.

Сегментарно-рефлекторний масаж — вплив спеціальними техніками (що викликають рефлекси організму) на рефлекторні зони тіла. Є різновидом лікувального масажування. Покращує циркуляцію крові, зменшується або зникає біль.

Основою лікування плоскостопості є фізичне навантаження на цілий організм. Крім цього, потрібні особлива гімнастика і масаж, що підсилює м'язово-зв'язкову систему стопи. На початку лікування плоскостопості за допомогою ЛФК потрібно застосовувати лише два вихідних положення: сидячи і лежачи, оскільки за таких умов навантаження на стопу мінімальна. Лікувальна фізкультура при плоскостопості заснована на супінації стоп з їх одночасним згинанням. Якщо вправи виконуються з вихідного положення стоячи, то носки стоп повинні бути разом, а п'яти навпаки розведені в сторони. ЛФК включає в себе різні вправи зі особливими пристосуваннями, з підйомом на носки, ходьбу.

Лікувальна фізкультура призначається всім хворим при будь-якій формі плоскостопості. Основними завданнями лікування поряд з цим є зміцнення всього організму, підвищення витривалості і сили м'язів ніг, збільшення опірності організму і працездатності. Крім цього, за допомогою ЛФК при плоскостопості можливо зменшення деформації стопи, формування вірної постави, порятунок від супінаціонной контрактури переднього відділу ступні і від пронирована положення п'ятки. Також лікувальна фізкультура спрямована на нормалізацію рухової сфери, зміцнення м'язів і зв'язок стопи і гомілки і на вироблення вірного положення стоп при ходьбі.

Так як основною причиною розвитку плоскостопості є відсутність необхідного навантаження на стопу дитини, то складно обійтися без спеціальної лікувальної гімнастики і масажу. Лікувальна фізкультура при плоскостопості або ж його профілактики є основою профілактичного лікування. Завдяки цим нескладним вправи м'язи і зв'язки стопи отримують необхідне навантаження і повноцінно розвиваються. Масаж також як і фізкультура, дозволяє стимулювати кровообіг і приводити в потрібний стан м'язи і зв'язки стопи.

НЕТРАДИЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ПОРУШЕННЯМИ ВЕНОЗНОГО ВІДТОКУ КРОВІ

Соколова Н.В.
студентка спеціальності «Фізична реабілітація»
Інституту соціальних технологій
Адихаєва Л.В.
к. пед. н., доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання,
Інститут соціальних технологій
Університету «Україна»
sokolova.natalia@ukr.net

Анотація. *В роботі розглянуті основні нетрадиційні засоби для реабілітації пацієнтів із захворюваннями венозних судин нижніх кінцівок. Охарактеризовані клінічні ознаки та методи лікування варикозу. Проаналізовано ефективність застосування йогатерапії при варикозній хворобі. Розроблена реабілітаційна програма для пацієнтів з порушення венозного відтоку крові на основі гімнастики йогів з урахуван-*

ням фази захворювання, віку, функціонального стану серцево-судинної системи хворого.

Annotation. *In the thesis the main non-traditional means for rehabilitation of patients with diseases of venous vessels of the lower extremities are considered. Clinical signs and methods of treatment of varicose veins are characterized. The efficiency of the use of yoga therapy with varicose disease is analyzed. The rehabilitation program for patients with a venous outflow disorders on the basis of yoga gymnastics has been developed taking into account the phase of disease, age, functional state of the cardiovascular system of the patient.*

Варикозна хвороба — це розширення поверхневих вен, що супроводжується неспроможністю клапанів і порушенням кровотоку. За різними джерелами це захворювання зустрічається у 26–28% жінок і 10–20% чоловіків працездатного віку. Щорічно кількість людей, які хворіють на варикоз збільшується на 2,5%. Причому, це збільшення відбувається за рахунок важких форм захворювання. Ще однією особливістю динаміки цього захворювання є збільшення хворих серед молоді і навіть серед підлітків.

Завдання дослідження

1. Проаналізувати нетрадиційні підходи до реабілітації у пацієнтів із захворюваннями венозних судин нижніх кінцівок;

2. Скласти й обґрунтувати програму реабілітації при варикозному розширенні поверхневих вен нижніх кінцівок засобами йогатерапії.

Венозний застій розвивається в силу багатьох причин і характеризується нормальним припливом артеріальної крові і утрудненим відтоком венозної. Застій крові в ногах проявляється у вигляді таких симптомів: тяжкість і напруженість в ногах; поява вечірніх набряків; виникнення трофічних виразок; зниження місцевої температури тіла; синюшна забарвлення шкірних покривів; невеликі крововиливи в області скупчення вен.

Нетрадиційні засоби, які використовують при реабілітації пацієнтів із варикозом: фітопрепарати; точковий масаж; лікування голками; гірудотерапія; вакуумний масаж.

Використання цих методів покращує мікроциркуляцію крові, нормалізує функції внутрішніх органів, понижує в'язкість крові, покращує активність судинної стінки.

Велика кількість клінічних досліджень продемонстрували ефективність застосування йогатерапії при варикозній хворобі.

При побудові «противарикозного» йогатерапевтичного алгоритму слід включати перевернуті асани, які сприяють розвантаженню вен нижніх кінцівок і малого тазу. Для венозної і лімфатичної системи ніг добре працює поєднання перевернутих положень з динамічними рухами стоп (обертання, згинання-розгинання в гомілковостопному суглобі), виконання уддіяна-бандхи.

Обмежуються асани, що виконуються в положенні стоячи з тривалими фіксаціями (більше 10 секунд), як вимикають м'язовий насос нижніх кінцівок. Сама по собі практика стоячих асан дуже корисна, але без тривалих фіксацій. Активно використовуються черевні маніпуляції, в тому числі в різних варіантах перевернутих асан. Сидячі положення для виконання дихальних і медитативних практик підбираються таким чином, щоб не страждав венозний відтік, тобто без перетискання ніг, з використанням подушки або стільця.

На основі аналізу роботи спеціалістів з йогатерапії та з власного досвіду групових занять йогою я розробила реабілітаційну програму для пацієнтів з порушення венозного відтоку крові.

Програма включає:

– комплекс асан на основі Сурья Намаскар в динамічному режимі;

– перевернуті асани (сарвангасана, віпаріта карані мудра, халасана);

– дихальні вправи (повне дихання з попередньої опрацюванням суглобового і м'язового апарату грудної клітини);

– виконання уддіяна-бандхи.

Висновки.

Варикозна хвороба — захворювання, яке добре сприймає практику йогатерапії. І правильно побудовані заняття можуть дати хороші результати. Зрозуміло, відновити вже змінену структуру судинної стінки неможливо. Але практика йогатерапії дозволяє зупинити прогресування процесу. Крім того, вдається значно поліпшити якість життя — зникають болі в ногах і набряки. Основною умовою успіху є правильно побудовані заняття і регулярність практики.

Література

1. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура: [учебное пособие] / В.А. Епифанов. — М.: Гэотар-Медиа, 2009. — 568 с.

2. Дикий Б.В. Застосування індійської гімнастики Хатха-йоги у фізичній реабілітації та ЛФК: [методичні рекомендації] / Б.В. Дикий. — Ужгород: Ужгородський національний університет, 2013. — 89 с.

3. Мухін В.М. Фізична реабілітація: [підручник] / В.М.Мухін. — К.: Олімпійська література, 2010. — 423 с.
4. Айенгар Б.К.С. Йога Дипика [научное издание] / Б.К.С. Айенгар. — Иркутск: Петров и сыновья, 2001. — 528 с.
5. Сидерский А. Йога восьми кругов [учебно-методическое издание] / А.Сидерский. — К.: Ника-Центр, 2009. — 576 с.

СУЧАСНА МЕТОДИКА ТВОРЧОГО НАВЧАННЯ СТУДЕНТІВ

Ткачук В.Г.
доктор біологічних наук, професор кафедри здоров'я людини та фізичного виховання Університету «Україна»,
Адирхаєв С.Г.
доктор педагогічних наук, доцент, директор Інституту соціальних технологій, Університет «Україна»
vtkachuk4@gmail.com

Анотація. *В тезах представлено інформацію щодо творчого навчання студентів, розвиваючи і використовуючи два типа мислення, які притаманні людини при народженні. Акцентовано увагу на фундаментальних особливостях латерального мислення людини і використання його при отриманні освіти. Особливості використання латерального типу мислення у практичній діяльності.*

Annotation. *The theses provide information on creative learning of students, developing and using two types of thinking that are inherent in man at birth. The attention is focused on the fundamental features of lateral thinking of man and his use in obtaining education. Features of the use of lateral type of thinking in practice.*

Мислення людини виконує дві основні функції: збирання необхідної і достатньої інформації та використання її у теоретичній роботі і практичній діяльності. Науковці виділяють два типи мислення людини: традиційний тип (вертикальний) і латеральний. Двічі лауреат Нобелівської премії Едвард де Боно, автор латерального типу мислення, пов'язує його із творчими здібностями людини та його відчуттям гумору [1].

Відомо, що культура людини тісно пов'язана з народженням ідей, а освіта– з їх розповсюдженням. З часом і культура, і освіта забов'язані систематично вдосконалювати та оновлювати ці ідеї. Ці

два процеси знаходяться у постійному конфлікті. Типи мислення людини відрізняються один від одного.

Вертикальний тип мислення характеризується послідовними кроками і кожний наступний крок повинен бути логічно обґрунтованим. У латеральному мисленні інформація використовується не заради себе самої, а заради досягнення кінцевого результату. На будь-якому етапі воно може бути невірним, але дозволяє отримати правильну відповідь. Вертикальне мислення (логіка, математика), такого положення не допускає. Воно визначає тільки те, що відноситься до вивчаємого питання, а латеральне мислення допускає пошук інформації, яка не відноситься до вивчаємого питання.

Латеральне мислення не замінює вертикальне. Вони взаємно доповнюють один одне і це пов'язано з тим, що латеральне мислення генерує ідеї, а вертикальне мислення їх відбирає. Людини з типом вертикального мислення відбирає багатообіцяючий підхід до вирішення проблеми, людина з типом латерального мислення намагається придумати якомого більше різних підходів. Вертикальному мисленню для блокування невірних шляхів необхідні інструменти заперечування. Воно вибирає шлях методом виключення, зосереджено на діючий системі координат і відсікає все зайве. Латеральному мисленню заперечення непотрібно. Людини з цим типом мислення розуміє, що паттерн (штамп) можна переробити тільки в результаті зовнішнього впливу, а не внутрішнього. При вертикальному мисленні категорії, класифікації, ярлики чітко зафіксовані, у латеральному мисленні цього немає.

Людина з латеральним мисленням визнає корисність існуючого паттерна, але не вважає його унікальним. Він бачить в ньому лише одну із можливостей побудови інформації. Настрій на латеральне мислення дозволяє зменшити притаманні вертикальному мисленню самонадійність і догматизм.

Використання вертикального і латерального мислення доцільно при вирішенні трьох типів проблем. Проблеми першого типу потребують для свого рішення більше інформації або кращих методів обробки інформації. Проблеми другого типу ніякої нової інформації не потребують, але для їх вирішення необхідно переформатувати вже існуючу інформацію — потрібна переробка паттернів за допомогою інсайта. Проблеми третього типу — відсутність проблем. Адекватність існуючої ситуації запобігає вашому руху до чогось кращого. Людині нема за що зачепитися, нема на чому зосередити свої зусилля в напрямку до кращого тому, що людина, мож-

ливо, адже не підозрює про існування цього кращого. Проблема — зрозуміти, що ситуацію можна покращити та визначити саме це розуміння як проблему.

Проблеми першого типу можуть бути вирішені силами вертикального мислення. Проблеми другого та третього типів потребують для свого розв'язання латерального мислення.

Вважаємо доцільним використання в процесі навчання студентів латерального типу мислення.

Література

1. Боно Э. Латеральное мышление. Учебник / Э. Боно, пер. с англ. П.А. Самсонов. — Минск: Попурри. 2012. — 384 с.

2. http://baguzin.ru/wp/edvard-de-bono-lateralnoe-myshlenie/.

ВИКОРИСТАННЯ ДИХАЛЬНИХ ВПРАВ І ЕЛЕКТРОТЕРАПІЇ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ ХВОРІЛИ НА ПНЕВМОНІЮ

Тучинська І.В.
магістрант спеціальності «Фізична реабілітація»,
Інститут соціальних технологій,
Університету «Україна»,
*Науковий керівник: **Любенко В.О.**, кандидат медичних наук,*
доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання
Інституту соціальних технологій,
Університет «Україна»
ittuchka@gmail.com

Анотація. *В даної дипломної роботі розглянуто способи фізичної реабілітації хворих на пневмонію, а саме: дихальні вправи та методи електротерапії. В процесі експерименту виявлено, що поетапні вправи і процедури мають протизапальну, десенсибілізуючу, бактеріостатичну дію, покращують кровопостачання легенів, сприяють активізації адаптивно-пристосувальних процесів в дихальної та серцево-судинній системах, знижують вираженість патологічних аутоімунних процесів в організмі.*

Annotation. *In this thesis the methods of physical rehabilitation of patients with pneumonia, namely, breathing exercises and methods of electrotherapy are considered. In the course of the experiment, it was discovered*

that step-by-step exercises and procedures have anti-inflammatory, desensitizing, bacteriostatic action, improve blood supply to the lungs, promote activation of adaptive processes in the respiratory and cardiovascular systems, reduce the severity of pathological autoimmune processes in the body.

Метою даної дипломної роботи є вивчення впливу дихальних вправ та електротрапії на процес одужання після захворювання на пневмонію. Оскільки в період настання холодного періоду року пневмонії інфекційного і неінфекціного характеру трапляються дуже часто, питання реабілітації після пневмонії дуже актуальне.

В першому розділі роботи розглянуто загальні питання щодо захворювання на пневмонію, як ця хвороба виникає, її форми та симптоми.

У другому розділі розглянуто вплив дихальних вправ на прискорення одужання, проведені дослідження стосовно цього методу та надані комплекси дихальних вправ, вплив яких вивчався на конкретній групі людей.

У третьому розділі розглянути можливості використання електротерапії для фізичної реабілітації хворих, які існують електричні прилади та як іх використовують в реабілітації.

В процесі роботи зроблено висновки та пропозиції щодо виконання різнохарактерних дихальних вправ та методів електротерапії для збільшення легеневої вентиляції, полегшення видиху, прискорення розсмоктування ексудату; для розтягування злук в плевральній порожнині.

Література

1. Медична реабілітація: Керівництво для лікарів / За ред. В.А. Єпіфанова. — М., 2005.

1. Дуков Л.Г., Ворох А.І. Діагностика та лікування хвороб органів дихання. — 3-е изд. — Смоленськ, 1996.

2. Єпіфанов В.А. Лікувальна фізкультура та спортивна медицина. — М., 2000.

3. Полушкін П.М. Основи нетрадиційного лікування. Дніпропетровськ, 2010.

4. http://loveginka.xyz/zdorov-ja/organi-dihannja/7766-pravilne-vidnovlennja-pislja-pnevmonii-poetapni.html

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ ОБСТРУКТИВНИМ БРОНХІТОМ

Хворостянко Ю.М.
студентка спеціальності «Фізична реабілітація»
Інституту соціальних технологій
Коваленченко В.Ф.
кандидат медичних наук, доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання, Інститут соціальних технологій, Університет «Україна»

Анотація. *Цією хворобою хворіють як діти, так і дорослі. У малюків бронхіт з обструкцією розвивається в гострій формі і викликаний респіраторними вірусами, а у дорослих патологія носить частіше хронічний характер і викликана курінням і іншими провокуючими факторами. Важливим моментом в лікуванні обструктивного бронхіту є не тільки лікарська терапія, але і фізіотерапевтичні процедури, лікувальна фізкультура і масаж.*

Annotation. *This illness affects both children and adults. In children, bronchitis with obstruction develops in acute form and is caused by respiratory viruses, and in adults pathology is more often chronic and is caused by smoking and other provocative factors. An important point in the treatment of obstructive bronchitis is not only medical therapy, but also physiotherapeutic procedures, therapeutic exercises and massage.*

Обструктивний бронхіт — це захворювання з ураженням бронхів запального характеру (нижніх дихальних шляхів), при якому порушується їх прохідність повітря у вигляді різних причин (велика кількість мокротиння в просвіті бронхів, запальний набряк слизової оболонки, спазм гладких м'язових волокон бронхів).

Виділяють два види обструктивного бронхіту:

- гострий;
- хронічний.

Причини хронічного обструктивного бронхіту:

- куріння;
- несприятливі кліматичні умови навколишнього середовища (вологий клімат, запиленість повітря, забруднення атмосфери різними хімічними сполуками);
- спадкова схильність до синдрому бронхіальної обструкції (вроджений дефіцит ферменту альфа-1-антитрипсину);

• робота у шкідливих умовах (зайнятість у шахтах, металургії, переробці різних хімічних елементів, запиленість робочого місця).

Симптоми обструктивного бронхіту досить специфічні. Хворі скаржаться на малопродуктивний кашель зі слизової прозорою мокротою (частіше зранку). Дихання при обструктивному бронхіті порушено, турбує задишка з утрудненным видихом, відчуття хрипів, свисту в грудях, підвищення температури під час інфекційного загострення хвороби.

ЛФК при обструктивному бронхіті — обов'язковий компонент комплексної терапії хвороби. Як правило, використовують традиційний комплекс ЛФК з переважанням динамічних та статичних вправ на тлі загальнотонізуючих рухів. При наявності гнійного обструктивного бронхіту включаються і дренажні вправи.

Основні завдання ЛФК при обструктивному бронхіті:

• підвищення загальної та місцевої опірності організму до інфекцій дихальних шляхів (зміцнення імунної захисту);

• поліпшення процесів крово — і лімфообігу, зменшення запального процесу в легенях і бронхах;

• зупинка прогресування патологічних змін у легенях і розвитку дихальної недостатності;

• поліпшення дренажної функції бронхів;

• відновлення нормального, спокійного дихання;

• зміцнення основних і додаткових дихальних м'язів.

ЛФК противопоказанна пацієнтам з гострою і термінальними стадіями хронічної дихальної та серцевої недостатністю.

Найбільш бажаною формою фізичних навантажень для більшості хворих бронхітом є ходьба. Пацієнти можуть під наглядом інструктора займатися гімнастикою і йогою.

Дихальна і звукова гімнастика

Дихальна гімнастика при обструктивному бронхіті призначена для поліпшення евакуації вмісту бронхів, зміцнення дихальної мускулатури.

Звукова гімнастика повинна займати 7–10 хвилин в день. Займатися треба в добре провітреній кімнаті або на свіжому повітрі. Звукова гімнастика при обструктивному бронхіті грає важливу роль в профілактиці загострення захворювання та розвитку ускладнень. Вихідне положення для звукової гімнастики може бути будь-яким зручним для вас (сидячи, лежачи, стоячи). Суть такого виду лікувальної фізкультури полягає в проголошенні на глибокому

видиху деяких звуків. Всі звукові сигнали повинні вимовляються дуже тихо або пошепки, тихо, м'яко і без напруги.

Масаж

Масаж при обструктивному бронхіті сприяє кращому відходженню мокротиння і поліпшення параметрів дихання, зменшує задишку і кашель, зміцнює м'язи грудної стінки. Виконують як класичний, так і сегментарно-рефлекторний масаж грудної клітки.

Висновок:

Лікувальна фізкультура, масаж і інші фізіотерапевтичні процедури ні в якому разі не замінять медикаментозного лікування обструктивного бронхіту. Терапія цього захворювання має бути тільки комплексною. Але все немедикаментозні методи лікування допомагають зменшити потребу в лікарських засобах, вони сприяють скороченню періоду лікування і швидкому одужанню, значно зменшують рецидиви бронхіту і ускладнення.

НЕТРАДИЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ У ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБАМИ ПЕРЕФЕРИЧНИХ СУДИН

Ходаківський Ю.С.
спеціальність «Фізична реабілітація»
студент 7 курсу кафедри «Здоров'я людини та фізичного виховання»
*Науковий керівник: **Любенко В.О.**, к. мед. н.,*
доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання,
Інститут соціальних технологій Університету «Україна»

Анотація. *Захворювання периферичних судин розвиваються в результаті цілого ряду патологічних процесів, які можна розбити на три категорії: — структурні зміни судинної стінки, викликані дегенеративними захворюваннями, інфекцією або запаленням, що приводять до утворення аневризми, розшарування або розриву судини, — звуження просвіту судини, обумовлене атеросклерозом, тромбозом або запаленням, і — спазм судинної гладкої мускулатури. Ці процеси можуть розвиватися незалежно один від одного, а можуть і потенціювати один одного.*

Annotation. *Diseases of peripheral vessels develop as a result of a number of pathological processes that can be broken down into three categories: — structural changes in the vascular wall caused by degenerative diseases,*

infection or inflammation leading to the formation of aneurysm, bundle or rupture of the vessel, — narrowing of the lumen of the vessel due to atherosclerosis, thrombosis or inflammation, and — spasm of the vascular smooth muscle. These processes can develop independently of each other, and can potentiate each other.

Недуга, яка називається захворюванням периферичних артерій, виникає як наслідок порушення струму крові в артеріях, які постачають нижні кінцівки людини кров'ю. Як правило, це відбувається внаслідок розвитку у хворого атеросклерозу, внаслідок чого в тканини потрапляє надто мало. Основною причиною, що провокує розвиток захворювання периферичних артерій, завжди є атеросклероз. Найбільш високий ризик розвитку цієї недуги має місце у чоловіків, яким вже виповнилося п'ятдесят років. У жінок ймовірність розвитку цієї хвороби є більш низькою.

Фахівці виділяють цілий ряд факторів, які сприяють розвитку захворювання периферичних артерій. В даному випадку визначальне значення часто має злісне куріння, наявність у людини цукрового діабету, постійний прояв високого артеріального тиску. Системні захворювання призводять до прояву порушень у функціонуванні імунної системи, що сприяє утворенню в організмі антитіл, тропних до судинної стінки.

Найбільш яскраво виражені симптоми захворювань периферичних артерій проявляються болем в ногах під час ходіння. Подібні больові відчуття виникають в різних частинах кінцівки, залежно від того, наскільки і де вражені артерії ніг. Больові відчуття часто проявляються в сідницях, стегнах, колінах, стопах, гомілках.

Перш за все, хворий, якому був поставлений такий діагноз, повинен врахувати, що до лікування захворювання периферичних артерій слід обов'язково підходити комплексно. Дуже важливим моментом в терапії захворювання є кардинальна зміна способу життя пацієнта. Важливо поставитися до цього обдумано при виявленні хвороби на ранній стадії, так як зміна звичок сприятиме зупиненню розвитку хвороби. В даному випадку слід застосувати всі заходи, які стосуються профілактики захворювання периферичних артерій нижніх кінцівок.

Щоб забезпечити якісну і дієву профілактику цього захворювання, важливо відповідально підійти до питання зміни способу життя. В обов'язковому порядку особливу увагу слід приділити наявності факторів ризику появи цього захворювання. Щоб попе-

редити їх появу, необхідно регулярно проводити контроль вмісту цукру в крові, якщо у хворого має місце цукровий діабет. Не менш важливо прийняти всі заходи, щоб знизити рівень холестерину в крові, а також артеріальний тиск. Для цього застосовуються як медикаментозні препарати, так і зміна раціону харчування. Зокрема, дієта не повинна включати продукти з високим рівнем холестерину, а також солоні, копчені, гострі страви, продукти з високим вмістом калорій і насичених жирів. Поступово слід повністю замінити всі тваринні жири рослинними. Вкрай важливо в даному випадку повністю позбутися паління. Людям, які мають схильність до надлишкової маси тіла, украй важливо не допустити розвитку ожиріння. Для цього потрібно не тільки збалансувати харчування, але і ввести в своїй звичайний графік регулярні заняття фізкультурою. Щоденна ходьба пішки також допоможе підтримати форму і призупинити прогресування захворювання периферичних судин нижніх кінцівок.

ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В КОРЕКЦІЇ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО СТАНУ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ВІКОМ 3–10 РОКІВ З НАБУТОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Черних Л.Г.
магістрант спеціальності «Фізична реабілітація»,
кафедра здоров'я людини та фізичного виховання
Університету «Україна»
Адирхаєва Л.В.
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання,
Інститут соціальних технологій Університету «Україна»
muscle17@ukr.net

Анотація. *Представлено результати дослідження, спрямованих на обґрунтування засобів фізичної реабілітації в корекції функціонального стану серцево-судинної системи у дітей з набутою патологією. Акцентовано увагу на використанні основних засобів фізичної реабілітації: ЛФК (виконання фізичних вправ за вихідним положенням, за лікувальним впливом, за біомеханічною структурою), масаж, гідротерапія.*

Annotation. *The theses present the results of the research aimed at substantiation of the means of physical rehabilitation in correcting the functional state of the cardiovascular system in children with acquired pathology. The emphasis is on using the basic means of physical rehabilitation: exercise therapy (physical exercises at baseline, medical treatment, biomechanical structure), massage, hydrotherapy.*

Основні захворювання серцево-судинної системи, котрі найчастіше зустрічаються у дитячому віці — неревматичні кардіопатії, інфекційно-алергійні міокардити, ревматичні ураження серця, порушення регуляції судинного тонусу у формі синдрому вегето-судинної дистонії, гіпертензій ний синдром або гіпотонія. Стан серцево-судинної системи дитини є одним із показників функціональних можливостей організму. По класифікації існує вроджена та набута патологія серцево-судинної системи. При цих захворюваннях використовуються спеціально-оздоровчі (лікувальні) фізичні вправи. Найбільш ефективними серед них вважаються динамічні вправи циклічного характеру, що викликають малу і помірну фізіологічну реакцію.

Доведено, що фізична реабілітація на всіх етапах лікування серцево-судинних порушень у дітей дозволяє забезпечити поступове пристосування системи кровообігу і організму дитини в цілому до зростаючих фізичних навантажень. Спочатку відповідно з руховим лікувально-захисним режимом, який розширюється, а потім і стосовно до вимог дитячого закладу або домашніх умов. Тактика лікувальних дій і методика фізичної реабілітації при кожному з порушень серцево-судинної системи у дітей визначається клінічними особливостями хвороби, патогенезом і індивідуальними віковими особливостями хворої дитини.

Проведене обстеження дітей з вегето-судинною дистонією і ревматизмом зі застосуванням методів фізичної реабілітації: ЛФК, масажу, гідротерапії, використання вправ з малою фізіологічною реакцією у положеннях лежачи, напівлежачи або сидячи доводить, що застосування засобів фізичної реабілітації сприяло оптимізації функціонального стану серцево-судинної системи. Використовано вправи, що спрямовані на великі м'язові групи, інтенсивні вправи за участю малих м'язових груп (нижніх кінцівок), які розвивають периферичний кровообіг і сприяють нормалізації артеріального тиску. Полегшувати роботу серця дитини можна виконуючи вправи у воді.

СТРУКТУРА І ФУНКЦІЯ САМООРГАНІЗАЦІЇ ОСОБИСТОСТІ В ПАРАОЛІМПІЙСЬКОМУ СПОРТІ

Шамич О.М.
кандидат педагогічних наук, доцент,
доцент кафедри здоров'я людини та фізичного виховання,
Інститут соціальних технологій Університету «Україна»
sashamych@gmail.com

Анотація. *В структурі феномена самоорганізації особистості виділено такі особистісні параметри як прагнення до свободи і незалежності; прагнення до саморозвитку та самореалізації, потреба в досягненнях; визначеність цілей, та осмисленість життя; високий рівень самоорганізації при плануванні та бюджетуванні часу; здатність контролювати події життя, наполегливість, планомірність, цілеспрямованість; упевненість в собі і власних силах; почуття компетентності в управлінні повсякденними справами.*

Annotation. *The next personality parameters are singled out in the self-organization structure: an aspiration for freedom and independence; a desire for self-development and self-realization, a need for achievements; certainty of purposes and meaningfulness of life; high level of self-organization at time planning and management; capability to control life events, persistence, planning abilities, purposefulness; self-confidence and self-confidence; a sense of competence in everyday affair management.*

Паралімпійський спорт є потужним стимулом для мобілізації резервних можливостей організму, для усвідомлення людей з важкими недугами чи травмами перспектив повноцінного інтегрування у суспільство.

Разом з тим, спортивна діяльність вимагає від людини наявності ряду важливих психічних якостей і властивостей: активності, самостійності, ініціативності, стійкості до впливу негативних факторів, швидкості і точності прийняття оперативних рішень тощо. Оптимальним є шлях, коли необхідні якості і властивості розвиваються на основі цілеспрямованої самоорганізації особистості. Визначивши особливості і чинники самоорганізації особистості, можна знайти ефективні засоби формування особистості в процесі заняття спортом, що й зумовлює актуальність нашого дослідження.

У нашому дослідженні вивчалися взаємозв'язки між параметрами самоорганізації діяльності паралімпійців з їхніми основними здібностями та якостями, що сприяють успішності в спортивній

діяльності. Для цього були використані опитувальники самоорганізації діяльності (ОСД) О.Ю. Мандрикової; самодетермінації Є.М. Осіна; тест «Смисложиттєвих орієнтацій» (СЖО) Дж. Крамбо та Л. Махоліка (адаптація Д. О. Леонтьєва); психологічного благополуччя К. Ріфф (адаптація Т.Д. Шевеленкової і Т.П. Фесенко); тест життєстійкості С. Мадді (адаптація Д.О Леонтьєва, О.І. Рассказової).

У дослідженні взяли участь найкращі спортсмени-паралімпійці України. А саме: 102 члени Паралімпійської збірної команди України з 16 видів спорту, (віком 17–35 років); 32 члени Дефлімпійської збірної команди України (віком 19–32 роки); збірна команда України з футболу спортсменів-ампутантів (19 членів, віком 21–31 рік). Також у дослідженні взяли участь здорові спортсмени — 149 футболістів таких відомих команд, як «Динамо», «Шахтар», «Сталь» та ін. У дослідженні брали участь як гравці основних складів своїх команд, так і гравці молодіжних команд віком до 21 року.

Встановлено, що складові самоорганізації паралімпійців мало відрізняються від здорових спортсменів. Проте, практично всі середні значення параметрів паралімпійців вищі нормативних значень.

Достовірні відмінності показників самоорганізації особистості паралімпійців та здорових спортсменів виявлено за шкалами «цілеспрямованість», «фіксація» та «самоорганізація».

Отримані дані свідчать про прямий зв'язок показників самоорганізації та смисложиттєвих орієнтацій паралімпійців. Зокрема, «цілеспрямованість» корелює з усіма показниками смисложитєвих орієнтацій; «планомірність», правомірно, пов'язана з орієнтаціями особистості на «процес життя» та «локус контролю-життя»; з орієнтаціями на «процес життя» та «локус контролю-життя» пов'язана також «орієнтація на теперішнє».

Оскільки особистість паралімпійця ми розглядаємо в якості «внутрішнього моменту» діяльності досягнення успіху в спорті, доцільно виходити з аналізу не лише самоорганізації, а й з аналізу показників життєстійкості особистості (системою переконань про себе, про світ, про стосунки зі світом) як опосередковуючих механізмів її саморегуляції і самодетермінації. Такий підхід підтверджується результатами кореляційного аналізу. Так, показники «автономії» та «самовираження», що є показниками самодетермінації особистості пов'язані прямими зв'язками з «планомірністю», «цілеспрямованість» та «наполегливістю».

«Включеність» і «контроль» також пов'язані прямими зв'язками з «планомірністю», «цілеспрямованість» та «наполегливістю», що, в цьому випадку, означає «переконаність в тому, що спорт дає максимальний шанс знайти щось варте і цікаве для себе в житті і дозволяє вплинути на результат того, що відбувається.

Отже, чим більше виражені показники самоорганізації особистості, тим більше наші досліджувані отримують задоволення від власної діяльності і вважають, що вони самі обирають власну діяльність, свій шлях.

Отримані результати є свідченням важливості розвитку самоорганізації особистості для успішності її діяльності та спортивних здобутків.

Загалом результати кореляційного аналізу свідчать про те, що особистісні якості паралімпійців мають тісні внутрішні структурні взаємозв'язки і взаємозалежності. Це, на нашу думку, є свідченням *складної та багатогранної особистісної детермінації спортивного успіху,* важливе значення в якій належить, очевидно, факторам *особистісної автономії, самовираженню, цілеспрямованості, планомірності, наполегливості тощо.*

ВИКОРИСТАННЯ ЛЕГКОЇ АТЛЕТИКИ В ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Шведова Г.О.
старший викладач кафедри здоров'я людини та фізичного виховання,
Інститут соціальних технологій, Університет «Україна»
Біляк Р.М.
студент магістратури спеціальності «Фізична реабілітація»
Університет «Україна»
romabil@meta.ua

Анотація. *В даній роботі висвітлені нові методи фізичної реабілітаціїчерез легку атлетику.Доведена ефективність цього виду спорту та максимальному відновленні хворих.Адже не просто так,вже кілька сотень років існує фраза:»Рух-це життя».*

Annotation. *In this paper, the new methods of physical rehabilitation through light athletics are highlighted. The effectiveness of this kind of sport and the maximum recovery of patients is presented. Not so, for several hundred years there is a phrase: «Movement is life.»*

Актуальність теми: Як ми вже знаємо, легка атлетика це на сьогоднішній день дуже масовий вид спорту. Атлетика поєднує в собі і біг на різні дистанції, і стрибки, і ходьбу, атак само декілька видів метання.З давніх часів, у людей була потреба бути спритними, швидко бігати,високо стрибати, ну і, звичайно ж, метати різні предмети. В ті часи від цихпрофесійних навиків залежав успіх на полюванні, рибалці, а так само при ловіптахів.Археологи наших днів, проводячи дослідження, з упевненістю заявляють,що є докази того, що наші предки займалися атлетикою. Це і намальовано наостанках гірських порід, і в землі постійно виявляються різні пристосування, які використовуються нині для метання.Це все не випадково, і доводить той факт, що наші далекі предки активно займалися спортом, хоч і вимушено, із-за необхідності здобувати їжу і воду. Але, не дивлячись на це, опісля дуже маленький відрізок часу, люди почали організовувати повноцінні змагання, змагання, заходи, на яких показували свою силу, спритність і витривалість. Легка атлетика, як повноцінний вид спорту, відрізняється своєю багатогранністю і можливістю розвинути не одну частину тіла, всі разом. І ноги,і руки, і спина, плечі, прес, — саме завдяки легкій атлетиці ми маємо можливість розвивати всі ділянки тіла і робити їх ідеальними.

Замітка:

Кожен ранок вставати на двадцять хвилин раніше, приймати прохолоднийдуш, але не забудьте про те, що різко встати з ранку і, давши собі установку, займатися не можна. Організму повинно бути комфортне, і знижувати температуру води треба щодня, а не щохвилини. Після душу, зробити легку зарядку, і тоді весь день вам обіцяє успіх і гарний настрій. Найосновніше, що треба пам'ятати в таких вправах, це бути якомога активніше. Млява і сухазарядка не принесе ніякої користі. Так само, дуже корисно в післяобідній час небагато розім'ятися, зробити пробіжку. Багато хто вважає, навіть більше скажу, упевнені, що вставати рано вранці і робити пробіжку дуже корисно. Але смію розчарувати всіх, хто упевнений в цьому. Це дурний і нікчемний міф. Давним-давно вченими кардіологами було доведено, що уранішні пробіжки мало того, що не несуть користі, так навпроти, несуть багато шкоди нашому організму, і серцю в першу чергу. При такому навантаженні, коли наш організм ще не встиг прокинутися, це насильство над ним і над своїми можливостями. Серце не готово з ранку до навантаження, а тим більше до бігу. І тим самим, примушуючи з ранку його стукатися

в такому ступені, ви погіршуєте його роботу. І через пару років, не дивуйтеся, якщо раптом воно почало показувати фокуси. У будь-якому випадку, вибір за вами, але зробіть його правильним, що б ваше серце сказало вам тільки спасибі.

Мета: Вивчення ефективності вправ легкої атлетики для фізичної реабілітації, задля їх максимального відновлення.

Потрібно розуміти,що без фізичних навантажень, наше тіло буде лише деградувати. Легка атлетика дуже добре підходить як для реабілітації, так і для профілактики захворювань опорно-рухового апарату людити. Багатогранність цього спорту дає нам можливість підібрати максимально комфортний режим та програму тренувань для хворих.

Монте Дэвис в книзі «The Joy of Running» (1976) сказав: «Трудно бежать и в то же время жалеть себя. Кроме того, после длинной пробежки наступают часы ясности и уравновешенности».

Дуже точно підмічено,адже фізичні вправи(в нашому випадку легка атлетика) дають не тільки користь для опорно-рухового апарату,а й для нашого мозку. Процеси які проходять в нашому мозку під час таких навантажень надзвичайно корисно впливають на його стан.Новітні дослідження довели, що теорія про невідновлення нейронів в дорослої людини — лише міф. Дослідження спочатку у тварин, а потім у людей показало, що біг дозволяє мозку отримувати надзвичайну кількість нейронів, від яких залежить успішна робота всіх його процесів.

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ПРИ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ

Шведова Г.О.
старший викладач кафедри здоров'я людини і фізичного виховання, І нститут соціальних технологій Університету «Україна»
Молотков О.Ю.
студент магістратури спеціальності «Фізична реабілітація» Університету «Україна»
molotkow@ukr.net

Анотація. *В даній роботі висвітлена актуальність проблеми цукрового діабету I та II типу, що являють собою ці захворювання та чим вони небезпечні. Теорії, стосовно їх виникнення та формування.*

Доведено ефективність лікувальної фізичної культури в боротьбі з цими захворюваннями.

Annotation. *This paper highlights the relevance of the problem of type I and type II diabetes, which are these diseases and how dangerous they are. Theories in relation to their origin and formation. Effectiveness of therapeutic physical culture in the fight against these diseases.*

Актуальність теми: в останні десятиліття відзначається різке зростання захворюваності на цукровий діабет (ЦД), особливо в промислово розвинених районах. Кожні 10–15 років кількість хворих на цукровий діабет подвоюється. У всіх країнах світу налічується близько 35 млн. хворих на ЦД і приблизно така ж кількість хворих на діабет не виявлено.

Вивчення поширеності цукрового діабету в нашій країні показало, що число хворих на ЦД становить 1,5–3,5% від усього населення.

СД збільшує летальність в 2–3 рази, ризик розвитку ішемічної хвороби серця та інфаркту міокарда збільшується у 2 рази, патологія нирок — в 17 разів, гангрени нижніх кінцівок у 20 разів, гіпертонічна хвороба — більш ніж в 3 рази. Найбільш часто при цукровому діабеті розвивається інфаркт міокарда, порушення мозкового кровообігу. Основними причинами смерті хворих є серцево-судинні і цереброваскулярні захворювання, атеросклероз (67%), хронічна ниркова недостатність (6,7%), інфекції (11,1%).

Успіхи в діагностиці та лікуванні призвели до збільшення тривалості життя, що призвело до великої кількості пізніх ускладнень захворювання. За даними доповіді Комітету експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) щодо цукрового діабету тривалість життя при розвитку патології в дитячому віці близько 30 років (близько 50% від норми) при ЦД I типу, а при ЦД II типу в середньому близько 70% від тривалості життя здорової людини.

СД є великий медико-соціальною проблемою. Незважаючи на те, що в багатьох країнах є національні програми по боротьбі з ЦД, ця проблема ще далека від вирішення.

Порушення обміну речовин, які спостерігаються при всіх патологічних процесах, нерідко є й самостійними захворюваннями. Вони можуть бути викликані збоченням діяльності залоз внутрішньої секреції та нервової системи, неправильним харчуванням, інтоксикацією організму і іншими причинами. При порушенні одного виду обміну завжди змінюються в тій чи іншій мірі і інші

його види, оскільки між вуглеводним, білкових, жирових, мінеральним, водним обмінами є тісний взаємозв'язок.

Лікувальна роль фізичних вправ при порушеннях обміну речовин перш за все обумовлена їх трофічних впливом. М'язова діяльність збільшує енергетичні витрати організму і підсилює обмін речовин. Однак у багатьох випадках вплив занять лікувальною фізичною культурою не обмежується цим. Систематичне застосування фізичних вправ сприяє відновленню нормальних моторно-вісцеральних рефлексів, що регулюють обмін речовин.

Мета: вивчення ефективності комплексного застосування методів фізичної реабілітації в корекції функціонального стану нижніх кінцівок хворих з цукровим діабетом I типу.

Об'єкт: лікувальної фізичної культури при цукровому діабеті.

Предмет: особливості комплексу лікувальної фізичної культури при при цукровому діабеті .

Методи дослідження: ЛФК, Лікувальна гімнастика.

Вивчення процесів, що виникають в організмі людини при цукровому діабеті, дозволило значно поліпшити профілактику і лікування різних форм цукрового діабету, а так само запобігти розвитку коматозних станів.

Використання поряд з іншими засобами лікування цукрового діабету фізкультури надає позитивну дію на хворого. Лікувальна фізкультура при діабеті знижує рівень цукру в крові, покращує загальне самопочуття діабетика, підвищує його працездатність. Заняття лікувальною фізкультурою рекомендовані всім хворим на цукровий діабет, за винятком тих діабетиків, у яких є хвороби і розлади, не показані для її застосування.

У зв'язку з тим, що захворюваність СД за останні десятиліття збільшилася, діабетологія придбала найважливіше медико-соціальне значення.

Значно рідше стали спостерігатися такі грізні ускладнення ЦД, як кетоацідотическая і гіпоглікемічна кома і ін.

Висновки. Застосування лікувальної гімнастики, масажу та методів фізіотерапії у складі комплексної реабілітаційної програми на амбулаторному етапі сприяє зменшенню як суб'єктивних, так і об'єктивних проявів діабетичної полінейропатії, суттєво покращує чутливе і рухове забезпечення, та регіонарну гемодинаміку нижніх кінцівок.

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ПІСЛЯ ПОШКОДЖЕННЯ КІСТОК ТАЗА

Шведова Г.О.
старший викладач кафедри здоров'я людини та фізичного виховання,
Інститут соціальних технологій
Стужук А.О.
студент магістратури спеціальності «Фізична реабілітація»
Інституту соціальних технологій,
Університет «Україна»
astuzhuk@i.ua

Анотація. *В даний час травматизм характеризується значним збільшенням числа постраждалих з переломами кісток тазу. Це пов'язано з інтенсивністю дорожнього руху, порушеннями правил охорони праці в промисловості, в виробничому і комунальному будівництві. Такі переломи можуть відбутися також при падінні з висоти на бік, сідниці, ноги. Серед них найбільш часті переломи вертлюжної западини таза (суглобової ямки тазостегнового суглоба). Переломи можливі при здавлюванні таза, наприклад, при завалах, різкому розведенні клубових кісток обрушилася гірською породою. Спостерігаються так звані відривні переломи, коли людина, навіть не впавши, намагається зберегти рівновагу на слизькій дорозі і для цього мимоволі робить різкі рухи. При важких переломах кісток таза досить часто (25–30% випадків) виникають поєднані ушкодження, коли, крім переломів кісток таза, відзначаються пошкодження внутрішніх органів.*

Annotation. *Currently, injuries are characterized by a significant increase in the number of victims with fractures of the pelvic bones. This is due to traffic intensity, violations of the rules of labor protection in industry, in industrial and communal construction. Such fractures can also occur when falling from height to side, buttocks, legs. Among them, the most frequent fractures of the jaw of the pelvis (articular fossa of the hip joint). Fractures are possible when the pelvis is squeezed, for example, when it is blocked, a sharp dilation of the iliac bones has hit the mountain rock. There are so-called tearing fractures, when a person, even without falling, tries to maintain balance on a slippery road and for this involuntarily makes sharp movements. In severe fractures of the pelvic bones, often (25–30% of cases) there are combined injuries, when, in addition to the fractures of the pelvic bones, there are damage to the internal organs.*

Актуальність теми: На сьогоднішній день приблизно 7% від усіх видів перелому припадає саме на перелом кісток тазу. Досить часто даний вид травми супроводжується і серйозним пошкодженням внутрішніх органів, внаслідок чого значно погіршується загальний стан потерпілого, також з'являється серйозна загроза для життя людини. Саме тому хворий потребує отримання негайної допомоги. Виникають внаслідок прямої травми (падіння з висоти, ДТП, обвалах).

Множинні переломи таза відносяться до тяжких травм з великою смертністю на долікарняному етапі (1%). В 30% випадків супроводжується важким шоком, який зумовлений при нестабільних переломах тазу подразненням великої зони іннервації та масивною крововтратою (2 і більше л. крові) з лакун губчастих кісток так і періостальних судин.

Летальність при тяжких ушкодженнях досягає 20%. Поєднане з травмою пошкодження внутрішніх органів зумовлює тяжкість стану хворого та необхідність у невідкладних хірургічних заходах.

В системі лікарняного та післялікарняного лікування хворих з ушкодженнями кісток таза важливе місце займають методи фізичної реабілітації — ЛФК, масаж, фізіотерапія та інші. Науково доведено, що використання правильно підібраного комплексу методів фізичної реабілітації сприяє швидшому одужанню та покращення загального стану організму після ушкоджень тазових кісток. Тому, тема нашого дослідження є важливою та актуальною.

Мета: дослідження методів лікувально-фізичної культури та інших методів фізичної реабілітації у хворих з різними ушкодженнями кісток таза.

Об'єкт: фізіологічні порушення в організмі викликані різними ушкодженнями кісток таза.

Предмет: система методів фізичної реабілітації та технологія їх застосування у процесі лікування на лікарняному та післялікарняному етапі.

Методи дослідження: Масаж, ЛФК, Лікувальна гімнастика, Фізіотерапія, Працетерапія.

Масаж, що застосовують для лікування різних захворювань і ушкоджень, називається лікувальним. Він є ефективним засобом функціональної терапії І тому використовується на всіх етапах медичної реабілітації хворих. Масаж призначають дорослим і дітям у комплексному відновному лікуванні захворювань серцево-судинної,

дихальної і нервової систем, опорно-рухового апарату, внутрішніх органів, шкіри. Його застосовують після травм, у хірургії, гінекології, а також з метою профілактики. Лікувального ефекту масажу досягають дозованими механічними діями на тіло хворого тими самими прийомами, що застосовують в інших видах масажу.

Лікувальна фізична культура — метод лікування, що використовує засоби і принципи фізичної культури для лікування захворювань і ушкоджень, попередження їх загострень і ускладнень, відновлення здоров'я і працездатності хворих і інвалідів. Головним засобом лікувальної фізичної культури (ЛФК) є фізичні вправи їх основою є м'язова діяльність, біологічна роль якої має надзвичайно велике значення у житті людини.

Висновки. ЛФК входить до комплексного методу лікування, що застосовується в сучасній медицині. Його суть полягає у поєднанні позитивного впливу на організм різних засобів і методів лікування, що доповнюють один одного. Це забезпечує найшвидше одужання і реабілітацію хворих з максимальним ефектом за короткий час в межах існуючого захворювання або наслідків травми. Розрізняють терапевтичні, хірургічні і ортопедичні методи лікування, дієтотерапію, психотерапію.

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ

Шоботенко Я.І.
студентка магістратури спеціальності «Фізична реабілітація»
Інституту соціальних технологій,
Шведова Г.О.
старший викладач кафедри здоров'я людини та фізичного виховання,
Інститут соціальних технологій,
Університет «Україна»
happy.kot3@gmail.com

Анотація. *В даній роботі висвітлена актуальність проблеми ішемічної хвороби серця, чим являє собою це захворювання та чим воно небезпечне. Теорії, стосовно його виникнення та формування. Ефективність лікувальної фізичної культури в боротьбі з цим захворюванням.*

Annotation. *This paper highlights the relevance of the problem of coronary heart disease, what constitutes this disease and what it is dangerous.*

Theories in relation to its origin and formation. Effectiveness of therapeutic physical culture in the fight against this disease.

Актуальність теми: ішемічна хвороба серця (ІХС) — найважливіша проблема сучасної кардіології і медицини в цілому. ІХС належить до найбільш розповсюджених захворювань, проявляється в різних клінічних варіантах, призводить до низки загрозливих для життя ускладнень. При цій недузі хворі часто перебувають на стаціонарному лікуванні, тимчасово або стійко втрачають працездатність. ІХС належить одне з перших місць серед причин смертності дорослого населення.

Мета: розглянути особливості лікувальної фізичної культури при ішемічній хворобі серця.

Об'єкт: лікувальна фізична культура при ішемічній хворобі серця.

Предмет: особливості комплексу лікувальної фізичної культури при ішемічній хворобі серця.

Методи дослідження: теоретичний аналіз та обґрунтування даної спеціальної літератури.

За останні 35 років проведено багато досліджень, які свідчать про те, що розвитку серцево-судинних захворювань, зокрема ішемічної хвороби серця, сприяє малорухливий спосіб життя — гіподинамія, а також гіперхолестеринемія, значні емоційні навантаження, куріння, надмірна маса тіла, стало помітним зростання захворювань на артеріальну гіпертензію й атеросклероз у осіб зрілого та середнього віку (30–59 років). Особливо схильні до цих захворювань жителі економічно розвинутих країн, спосіб життя трудова діяльність яких пов'язані з обмеженою руховою активністю та нервово-психічним напруженням.

Люди, які систематично займаються фізичними вправами, хворіють на 17,5% менше. Тому необхідно використовувати всяку можливість для збільшення фізичної активності протягом дня, раціонально використовувати вільний час, заповнюючи його виконанням фізичних вправ, які забезпечують економну роботу багатьох органів та систем і, в першу чергу, серцево-судинної системи, підвищуючи її адаптаційні можливості, нормалізують артеріальний тиск, масу тіла, знімають нервово-емоційне навантаження. Заняття фізичними вправами повинні стати і невід'ємною частиною реабілітаційної роботи з людьми, які перенесли тяжкі захворювання, проходять відновлення після операцій.

При використанні фізичних вправ необхідно враховувати стан здоров'я, фізичні та психічні можливості, фізичний розвиток та вік людини, рівень тренованості серцево-судинної системи.

Особливої ролі у профілактиці та лікуванні ІХС набуває правильно організований руховий режим, який включає фізичні вправи.

Висновки. Фізична культура має значні можливості впливу на систему дихання, порушення функції якої відіграє важливу роль у патогенезі цього захворювання.

Фізичні вправи знижують вміст холестерину у крові, систематичні заняття фізкультурою при ІХС поряд з іншими засобами лікування сприяють нормалізації показників фібринолітичних систем зсідання крові.

ЗАГАЛЬНО-ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ЗМІСТУ ІНДИВІДУАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

Яворська Т.Є.
к.фіз.вих., доцент, доцент кафедри фізичної реабілітації
Житомирського економіко-гуманітарного інституту
Університету «Україна»»
tatiana-82@meta.ua

Анотація. *Представлена проблема інвалідності осіб з обмеженими функціональними можливостями. Подано визначення та фактори реабілітаційного потенціалу. Розглянуто суть реабілітаційного прогнозу. Розкрито зміст індивідуальної програми реабілітації. Обґрунтована необхідність впровадження реабілітаційних заходів для людей з обмеженими функціональними можливостями.*

Annotation. *Presents the problem of disability of persons with limited functional capabilities. The definition and factors of rehabilitation potential are given. The essence of the rehabilitation forecast is considered. The content of an individual rehab program is disclosed. The necessity of implementation of rehabilitation measures for people with limited functional capabilities is substantiated.*

Інвалідність — це обмеження в можливостях, яке спричинене фізичними, психічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими та іншими бар'єрами, які не дозволяють людині

бути інтегрованою в суспільство й брати участь в житті родини та держави на тих умовах, що й інші члени суспільства. Відомо, що історія розвитку проблеми інвалідності свідчить про те, що вона пройшла складний шлях від невизнання суспільством осіб з обмеженими функціональними можливостями до необхідності інтеграції їх у суспільство та, відповідно, створення для них безбар'єрного середовища. Отже, інвалідність є проблемою не тільки однієї людини або групи людей, але й всього суспільства вцілому.

На жаль, у нашому суспільстві склався такий стереотип, що людина з обмеженими функціональними можливостями — це особа, яка переважно перебуває дома, яка не в змозі самостійно пересуватися, орієнтуватися, спілкуватися, навчатися й займатися трудовою діяльністю. Досить часто такі люди замикаються у собі, не можуть знайти свого призначення в житті, не розуміють сенсу свого існування. Але, насправді, особа з вадами розвитку — це в першу чергу — людина й особистість і вже потім — особа, яка має певні особливі потреби. У європейських країнах люди з особливими потребами живуть, працюють та відпочивають, як і всі інші люди. Тому, особа з обмеженими функціональними можливостями, яка народилася та проживає в нашій країні, повинна мати підтримку не тільки з боку держави, але й мати шанс на отримання реабілітаційних заходів, визначені індивідуальною програмою.

Метою є розкрити зміст індивідуальної програми реабілітації осіб з обмеженими функціональними можливостями.

Індивідуальна програма реабілітації — комплекс заходів медичного, соціального, психологічного, педагогічного, професійного характеру, які спрямовані на відновлення чи компенсацію порушених функцій або втрачених навичок неповносправних осіб, для забезпечення більш високого рівня життєдіяльності, максимально можливого відновлення працездатності, повернення в суспільство.

Проведений нами аналіз спеціальної літератури дозволив встановити, що обов'язковими елементами складання індивідуальної програми реабілітації (ІПР) є визначення реабілітаційного потенціалу (комплекс біологічних, психофізіологічних і соціально-психологічних характеристик людини, а також факторів соціального середовища, що дозволяють реалізувати його потенційні можливості (здатності) до реабілітації), складання реабілітаційного прогнозу (передбачувана ймовірність реалізації реабілітаційного потенціалу та передбачуваний рівень інтеграції інвалідів у суспільство, який визначається не тільки рівнем і змістом реабілітаційного

потенціалу, а й реальними можливостями застосування для його реалізації сучасних реабілітаційних технологій, засобів і методів) та оцінка досягнутих результатів [1]. Відповідно до ІПР кожній особі, що має певні обмеження, розробляється реабілітаційний маршрут.

Отже, підсумовуючи все вище перераховане, можна розкрити зміст ІПР: встановлення точного функціонального діагнозу та рухової спроможності хворого, що відображає стадію, клінічні прояви та фазу захворювання, уміння визначити найближчий та віддалений прогноз даного захворювання; визначення режиму фізичної реабілітації (розпорядок дня, суспільні, культурні та лікувальні заходи, сеанси психотерапії тощо) та режиму харчування; ортопедичне забезпечення осіб з обмеженими можливостями (лікування положенням, сухе та підводне витяжіння, призначення відповідних фіксуючих пристосувань,своєчасне протезно-ортопедичне забезпечення); застосування засобів ЛФК (ранкова гігієнічна гімнастика, лікувальна гімнастика, дозована ходьба, теренкур, басейн); використання різних видів масажу, апаратної фізіотерапії (електролікування, ультразвуку, світло- та теплолікування) та нетрадиційних методів фізичної реабілітації (голкорефлексотерапії, гомеопатії, східних оздоровчих систем); працетерапія (кімната побутової реабілітації, навчально-тренувальні стенди, професійні тренажери, спецінвентар тощо); медико-соціальні заходи, направлені на особистість хворого, на створення в колективі родини доброзичливого відношення; кваліфіковане вирішення питань повернення неповноспроможної особи до активного суспільного життя; оцінка ефективності відновного лікування та якості фізичної реабілітації з визначенням її рівня — відновлення, компенсація, реадаптація.

Таким чином, на нашу думку, основний зміст реабілітаційної роботи визначається саме повагою до особи з обмеженими функціональними можливостями, максимальним заохоченням її до самостійності й активності, мінімальним обмеженням її свободи й поступовим відновленням функцій в умовах створення атмосфери взаємної довіри, використанням індивідуального підходу в поєднанні з оптимізацією, комплексністю лікування, розробкою ІПР та співпрацею з її родиною.

Література

1. Наказ МОЗ України «Про затвердження Інструкції про встановлення груп інвалідності «(Інструкція, п.1.2) 05.09.2011 N 561 (z1295-11).

СЕКЦІЯ IV

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

ПРОБЛЕМА ЗАЙНЯТОСТІ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ: МІЖНАРОДНО-ПРАВОВИЙ АСПЕКТ ТА УКРАЇНА

Аванесян Г.М.
доцент кафедри правознавства
Полтавського інституту економіки і права
Університету «Україна»
Lev545964@ukr.net

***Анотація**. У тезах розглядаються питання працевлаштування осіб з обмеженими можливостями та проблеми правового регулювання у цій сфері. Визначено концептуальні засади побудови суспільних відносин з врахуванням інтеграції осіб з інвалідністю у суспільний простір.*

***Annotation.** The thesis addresses the issues of employment of people with disabilities and the problems of legal regulation in this area. The conceptual principles of construction of social relations are determined taking into account the integration of persons with disabilities into the public space.*

Проблемі працевлаштування осіб з обмеженими можливостями останнім часом приділяється значна увага. Багато вчених подавали власне бачення цієї проблеми і власні вектори її вирішення. Серед них можна виділити таких, як Н.Б. Болотіна, В.І. Прокопенко, О.М. Ярошенко, Г.І. Чанишева, К.П. Уржинський та багато інших.

Теоретичні основи управління у проблемних сферах стосовно соціально-економічного забезпечення зайнятості осіб з обмеженими

можливостями відображенні у працях Т.О. Михайлівської, С.А. Петренко, І.В. Письменної, А.Р. Шевцова, локальному законодавстві прийнятому Верховною Радою України за роки незалежності, а також у міжнародних нормативно-правових актах.

3 грудня 1982 року на Генеральній Асамблеї ООН була прийнята Всесвітня програма дій стосовно осіб з обмеженими можливостями, розділ Е» якої регламентує відновлення працездатності осіб з обмеженими можливостями, а саме процес відновлення працездатності, зазвичай пов'язаний із наданням різноманітних типів послуг.

В 1983 році була прийнята Женевська Міжнародна Конвенція №159, відповідно до статті 1 якої термін «інвалід» означає особу, можливості якої отримувати, зберігати підходящу роботу та просуватися по службі значно обмежені у зв'язку із належним чином підтвердженою фізичною чи розумовою вадою. В цілях цієї Конвенції кожний член Організації вважає завданням професійної реабілітації забезпечення осіб з інвалідністю можливості отримувати, зберігати підходящу роботу й просуватися по службі, сприяючи тим самим його соціальній інтеграції або реінтеграції.

У 1993 році на Генеральній Асамблеї ООН було прийнято Правило №7, яке регулює зайнятість осіб з обмеженими можливостями. Воно регламентує наступне: «Державам слід визнати принцип, відповідно до якого особи з інвалідністю повинні дістати можливість здійснювати свої права людини, особливо в області зайнятості. Як у сільській місцевості, так і в міських районах вони повинні мати рівні можливості для заняття продуктивною і приносячого дохід трудовою діяльністю на ринку праці. Закони і правила в області зайнятості не повинні бути дискримінаційними відносно осіб з інвалідністю і не повинні створювати перешкод для їх працевлаштування.

Поширення тенденції до сприяння зайнятості осіб з інвалідністю з одного боку, як складової соціальної політики держави, а з іншого — як економічно доцільного процесу, що має певний ефект завдяки зменшенню витрат на допомогу з інвалідності та, відповідно, зменшенню масштабів бідності серед цієї категорії громадян, свідчить про позитивний результат такої державної політики. Так, за статистикою, в Австралії рівень економічної активності серед чоловіків з інвалідністю складає майже 60%, жінок — 46%, у Великій Британії — 50%, у Німеччині — рівень

економічної активності серед людей з тяжкою формою інвалідності — 38%. У Швеції рівень економічної активності серед осіб з інвалідністю складає 68%. В Італії 55% осіб з інвалідністю працездатного віку працюють. У Франції право осіб з обмеженими можливостями на працю законодавчо закріплено в 2005 р. Відтоді всі підприємства, на яких працюють понад 20 службовців, повинні приймати на роботу не менше 6% людей з обмеженими фізичними можливостями. Таких підприємств нині у Франції налічується 120 тисяч.

Головні принципи стратегії зайнятості осіб з інвалідністю викладені у двох міжнародних документах: Плану дій Ради Європи щодо забезпечення прав та повноцінної участі осіб з обмеженими можливостями у суспільному житті, 2006–2015 роки та Конвенції ООН про права осіб з інвалідністю 2006 року.

Незважаючи на те, що певні кроки у розвитку законодавства, спрямованого на забезпечення працевлаштування осіб з обмеженими можливостями вже були зроблені, відкритою залишається низка інших питань, безпосередньо чи опосередковано пов'язаних із зайнятістю осіб з інвалідністю. Необхідним є реальне впровадження заходів, спрямованих на працевлаштування осіб зі зниженою працездатністю, пошук нових шляхів трудової реабілітації осіб з обмеженими можливостями, створення державою умов, які ефективно забезпечать особам з інвалідністю рівні громадянські і політичні права.

Література

1. Декларация о правах инвалидов от 9 декабря 1975 г. // Офіційний сайт Верховної Ради України. Режим доступу — http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/995_117.

2. Всесвітня програма дій стосовно інвалідів: прийнята Генеральною Асамблеєю Організації Об'єднаних націй 3 грудня 1982 року // Офіційний сайт: www.expertsoft.com.ua. — 2008. — 33 с.

3. Конвенція про права інвалідів від 13 грудня 2006 року // Офіційний сайт: www.expertsoft.com.ua. — 2008. — 26 с.

4. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 21 березня 1991р. №876-XII// Відомості Верховної Ради УРСР. — 1991. — №21. — Ст. 252.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Алєксейчук Л.О.
студентка І курсу, група МІ-11/17
спеціальність «Міжнародна інформація»,
Інститут права та суспільних відносин, Університет «Україна»
ylija99@gmail.com
Науковий керівник: ***Афанасьєв Б.А.,*** *кандидат економічних наук,*
доцент кафедри теорії права та міжнародної інформації,
Інститут права та суспільних відносин,
Університет «Україна»

Анотація. *Теза присвячена висвітленню перешкод, із якими доводиться стикатись особам з інвалідністю під час реалізації гарантованого Конституцією України права на працю, та розкриттю проблем щодо реалізації державної політики у напрямі працевлаштування осіб вказаної категорії. У статті розглядається нормативно-правове забезпечення соціального захисту людей з обмеженими можливостями, проблеми, які зустрічаються з їх працевлаштуванням на ринку праці, а також методи та шляхи їх вдосконалення.*

Annotation. *Normative and legal security of social security of people with limited potentialities, problems with their employment and methods of its improvement are discussed in this articleThis article showcases the obstacles with which to face people with disabilities in the implementation of the Constitution of Ukraine the right to work, and disclosure issues on realization of state policy towards the employment of a specified category.*

Роботодавці усвідомлюють, що людина з інвалідністю періодично, залежно від характеру захворювання та причини встановлення інвалідності, має проходити медико-соціальну експертну комісію для підтвердження інвалідності. Цей процес потребує перебування у стаціонарі

Ізольованість осіб з інвалідністю призводить до того, що вони відчувають себе некомфортно і не можуть повноцінно адаптуватися в суспільстві та реалізувати себе серед фізично здорових людей.

В Україні права інвалідів на отримання соціальної допомоги та реабілітації закріплені у законі «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» (1991 р. зі змінами та доповненнями), який став важливою віхою у наближенні соціальної політики України до світових стандартів (Стандартні правила забезпечення рівних мож-

ливостей для інвалідів, прийняті Генеральною Асамблеєю ООН у 1993 році).

Із загального числа інвалідів — майже половина знаходиться у працездатному віці і потребує реабілітації та подальшого працевлаштування.

Як свідчить досвід практичної діяльності, особи з обмеженими фізичними можливостями не можуть на рівних конкурувати на ринку праці, особливо в суч вас них економічних умовах, коли перехід до ринкових відносин вимагає інтенсифікації виробництва, підвищення вимог до загального фізичного та інтелектуального стану працюючих. Тому професійна реабілітація інвалідів стала на сьогодні є однією з найважливіших проблем суспільства.

Головним чинником, який стримує зайнятість осіб з обмеженими фізичними можливостями є низький,освітній та професійний рівень. На ринку праці відокремлюється суттєва проблема в подоланні дисбалансу між попитом і пропозицією цієї специфічної робочої сили. Одним із чинників стримування зайнятості також є:

1) відсутність інформації про те, які підприємства створюють нові робочі місця для працевлаштування інвалідів за рахунок Фонду;

2) відсутність гнучких форм організації праці та механізму зацікавлення роботодавців у працевлаштуванні інвалідів;

3) низька оплата праці на запропоновані роботодавцем робочі місця та невідповідності обмежень в роботі з вимогами роботодавця.

Соціальні структури міста Мелітополя долучаються до вирішення проблемних питань цієї категорії осіб. Серед них і Мелітопольський міський центр зайнятості. На базі центру надаються консультації, проводяться інформаційні заходи, підтримуються зв'язки з роботодавцями міста у напрямку підбору відповідних вакансій

До вирішення проблеми професійної реабілітації залучені державні адміністрації, органи місцевого самоврядування, відповідні Міністерства, Фонд соціального захисту інвалідів, громадські організації інвалідів, спілка промисловців та підприємців, підприємства всіх форм власності та Державної служби зайнятості.

За підтримки Програми розвитку ООН в Україні 11 липня 2017 року та за участі першого заступника Міністра соціальної політики Ольги Крентовської, заступника Міністра соціальної політики Наталії Федорович та в.о. Голови Державної служби зайнятості (Центрального апарату) Валерія Ярошенка відбувся круглий стіл «Актуальні питання політики зайнятості людей з інвалідністю».

Державною службою зайнятості розгорнуто комплексну інформаційно-роз'яснювальну роботу для сприяння в адаптації на ринку праці людей з фізичними обмеженими можливостями. Проте, слід відмітити, що не дивлячись на низку вищезгаданих законів, прийнятих державою на підтримку інвалідів, існують проблеми інвалідів при працевлаштуванні.

Отже, враховуючи вищевикладене, доходимо висновку щодо необхідності дотримання конституційних норм, виконання міжнародних зобов'язань, зміни державної політики, що у результаті приведе до покращення міжнародного іміджу держави, соціальної активності людей з інвалідністю, а позитивні зміни впливатимуть на рівень довіри громадянського суспільства до влади; реорганізація служб та відомств дасть можливість позбавитися зайвих, неефективних ланок на шляху до працевлаштування осіб з інвалідністю, створивши при цьому зручну та прозору систему.

Література

1. Конституція України. Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 26.06.1996 р. // Відомості Верховної Ради України. — 1996. — № 30. — Ст. 141.

2. Коляденко Н.В. Проблеми надання соціальної допомоги особам з обмеженими можливостями // Ринок праці та зайнятості населення. — 2007. — №1. — С. 24–27.

3. Кодекс законів про працю України // Відомості Верховної Ради УРСР. — 1971. — №50. — Ст. 375.

4. Про зайнятість населення: Закон України від 1 березня 1991 р. №803-XII.

СВІТОВИЙ ДОСВІД ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ЛЮДЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Бахур Н.В.
ст. викладач кафедри фінансів та банківської справи
Інституту економіки та менеджменту
Університету «Україна»
Nadin_B@ukr.net

Анотація. *Розглянуто питання світового досвіду працевлаштування осіб з обмеженими можливостями у порівнянні з українськими реаліями. Головним принципом у працевлаштуванні людей з особливими потребами, має бути мотивація роботодавця.*

Annotation. *The questions of world experience of employment of persons with disabilities in comparison with Ukrainian realities are considered. The main principle in the employment of people with special needs must be the employer's motivation.*

Станом на сьогодні 15% населення Землі — люди з особливими потребами (понад 1 мільярд людей). Пропорційна кількість осіб із інвалідністю в різних країнах дуже відрізняється: держави з високим рівнем доходів мають, як правило, більший відсоток населення з інвалідністю, що свідчить радше про відмінність критеріїв визначення інвалідності. Наприклад, у Китаї кількість людей із інвалідністю сягає 5%, а у США майже вчетверо вища — 19%. Відповідний показник у Німеччині — 13%, у Франції — 10%, а в Україна трохи вищий ніж 6%. Приблизно такий самий відсоток має Індія [1]. Загальна кількість далеко не завжди впливає на співвідношення працевлаштованих осіб із інвалідністю. Скажімо, у Китаї працюють 80% інвалідів, у Великобританії — 40%, у США — 29%., в Україні офіційно працевлаштовано близько 30% осіб із інвалідністю працездатного віку, однак, за даними американського звіту про права людини,реальна кількість сягає лише 13%. До 2020 року в кожному окрузі Китаю має з'явитися принаймні одна установа, що пропонує працевлаштування для людей із психічними розладами і важким ступенем інвалідності. Наприклад, у Великобританії, яка є однією з лідерів у Європі з працевлаштування людей із інвалідністю, передбачено організацію підприємств із полегшеним режимом праці, на яких робітники освоюють нові професії й переходять потім на звичайні підприємства. Для інвалідів на візках має бути створено умови навчання та працевлаштування вдома. У Швеції уряд стимулює роботодавців не наданням податкових пільг підприємствам, а виплатою індивідуальних дотацій на кожну працевлаштовану особу з інвалідністю. Сам працівник отримує допомогу по інвалідності й заробітну плату, але сума виплат не перевищує визначеного рівня. У Німеччині діє державна програма зайнятості для осіб із важкими формами інвалідності, що передбачає низку субсидій і пільг для підприємців, які працевлаштовують осіб із інвалідністю. Роботодавці, які мають понад 20 співробітників, зобов'язані надавати людям із важким ступенем інвалідності 5% наявних робочих місць. Однак, багато хто воліє заплатити компенсаційне відрахування, аніж створювати робочі місця для людей із інвалідністю. Причина в тому, що особи з розумовими

і фізичними вадами користуються особливим захистом від звільнення і мають право на додаткову відпустку. У Польщі квота на робочі місця для людей із інвалідністю сягає 6%. Польське законодавство зобов'язує кожного працедавця спочатку сплатити грошовий внесок до Фонду реабілітації інвалідів. Далі встановлюється квота працевлаштування інвалідів і, відповідно, звільняються від сплати внеску ті, хто її заповнив. На відміну від українського законодавства, внесок не є адміністративним штрафом. Таким чином, у Польщі будь-який суб'єкт господарювання, що виконує умови, передбачені законодавством, може отримати різні види грошової компенсації. Варшава — «Криголами» — так називається масштабний польський проект, який заохочує працедавців брати на роботу інвалідів. У польському Сеймі урочисто відзначили 7-річчя функціонування цієї програми, яка прокладає дорогу інвалідам на ринку праці. Внаслідок цього, говорять вони, у цілій Польщі роботу знайшли тисячі інвалідів. Упродовж семи років у конкурсі «Криголами» взяли участь 1915 фірм, установ та організацій. Французьке суспільство має у своєму розпорядженні значно більші, ніж в Україні, фінансові ресурси для надання різних видів допомоги інвалідам, хоча чисельність визнаних офіційно інвалідів (1,8 млн. осіб) значно менше, ніж в Україні (більше 2,8 млн. осіб). Прийнято, що одноденна зарплата всіх найманих працівників раз на рік перераховується на користь інвалідів. Це — 2 млрд.євро. Близько 13 млрд.євро йде на утримання медико-соціальних установ для інвалідів [2].

У вітчизняному законодавстві закладені норми, які мали би змушувати працедавців брати на роботу інвалідів, але офіційна статистка свідчить про досить низькі показники — лише 700 тис. працюючих осіб з обмеженими можливостями.

Світовий досвід показує, що головним принципом у працевлаштуванні людей з особливими потребами, має бути позитивне стимулювання, мотивація роботодавця, а не санкції. Верховна Рада України має кілька законопроектів щодо зміни принципів працевлаштування осіб із інвалідністю, які апелюють саме до європейського досвіду. Проект №4578 наголошує на необхідності диференційованого підходу до квотування робочих місць, що, головним чином, захищає інтереси роботодавців [3]. Втім, він містить пропозицію про створення єдиного Реєстру осіб із інвалідністю, котрі шукають роботу, і ця пропозиція може виявитись ефективною. А проект №0931 пропонує залишити для осіб із інвалідністю

II групи пенсію з інвалідності й у випадку якщо вони продовжують трудову діяльність — це відповідає шведській практиці [3].

Література

1. http://w1.c1.rada.gov.ua — офіційний портал Верховної Ради України.
2. http://commons.com.ua — світовий досвід щодо соціального захисту громадян з особливими потребами.
3. http://trud.gov.ua — французький досвід щодо соціального захисту громадян з інвалідністю.

ПРОБЛЕМИ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Волосовська О.А.
студентка 4 курсу спеціальності «Облік та аудит»
Інституту економіки та менеджменту Університету «Україна»
olia.volosovskaia@ukr.net
Науковий керівник: ***Осадча О.А.****, кандидат економічних наук,*
доцент кафедри фінансів та банківської справи,
Інститут економіки та менеджменту Університету «Україна»
osayaa@ukr.net

Анотація. *Дані тези присвячені висвітленню перешкод, із якими доводиться стикатись особам з інвалідністю під час реалізації гарантованого Конституцією України права на працю, та розкриттю проблем щодо реалізації державної політики у напрямі працевлаштування осіб вказаної категорії. Також у статті автор, на підставі власних міркувань і практики діяльності органів виконавчої влади та громадських організацій інвалідів, вносить пропозиції щодо можливих шляхів ліквідації таких перешкод і вирішення відповідних проблем.*

Annotation. *This article showcases the obstacles with which to face people with disabilities in the implementation of the Constitution of Ukraine the right to work, and disclosure issues on realization of state policy towards the employment of a specified category. Also in the article the author, based on personal considerations and practice of executive bodies and public organizations of disabled people, make proposals on possible ways to eliminate these obstacles and solve relevant problems.*

Трудова діяльність відіграє одну з ключових ролей у процесі соціалізації та самореалізації будь-якої людини. Не є виключенням

особи з інвалідністю, для яких зайнятість є стимулом до життя, способом самоствердження, вона дає можливість людям з відповідними вадами здоров'я відчути власну необхідність як зі сторони членів родини, так і зі сторони членів суспільства у цілому, подолати наслідки інвалідності, поліпшити матеріальне становище тощо. Із огляду на викладене, вбачається крайня необхідність виявлення проблем у реалізації особами з інвалідністю права на працю, і, відповідно, віднайдення шляхів їх вирішення, що і є метою даної статті.

Розвиток усіх сфер суспільного життя: політики, економіки, науки, освіти, культури тощо, їх пристосування до норм та стандартів зарубіжних країн, посилення впливу громадських утворень на регульовані державою суспільні відносини, поглиблення співпраці між державними та місцевими органами влади у регулюванні відповідних відносин, вимагає швидкого реагування членів суспільства на відповідні зміни, пристосування до умов, що складаються. [2, с. 32–36]

Як свідчить міжнародна й національна практика, особи з інвалідністю далекі від повної інтеграції на ринку праці, що обумовлюється високим рівнем їх безробіття, а також пасивністю у пошуку роботи через не вдалість спроб віднайти підходящу. [1, с. 48–51]

В Україні станом на початок 2017 року налічується близько 3 млн осіб із інвалідністю, майже 80% із них — працездатного віку, що відповідає кількості понад 2,5 млн осіб. Водночас, за даними останніх років, працевлаштованими є приблизно третина з них — 700–800тис. осіб. Однак, на думку експертів, ці цифри — завищені, оскільки зайнятість осіб із інвалідністю часто існує лише «на папері». Більш реальна цифра — 13%. До того ж, попри декларування державою захисту прав ветеранів, після збільшення кількості людей, які отримали інвалідність через бойові дії в зоні АТО, частка працевлаштованих не зросла.

Право на працю осіб із обмеженими можливостями гарантує, перш за все, Конституція. Крім того, Україна ратифікувала низку міжнародних актів, які мають запобігти дискримінації осіб із інвалідністю у сфері праці. Це, зокрема, Конвенція МОП №159 «Про професійну реабілітацію інвалідів», Декларація ООН «Про права інвалідів», низка рекомендацій Ради Європи і т. д.

Закон України *«Про зайнятість населення»* встановлює право будь-якої особи на захист від проявів дискримінації у сфері зайнятості. Зокрема він забороняє в оголошеннях про вакансії зазначати обмеження щодо віку чи статі кандидатів, а також вимагати від кандидатів надавати інформацію про особисте життя. [4]

Одним із головних документів для оформлення працевлаштування особи з інвалідністю є рекомендація медико-соціальної експертної комісії (МСЕК). І якщо в ній вказано, що людина з інвалідністю непрацездатна, то центр зайнятості не може взяти її на облік. Тож саме на цьому етапі всі гарантовані вищезгаданими законодавчими актами права нівелюються.

Варто окремо додати, що МСЕК часто пов'язують із корупцією. Випадки затримання посадовців комісії під час отримання хабаря останнім часом було зафіксовано в Житомирі, Вінниці, Полтаві та Луцьку. Зокрема йшлося про вимагання грошей за оформлення необхідних документів навіть попри очевидну інвалідність людини, як, наприклад, відсутність у інваліда з дитинства ноги або кисті руки у ветерана після поранення в зоні АТО.

Формується практика, коли люди з особливими потребами або не можуть за законом працювати взагалі, або ж їм пропонують вакансії, які не вимагають високого освітньо-кваліфікаційного рівня [3, с. 43–45].

На нашу думку, у переважній більшості випадків, у сфері працевлаштування осіб з інвалідністю існуючі проблеми пов'язані з недосконалістю механізмів застосування національного законодавства й забезпечення виконання його вимог.

Необхідним є реальне впровадження заходів, спрямованих на працевлаштування осіб зі зниженою працездатністю, пошук нових шляхів трудової реабілітації інваліда, створення державою умов, які ефективно забезпечать інвалідам рівні громадянські і політичні права.

Вирішення цих проблем і постійне удосконалення законодавства дасть змогу людям з інвалідністю дійсно відчути себе необхідною та важливою частиною нашого соціуму.

Література

1. Бойко А.К. Щодо працевлаштування інвалідів в Україні / А.К. Бойко //Збірник наукових праць Харківського національного педагогічного університету імені Г.С. Сковороди. «Право». — 2016 — Вип. 20 — С. 48–51.

2. Інвалідність та суспільство: навчально-методичний посібник. За заг. редакцією Байди Л.Ю., Красюкової — Еннс О.В. / Кол. авторів: Байда Л.Ю., Красюкова — Еннс О.В., Буров С Ю., Азін В.О., Грибальський Я.В., Найда Ю.М. — К., 2016. — 216 с.

3. Куровська Г. Основні Концепції державної політики залучення осіб з інвалідністю до ринку праці: міжнародний аспект // Україна: аспекти праці. — 2015. — №1. — С. 43–45.

4.Соціальний захист населення України 2015: Статистичний збірник / відп. за вип. О.О. Кармазіна; Державна служба статистики України. — К., 2016 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2016/zb/10/zb_ sirj_2015_pdf.zip.

ІНКЛЮЗИВНА ОСВІТА ТА ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ВЕТЕРАНІВ АТО

Вотченікова О.В.
к.е.н., доцент кафедри маркетингу,
Інститут економіки та менеджменту
Університету «Україна»
kompan-olga@ukr.net

Анотація. *Адаптація демобілізованих учасників АТО — важливе державне завдання. Особливої уваги потребують ветерани, які внаслідок участі в АТО знизили рівень фізичних можливостей. Один із напрямків адаптації — отримання освітніх послуг у загальних студентських групах з гарантованим працевлаштуванням. Механізм впровадження — формування системи державно-приватного партнерства. Інструмент — використання матричного методу при проектуванні системи взаємовигідних відносин.*

Annotation. *Adaptation of the demobilized ATO participants is an important public task. Particular attention is needed by veterans who, because of their participation in ATO, have reduced the level of physical abilities. One of the areas of adaptation is the provision of educational services in general student groups with guaranteed employment. The mechanism of implementation — the formation of a system of public-private partnership. The tool is the use of the matrix method when designing a system of mutually beneficial relations.*

Проведення АТО на сході нашої країни, об'єктивно веде до збільшення кількості людей з обмеженими можливості. Взаємодія суспільства та учасників АТО, які зазнали фізичних уражень — це складний процес, індикатор зрілості, толерантності. Не останнє місце у цьому процесі займає швидка соціальна адаптація учасників АТО, а саме: можливість навчатися та працевлаштовуватись.

Активне залучення у всі сфери життя учасників АТО з обмеженими можливостями сприятиме зняттю напруженості, формуван-

ню суспільства рівного соціального потенціалу незалежно від фізичних можливостей. Для України зниження моральної травми при поверненні учасників АТО до мирного життя є одним з елементів сталого розвитку, що передбачає розвинену соціальну складову суспільного розвитку.

Інклюзивна освіта та працевлаштування ветеранів АТО з обмеженими можливостями може стати дієвим інструментом вирішення багатьох проблем, пов'язаних з соціальною адаптацією. Для реалізації цього завдання необхідно розробити та впровадити систему ефективного державно-приватного партнерства з усіма заінтересованими установами, організаціями та групами, а саме: державою, вищими навчальними закладами, бізнес-структурами, бійцями АТО з обмеженими можливостями та представниками їх інтересів. Функціонування системи державно-приватного партнерства повинно здійснюватись у межах прогресивного юридичного поля. Важливим елементом функціонування системи державно-приватного партнерства із надання інклюзивної освіти та працевлаштування ветеранів АТО з обмеженими можливостями (далі — система) є взаємна вигідність між сторонами, що взаємодіють. Для виміру взаємної вигідності можна запропонувати показники: узгодженість вигідності у системі, що розраховуються за формулою:

$$Увс = Кав/Кзв, \quad (1)$$

де Увс — узгодженість вигідності у системі;
Кав — кількість відносин з адекватною вигідністю;
Кзв — загальна кількість відносин.

Показник узгодженості вигідності відносин в системі показує скільки відсотків взаємовідносин з адекватною вигідністю по відношенню до загальної кількості відносин. Наглядним ілюстратором узгодженості взаємної вигідності в системі може бути матриця визначення взаємної вигідності (рис. 1).

Повна узгодженість вигідності спостерігається у квадрантах: 4,7,10,13. При чому 4 — зона відсутності взаємної вигідності, 7 — зона низької взаємної вигідності, 10 — зона середньої взаємної вигідності, 13 — зона високої взаємної вигідності.

Середня узгодженість або узгодженість вигідності від відносин між суб'єктами взаємодії можна відзначити у квадрантах 3, 8, 9, 14. При чому, квадранти 9 та 14 можна вважати зонами наближення до взаємної вигідності, а зони 3, 4 та 8 — зонами взаємної невигідності відносин для ринкових суб'єктів.

Неузгодженість вигідності відносин слід відзначити у квадрантах: 1, 2, 5, 6, 11, 12, 15, 16. Всі їх можна віднести до типу відносин з відсутністю взаємної вигідності, або низькою взаємної вигідністю при неузгодженому ставленні одного з суб'єктів взаємодії до іншого.

Рис. 1. **Матриця визначення взаємної вигідності між суб'єктами системи**

Матриця визначення взаємної вигідності між суб'єктами системи державно-приватного партнерства із надання інклюзивної освіти та працевлаштування ветеранів АТО з обмеженими можливостями може стати робочим інструментом в управлінні всією сукупністю відносин з метою формування оптимальної моделі.

Література

1. Збірник науково-методичних праць Кам'янець-Подільського планово-економічного технікуму-інтернату «Вектор» — Вип. 1. м. Кам'янець-Подільський, 2016 — 424 с.

ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ ФІЗИЧНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ: ПРОБЛЕМИ НА РИНКУ ПРАЦІ

Глущенко К.С.
студент спеціальності «Правознавство», група ПЗ-43,
Інститут права та суспільних відносин Університету «Україна»
Науковий керівник: ***Ізуїта П.О.****, к.ю.н., доцент,*
професор кафедри цивільного, господарського,
адміністративного права та правоохоронної діяльності,
Інститут права та суспільних відносин, Університет «Україна»

Анотація.*У статті аналізуються проблеми щодо працевлаштування інвалідів Україні, шляхи їх вирішення та роль Державної служби зайнятості в цьому процесі.*

Annotation. *The article analyzes the problems of employment of disabled people in Ukraine, ways of their solution and the role of the State Employment Service in this process.*

В Україні права інвалідів на участь в активному житті суспільства й захист їхніх інтересів закріплені низкою законодавчих та нормативно-правових актів. Вони спрямовані на створення їм рівних з іншими громадянами можливостей у реалізації цивільних, політичних та інших конституційних прав і свобод. В Основному Законі держави права і свободи інвалідів окремо не обумовлюються, а надаються їм з усіма громадянами України, підкреслюючи тим самим їх рівноправність.

В Україні чисельність інвалідів за останні роки збільшилась і становлять сьогодні 2,6 мільйона осіб, які перебувають на обслуговуванні в органах праці та соціального захисту населення.

Проблема полягає в тому, що із загального числа інвалідів майже половина перебуває у працездатному віці і потребує реабілітації та подальшого працевлаштування.

Ми ставимо за мету проаналізувати можливість комплексного підходу до працевлаштування людей з обмеженими фізичними можливостями.

Як свідчить досвід практичної діяльності, особи з обмеженими фізичними можливостями не можуть на рівних конкурувати на ринку праці, особливо в сучасних економічних умовах, коли перехід до ринкових відносин вимагає інтенсифікації виробництва,

підвищення вимог до загального фізичного та інтелектуального стану працюючих. Тому професійна реабілітація інвалідів стала однією з найважливіших проблем суспільства.

Завдання полягають у тому, щоб при аналізі даної проблеми, спираючись на нормативно-правову базу соціального захисту осіб з обмеженими фізичними можливостями, розробити методи діяльності державних центрів зайнятості у сприянні їх працевлаштуванню.

В Україні права інвалідів на отримання соціальної допомоги та реабілітації закріплені у законі «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», який став важливою віхою у наближенні соціальної політики України до світових стандартів.

Кабінет Міністрів України своєю Постановою від 3 травня 1995 р. №314 «Про організацію робочих місць та працевлаштування інвалідів» затвердив положення про робоче місце інваліда та порядок працевлаштування інвалідів, а постановою від 28 грудня 2001 р. №1767 «Про затвердження порядку сплати підприємствами (об'єднаннями), установами і організаціями штрафних санкцій до відділень Фонду соціального захисту інвалідів, акумуляції, обліку та використання цих коштів» визначив механізм сплати штрафних санкцій, передбачених ст. 20 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні». Цим же законом встановлені нормативи бронювання робочих місць для працевлаштування інвалідів не менше 4% від загальної чисельності працюючих.

Новою віхою по вирішенню проблем професійної реабілітації інвалідів став Закон України від 05.10.2005 р. «Про реабілітацію інвалідів в Україні» та Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо реалізації інвалідами права на трудову зайнятість» від 23.02.2006 р., яким внесено ряд змін до законів України «Про зайнятість населення», «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття» та інші, цей Закон відповідно до Конституції України визначає основні засади створення правових, соціально-економічних, організаційних умов для усунення або компенсації обмежень життєдіяльності, викликаних порушеннями здоров'я зі стійким розладом функціонування системи підтримання інвалідами фізичного, психічного, соціального благополуччя, сприяння їм у досягненні соціальної та матеріальної незалежності; та Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо реалізації інвалідами права на трудову зайнятість» від 23.02.2006 р., яким внесено ряд змін до законів України

«Про зайнятість населення», «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття» та інші.

До вирішення проблеми професійної реабілітації залучені державні адміністрації, органи місцевого самоврядування, відповідні Міністерства, Фонд соціального захисту інвалідів, громадські організації інвалідів, спілка промисловців та підприємців, підприємства всіх форм власності та Державної служби зайнятості.

Вже сьогодні Державною службою зайнятості розгорнуто комплексну інформаційно-роз'яснювальну роботу для сприяння в адаптації на ринку праці людей з фізичними обмеженими можливостями. Проте, слід відмітити, що не дивлячись на низку вищезгаданих законів, прийнятих державою на підтримку інвалідів, існують проблеми інвалідів при працевлаштуванні.

Україна, приєднавшись до Європейської Соціальної хартії, послідовно прагне забезпечувати рівноправну участь громадян з інвалідністю в суспільному житті. В цьому контексті університет «Україна» є активним суб'єктом у вирішенні цієї проблеми — через навчальний процес інвалідам, людям з обмеженими можливостями допомогти отримати висококваліфіковану фахову підготовку і стати повноцінними, активними будівниками нової України.

Одна з головних труднощів полягає в тому, що кількість працездатних інвалідів менше ніж кількість забронюваних робочих місць. Таким чином, щоб виконати бронь, підприємства вимушені застосовувати різні не зовсім законні заходи, а саме приймають на роботу осіб з 1 групою інвалідності (заздалегідь знаючи, що людина не може працювати) формально з символічною зарплатнею.

Які ж основні напрямки розвитку трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями? Для розв'язання поставлених завдань на державному рівні потрібно мати чітке уявлення про тих, кому адресується ця політика, володіти інформацією щодо кількісного і якісного складу громадян з інвалідністю, зокрема у працездатному віці. Необхідно мати чітке уявлення про інвалідів, які бажають працювати, про їхні вподобання та можливості, конкретну інформацію про їхню здатність до професійно-трудової діяльності та багато інших відомостей, пов'язаних із проблемами працевлаштування та зайнятості.

Література

1. Конституція України [Електроний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80;

2. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» [Електроний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/875-12;

3. Закон України «Про зайнятість населення» [Електроний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/5067-17.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ДЕРЖАВНОГО ЗАКОНОДАВСТВА ЗАЙНЯТОСТІ І ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

Грицик О.Р.
студентка 4-го курсу, спеціальність «Соціальна робота»,
Житомирський економіко-гуманітарний інститут Університету «Україна»;
Науковий керівник: ***Савицька А.Ю.****, асистент кафедри соціальної роботи*

Анотація. *У тезах розглядаються Закони України щодо працевлаштування осіб з обмеженими фізичними можливостями.*

Annotation. *The article deals with the Laws of Ukraine regarding the employment of people with disabilities.*

Особливості працевлаштування та застосування праці людей з особливими потребами відображені у низці норм чинного законодавства України, які встановлюють певні вимоги до цього питання та містять аспекти фінансового та адміністративного характеру, що підлягають пильній увазі та врахуванню з боку роботодавців. 21 березня 1991р. було прийнято Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», що законодавчо забезпечує здобуття людей з фізичними обмеженнями освіти і професійної підготовки. Забезпечення прав інвалідів на працевлаштування та оплачувану роботу, в тому числі з умовою про виконання роботи вдома, здійснюється шляхом їх безпосереднього звернення до підприємств, установ, організацій чи до державної служби зайнятості. Підбір робочого місця здійснюється переважно на підприємстві, де настала інвалідність, з урахуванням побажань інваліда, наявних у нього професійних навичок і знань, а також рекомендацій медико-соціальної експертизи. Підприємства, установи, організації, фізичні особи, які використовують найману працю, зобов'язані виділяти та створювати робочі місця для працевлаштування інвалідів, у тому числі спеціальні робочі місця, створювати для них умови праці з

урахуванням індивідуальних програм реабілітації і забезпечувати інші соціально-економічні гарантії, передбачені чинним законодавством, надавати державній службі зайнятості інформацію, необхідну для організації працевлаштування інвалідів, і звітувати Фонду соціального захисту інвалідів про зайнятість та працевлаштування інвалідів у порядку, встановленому Кабінетом Міністрів України.[2]

Відповідно до положень Закону України «Про зайнятість населення» від 05.07.2012 року, працевлаштування осіб з недостатньою конкурентоспроможністю на ринку праці заохочується компенсацією. Роботодавцям, які працевлаштовують соціально незахищених безробітних громадян на нове робоче місце за направленням територіальних органів центрального органу виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері зайнятості населення та трудової міграції, строком не менше ніж на 2 роки щомісяця протягом року компенсуються фактичні витрати на сплату єдиного внеску на загальнообов'язкове державне соціальне страхування [1, ст. 26].

Люди з обмеженими фізичними можливостями, які не мають змоги працювати на підприємствах, в установах, організаціях, державна служба зайнятості сприяє у працевлаштуванні з умовою про виконання роботи вдома. Люди з інвалідністю можуть залучатися до оплачуваних громадських робіт за їх згодою. Для підприємств, установ, організацій, у тому числі підприємств, організацій, громадських організацій інвалідів, фізичних осіб, які використовують найману працю, установлюється норматив робочих місць для працевлаштування інвалідів у розмірі чотирьох відсотків середньооблікової чисельності штатних працівників облікового складу за рік, а якщо працює від 8 до 25 осіб, — у кількості одного робочого місця. Підприємства, установи, організації, у тому числі підприємства, організації громадських організацій інвалідів, фізичні особи, які використовують найману працю, самостійно розраховують кількість робочих місць для працевлаштування інвалідів відповідно до нормативу. І забезпечують працевлаштування людей з обмеженими фізичними можливостями.

Отже службою зайнятості приділяють особлива увагу та впроваджують нові підходи до вирішення проблем зайнятості та працевлаштування людей з обмеженими фізичними можливостями.

Державна служба зайнятості відповідно до законів України «Про зайнятість населення» та «Про основи соціальної захищеності людей з інвалідністю в Україні» сприяє трудовій реабілітації та

працевлаштуванню громадян з інвалідністю з урахуванням рекомендацій медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) на вільні та новостворені або пристосовані для них робочі місця, заявлені підприємствами.

Література

1. Закон України «Про зайнятість населення» від 05 липня 2012 р. №5067-VI // Відомості Верховної Ради України. — 2013. — №24. — Ст. 243.

2. Закон України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо професійної і трудової реабілітації інвалідів» [Електронний ресурс]. — Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/ laws/main.cgi?nreg= 2960-15.

3. Працевлаштування людей з інвалідністю, осіб з інвалідністю 1,2,3 групи [Електронний ресурс]. — Режим доступу http://naiu.org.ua/useful/jobs/

ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ ФІЗИЧНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ: ПРОБЛЕМИ НА РИНКУ ПРАЦІ

Гуцало О.В.
студентка 1 курсу спеціальності «Соціальна робота»,
Житомирський економіко-гуманітарний інститут Університету «Україна»
*Науковий керівник: **Артеменко А.Б.**, асистент кафедри соціальної роботи,*
Житомирський економіко-гуманітарний інститут Університету «Україна»

Анотація. *Проаналізовано проблеми щодо працевлаштування інвалідів Україні, шляхи їх вирішення та роль Державної служби зайнятості в цьому процесі.*

Annotation. *The aspects of job placement of disable persons in Ukraine and ways of its solution, and also the role of State employment service of Ukraine in this process were analyzed in the article.*

В Україні права людей з інвалідністю на участь в активному житті суспільства й захист їхніх інтересів закріплені низкою законодавчих та нормативно-правових актів. Вони спрямовані на створення їм рівних з іншими громадянами можливостей у реалізації цивільних, політичних та інших конституційних прав і свобод. В Основному Законі держави права і свободи інвалідів окремо не обумовлюються, а надаються їм з усіма громадянами України, підкреслюючи тим самим їх рівноправність.

В Україні чисельність людей з інвалідністю за останні роки збільшилась і становлять сьогодні 2,6 мільйона осіб, які перебувають на обслуговуванні в органах праці та соціального захисту населення.

Проблема полягає в тому, що із загального числа людей з інвалідністю майже половина перебуває у працездатному віці і потребує реабілітації та подальшого працевлаштування.

Ми ставимо за мету проаналізувати можливість комплексного підходу до працевлаштування людей з обмеженими фізичними можливостями.

Як свідчить досвід практичної діяльності, особи з обмеженими фізичними можливостями не можуть на рівних конкурувати на ринку праці, особливо в сучасних економічних умовах, коли перехід до ринкових відносин вимагає інтенсифікації виробництва, підвищення вимог до загального фізичного та інтелектуального стану працюючих. Тому професійна реабілітація людей з інвалідністю стала однією з найважливіших проблем суспільства.

Завдання полягають у тому, щоб при аналізі даної проблеми, спираючись на нормативно-правову базу соціального захисту осіб з обмеженими фізичними можливостями, розробити методи діяльності державних центрів зайнятості у сприянні їх працевлаштуванню.

В Україні права людей з інвалідністю на отримання соціальної допомоги та реабілітації закріплені у законі «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» (1991 р. зі змінами та доповненнями), який став важливою віхою у наближенні соціальної політики України до світових стандартів (Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів, прийняті Генеральною асамблеєю ООН у 1993 році).

Кабінет Міністрів України своєю Постановою від 3 травня 1995 р. №314 «Про організацію робочих місць та працевлаштування інвалідів» затвердив Положення про робоче місце інваліда та порядок працевлаштування інвалідів, а Постановою від 28 грудня 2001 р.

№1767 «Про затвердження порядку сплати підприємствами (об'єднаннями), установами і організаціями штрафних санкцій до відділень Фонду соціального захисту інвалідів, акумуляції, обліку та використання цих коштів» визначив механізм сплати штрафних санкцій, передбачених статтею 20 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні». Цим же законом (доповнення від 14. 10. 1994 р., №204-94-ВР) встановлені нормативи бронювання робочих місць для працевлаштування людей з інвалідністю не менше 4% від загальної чисельності працюючих.

Література

1. Панченко В. Надання соціальних послуг особам з обмеженими фізичними можливостями // Роботодавець. — 2005. — №11. — С. 10–11.
2. Терюханова І. Зайнятість інвалідів: реалії та перспективи // Україна: аспекти праці. — 2007. — №1. — С. 3–8.
3. Див.: Майбутнє за нами / ред.-упор. В. О. Карпенко. — К.: Університет «Україна», 2008. — 256 с.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ВИХОВАННЯ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ У СВІТЛІ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ

Зимбалевська Ю.В.
доцент кафедри маркетингу Інституту економіки та менеджменту Університету «Україна»
yulia.zimbalevska@gmail.com

Анотація. *Розглянуто існуючий механізм працевлаштування та професійної реабілітації людей з особливими потребами. Наведено результаті соціологічного обстеження стану осіб з особливими потребами щодо трудової діяльності. Запропоновано заходи стимулювання роботодавців щодо працевлаштування осіб з особливими потребами на державному рівні.*

Annotation. *The existing mechanism of employment and professional rehabilitation of people with special needs is considered. The result of a sociological survey of the status of people with special needs for work activity is presented. Measures to encourage employers to employ people with special needs at the state level are proposed.*

Законодавством визначенні спеціальні робочі місця для осіб з особливими потребами. Відповідною постановою затверджено Положення про робоче місце інваліда і про порядок працевлаштування інвалідів, яким передбачено, що робоче місце інваліда — це окреме робоче місце або ділянка виробничої площі на підприємстві незалежно від форм власності, де створено необхідні умови для праці особи з особливою потребою. Робоче місце осіб з особливими потребами може бути обладнаним спеціальним технічним оснащенням, пристосуваннями і пристроями для праці інвалідів залежно від анатомічних дефектів чи нозологічних форм захворювання

та з урахуванням рекомендацій медико-соціальної експертної комісії, професійних навичок і знань інваліда.

Існуючий механізм працевлаштування та професійної реабілітації інвалідів недосконалий щодо неповного виявлення інвалідів, які потребують працевлаштування та професійної реабілітації; труднощів їх реєстрації та обліку у службі зайнятості; низької дієвості сучасної системи бронювання робочих місць, дублювання ряду функцій кількома управлінськими органами, які займаються вирішенням проблем життєдіяльності інвалідів.

Результати багатьох досліджень дозволяють зробити висновок, що у питаннях праці і зайнятості спостерігається чи не найбільша розбіжність між думкою посадових осіб місцевої влади і представників недержавних організацій, ЗМІ та самих осіб з особливими потребами. У той час, коли посадові особи не бачать особливих труднощів у цих питаннях, люди з осіб з особливими потребами наводять аргументи, що вказують на значні обмеження в можливості заробляти собі на життя вільно обраною працею.

Рівень зайнятості інвалідів невиправдано низький (11% від їх загальної чисельності) і не відповідає їх потенційним можливостям. Проте це не вирішує проблему їхньої зайнятості, оскільки реальний їх попит на робочі місця в 4 рази більший. Фактично ж працевлаштовуються на заброньовані робочі місця тільки трохи більше 3% претендентів. Основними причинами такої ситуації є: ігнорування потреб осіб з фізичними вадами, безвідповідальне ставлення до трудового законодавства багатьох керівників підприємств, кризовий економічний стан самих підприємств, відсутність альтернативних форм вирішення питання щодо виконання доведеного нормативу робочих місць Насправді рівень зайнятості інвалідів має ще нижчі показники, оскільки нині не працюють або працюють не на повну потужність багато підприємств. Найбільша чисельність та частка інвалідів зайнята в: промисловості; сільському господарстві, мисливстві, лісовому та рибному господарстві; охороні здоров'я та системі соціального захисту; на транспорті та зв'язку; освіті.

У результаті проведеного соціологічного обстеження стану осіб з особливими потребами можна виявити певні тенденції. Так на прийняття ними рішення щодо трудової діяльності вплинули: необхідність заробляти гроші через малу пенсію (42% відповідей); прагнення бути в колективі (18,5%) та приносити користь суспільству (7,3%); сподівання на допомогу підприємства в отриманні

медичних послуг (8,3%); бажання набути професійні знання і навички (6,3%); можливість отримати пільгові путівки на лікування та оздоровлення (5,3%); сподівання на допомогу підприємства у вирішенні житлових і побутових проблем (5,4%) тощо.

Найсприятливіші з точки зору інвалідів галузі економіки для їх працевлаштування: охорона здоров'я (21,7% відповідей); побутове обслуговування (18,1%); освіта (10,9%); торгівля (9,6%); апарат органів управління (9,0%); сільське господарство (7,8%); промисловість (6,6%), що необхідно враховувати при створенні для них робочих місць. Не дивлячись на виявлену позитивну тенденцію збільшення кількості створених робочих місць інвалідами-підприємцями, темпи розвитку малого підприємництва в регіоні недостатні.

Відповідно до статті 19 ЗУ »Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», для підприємств, установ і організацій встановлюється норматив робочих місць для забезпечення працевлаштування осіб з особливими потребами у розмірі 4% від загального числа працівників, а, якщо на підприємстві працює 15–25 осіб, має надаватися 1 робоче місце. В Україні далеко не всі роботодавці погоджуються забезпечити робочими місцями осіб з особливими потребами, сплачувати до Державного бюджету штрафні санкції в розмірі середньої річної заробітної плати на відповідному підприємстві або організації за кожне робоче місце, не зайняте інвалідом. Перераховані кошти для фінансування заходів щодо соціально-трудової та професійної реабілітації осіб з особливими потребами.

Для стимулювання роботодавців на державному рівні доцільно запровадити такі заходи, як: зменшити податкові витрати; надати грошові дотації підприємцям, в яких працюють особи з функціональними обмеженнями; відзначати нагородами, преміями тих роботодавців, які перевиконали нормативи, встановлені державою, і забезпечили належні умови праці; залучити засоби масової інформації для інформування громадськості та ін. Таким чином, соціальна політика України буде спрямована на забезпечення належних умов для повноцінного життя людей з особливими потребами.

Література

1. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 21.03.1991 р. №875/XII // ВВР. — 1991. — №21. — Ст. 252.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Зощенко А.О.
студент 2 курсу спеціальності «Право»,
Інститут права та суспільних відносин, Університет «Україна»
*Науковий керівник: **Ізуїта П.О.**, к.ю.н., доцент, професор кафедри цивільного, господарського, адміністративного права та правоохоронної діяльності,*
Інститут права та суспільних відносин, Університет «Україна»
zoshchenko.andy@gmail.com

Анотація. *Дана доповідь присвячена висвітленню перешкод, із якими доводиться стикатись особам з інвалідністю під час реалізації гарантованого Конституцією України права на працю. Автор намагається дати відповідь на питання, що робить держава, аби сприяти вирішенню проблеми працевлаштування людей з інвалідністю. А також чи готовий український бізнес дотримуватися європейських стандартів рівності та недискримінації?*

Annotation. *This report showcases the obstacles with which to face people with disabilities in the implementation of the Constitution of Ukraine the right to work. The author tries to answer the question of what the state is doing to help solve the problem of employment of people with disabilities. Also, is Ukrainian business ready to adhere to European standards of equality and non-discrimination?*

Конституція України гарантує кожному громадянину держави право на працю, вільне обрання професії та можливість заробляти собі на життя працею [1].

В Україні станом на початок 2016 року налічується 2,6141 млн осіб із інвалідністю, понад 2 млн. — працездатного віку, з яких працевлаштованими є приблизно — 600–680 тис. осіб. На думку експертів, більш реальна цифра — 13%.

У 2003 році Україна ратифікувала Конвенцію Міжнародної організації праці №159 «Про професійну реабілітацію та зайнятість інвалідів». У 2007 році наша держава приєдналась до Європейської соціальної хартії [2] і зобов'язалась активно сприяти зайнятості осіб з інвалідністю, їх професійній орієнтації. У 2009 році Україна ратифікувала Конвенцію про права інвалідів [3], яка покладає зобов'язання на нашу державу щодо відкритості ринку праці для людей з інвалідністю, його доступності та інклюзивності, адаптації робочих місць тощо.

В Україні наявна велика внутрішня правова база регулювання питань працевлаштування осіб з інвалідністю. Головними нормативно-правовими актами тут є: Кодекс законів про працю України [4], закони України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» [5], «Про реабілітацію інвалідів в Україні» [6], «Про зайнятість населення» [7] тощо. Проте, такий обсяг нормативно-правових актів не детермінує чіткості та ефективності державної політики щодо працевлаштування людей з інвалідністю.

Державна служба зайнятості відповідно до законів України «Про зайнятість населення» [7] та «Про основи соціальної захищеності людей з інвалідністю в Україні» [5] сприяє трудовій реабілітації та працевлаштуванню громадян з інвалідністю з урахуванням рекомендацій медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) на вільні та новостворені або пристосовані для них робочі місця, заявлені підприємствами.

Відповідно до ст.14 Закону України «Про зайнятість населення» до громадян, які мають додаткові гарантії у сприянні працевлаштуванню, відносяться інваліди, які не досягли пенсійного віку. Відповідно до Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» [5] підприємствам, установам та організаціям встановлюється норматив працевлаштування на роботу інвалідів.

На сьогодні в Україні існує проблема фіктивного працевлаштування осіб з інвалідністю [8]. Підприємці вже давно використовують людей з інвалідністю як формально працюючих задля ухилення від сплати штрафних санкцій за невиконання 4% квоти.

Порядок визначення середньооблікової чисельності інвалідів на підприємстві теж не є адекватним.

МСЕК, видаючи довідку про встановлення інвалідності в розділі «Трудова рекомендація» часто робить запис, який не відповідає дійсній професійній придатності людини, що призводить до небажання роботодавця приймати інваліда на роботу.

Однією з ключових проблем у сфері працевлаштування осіб з інвалідністю є наявність стереотипів по відношенню до них. Найбільш поширені стереотипи:

– особи з інвалідністю можуть виконувати тільки некваліфіковану роботу або недостатньо кваліфіковано виконують свої функціональні обов'язки [9];

– працівники з інвалідністю часто й тривалий час відсутні на робочому місці [9];

– побоювання роботодавців щодо того, як стан здоров'я працівника позначиться на виконанні службових обов'язків [9];

– для пересування людей з інвалідністю на підприємстві потрібні спеціальні пристрої.

За таких умов набуває актуальності зміна ментальності суспільства й докладання зусиль задля того, аби змусити соціум подивитися на людей з інвалідністю як на професіоналів і фахівців.

Література

1. Конституція України: Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 черв. 1996 р. — К.: Парлам. Вид-во, 1999. — 88 с.

2. Європейська соціальна хартія (Переглянута) [Електронний ресурс]: [прийнята 3 травня 1996 р.].

3. Конвенція про права інвалідів від 13.12.2006 р. // Офіційний вісник України. — №17. — Ст. 799.

4. Кодекс законів про працю України / / Відомості Верховної Ради УРСР. — 1971. — №50. — Ст. 375.

5. Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні: Закон України від 21.03.1991 р. // Відомості Верховної Ради УРСР. — 1991. — № 21. — Ст. 252.

6. Про реабілітацію інвалідів в Україні: Закон України від 06.10.2005 №2961-IV // Відомості Верховної Ради України (ВВР), 2006, № 2-3, ст. 36.

7. Про зайнятість населення: Закон України від 1 березня 1991 р. №803-XII // Відомості Верховної Ради УРСР. — 1991. — №14. — Ст. 170.

8. Коваленко Н.В Україні люди з обмеженими можливостями потерпають від безробіття [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://helsinki.org.ua/index.php?id=1319105154.

9. Працевлаштування та зайнятість людей із інвалідністю: Довідник для роботодавців / Упорядн. Семигіна Т.В., Іванова О.Л., 2010. — 140 с.

ПРОБЛЕМА ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УКРАЇНІ

Іллюша К.А.

студентка 4 курсу, спеціальність «Міжнародні відносини, суспільні комунікації та регіональні студії», Інститут права та суспільних відносин, Університет «Україна»

*Науковий керівник: **Панфілова Ю.М.**, к.ю.н., доцент, професор кафедри міжнародного права, міжнародних відносин та соціально-гуманітарних дисциплін, Інститут права та суспільних відносин, Університет «Україна»*

***Анотація.** У зроблена спроба проаналізувати міжнародні стандарти щодо правових можливостей інвалідів на шляху їх працевлаштування, досліджено сучасний стан даної проблеми у нашому законо-*

давстві та шляхи можливого наслідування міжнародних норм, зроблені деякі пропозиції з цього питання.

Annotation. *This paper analyzes the international standards on Legal Empowerment of Persons with disabilities towards employment. The current state of the problem of domestic legistation and possible ways of implementing international standards. Made some proposals on this issue.*

Інваліди становлять велику соціальну групу, що потребує особливої допомоги з боку держави. На сьогоднішній день це майже кожен двадцятий українець. Інвалідність — це не тільки проблема особистості, але і держави і суспільства в цілому. Ця категорія людей не тільки потребує соціального захисту, а й розуміння їх проблем з боку оточуючих людей, яке буде виражатися не в жалості, а в людському співчутті і в рівному ставленні як до рівноправних членів суспільності. Інвалідність, порушуючи біологічні функції організму, суттєво понижує соціальну активність індивіда. Саме трудова діяльність відіграє особливу роль у подоланні наслідків інвалідності, вона створює позитивний вплив на життя людини, дає відчуття своєї необхідності для сім'ї й суспільства, сприяє реабілітації. Адже не кожен інвалід шукає роботу тільки заради заробітку, — більшість з них намагається увійти у соціальну сферу, провести час не тільки вдома алей у колективі, взяти участь у суспільно корисному процесі.

Остання світова економічна криза супроводжувалася у нашій країні спадом виробництва, збільшенням безробіття та зниженням рівня життя. Це все не сприяло тому, що інваліди не можуть знайти собі місця на ринку праці. Все це обумовлює необхідність пошуку шляхів щодо вирішення проблем інвалідів та визначає актуальність наукових досліджень у сфері працевлаштування. У різні періоди історії проблеми з працевлаштуванням та зайнятості інвалідів були предметом дослідження таких вчених, як К.П. Уржинський, О.М. Медведєв, Г.І. Чанишева та ін. Але, розглядаючи особливості, притаманні проблемам працевлаштування інвалідів у конкретний історичний період, питання щодо вивчення аналізу міжнародних стандартів, з метою можливої подальшої їх імплементації до чинного законодавства, залишились поза увагою науковців. Саме аналіз міжнародних стандартів, які відображають правові можливості людей з певними вадами щодо працевлаштування та вказують на основні напрями державної політики у даній сфері, і є метою даної статті.

Гострота питання щодо сприяння зайнятості інвалідів обумовлена їх визнанням на міжнародному рівні як одного із напрямків державної політики. Так, Ковенція МОП №159 передбачає, що кожна держава відповідно до національних умов, практики і можливостей розробляє, здійснює й періодично переглядає національну політику в галузі реабілітації і зайнятості інвалідів, а також закріплює принципи такої політики. Серед них: сприяння можливостям зайнятості на вільному ринку праці; рівність можливостей інвалідів і трудящих; рівність звернень і можливостей для працюючих чоловіків і жінок, які є інвалідами.

Більше того, на міжнародному рівні передбачені заходи щодо сприяння зайнятості інвалідів, які необхідно розробляти і втілювати під час проведення відповідної політики. Окремо зазначається, що такі заходи сприяння повинні відповідати нормам зайнятості й заробітної плати, які застосовуються до працюючих в цілому(п. 10 Рекомендації №168 «Про професійну реабілітацію і зайнятість інвалідів») 1983 р.) [1]. Серед таких заходів можна відзначити такі, як організація служб професійної орієнтації, професійного навчання, працевлаштування, а також організація і функціонування інших, пов'язаних з ними, служб, у тому числі у сільських районах та віддалених місцевостях, щоб інваліди мали можливість отримувати, зберігати роботу і просуватися по службі. Забезпечення підготовки та наявності відповідального за працевлаштування й зайнятість інвалідів персоналу, що має відповідну кваліфікацію (ст. 7–9 Конвенція МОП №159) [2].

Основні напрямки державної політики в галузі соціального захисту інвалідів, у тому числі працевлаштування інвалідів, визначені законом України « Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 21.03.91 р. [3] У преамбулі закону визначається мета державної політики України в галузі соціального захисту інвалідів — забезпечення інвалідам рівних з іншими громадянами можливостей у реалізації громадських, економічних, політичних та інших прав і свобод, передбачених Конституцією України та загальновизнаними й нормами міжнародного права і міжнародними договорами України.

Головним заходом сприяння зайнятості виступає квотування робочих місць для прийому на роботу інвалідів. Суть квотування полягає у тому, що роботодавець зобов'язаний виділити певну кількість робочих місць і прийняти на роботу інвалідів на ці вакансії.

Суттєвим недоліком у правовому регулюванні створення спеціальних робочих місць для працевлаштування інвалідів

є відсутність відповідальності роботодавців за невикористання обов'язку щодо створення таких місць. Тому є необхідність внесення відповідних змін до законодавства.

Головним напрямком діяльності з соціального захисту людей з інвалідністю є соціальне обслуговування, під яким розуміється діяльність із забезпечення потреб названих громадян у соціальних послугах (ст. 26–35 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні»). Серед них такі найважливіші, як транспортне обслуговування(ст. 28), вирішення житлових проблем інвалідів (ст. 29).

Підводячи підсумок, можна сказати, що працевлаштування інвалідів може розглядатися у двох аспектах. З одного боку, як гарантія реалізації прав у сфері зайнятості всіх громадян, у тому числі інвалідів, і, з іншого боку, в аспекті соціального забезпечення інвалідів — як один із заходів реабілітації. Незважаючи на всі спроби нашої держави урегулювати на правовому рівні питання працевлаштування інвалідів, все ж це залишається однією з найгостріших проблем на сьогодні, яка потребує негайного вирішення й розуміння у своєму розв'язанні з боку роботодавців, суспільства і спеціальних заходів з боку держави

Література

1. Рекомендация №168 « Про професиональную реабилитацию и зайнятость інвалидов» 1983 г. Международные стандарты предпринимательства и занятости — С. 94–100;

2. Конвенция №159 « Про професиональную реабилитацию и занятость инвалидов» 1983 г. Международные стандарты предпринимательства и занятости. — С. 92–94;

3. Закон України « Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 21.03.91 року — редакція від 11.08.2013 р., підстава 406-18.

ОСОБЛИВОСТІ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ'Я

Коваленко В.Ф.
старший викладач кафедри правознавства
Полтавського інституту економіки і права Університету «Україна»
Lev545964@ukr.net

Анотація. *У тезах розглядаються особливості працевлаштування осіб з інвалідністю та правове забезпечення цих відносин. Досліджено питання різних видів відповідальності роботодавців у випадку порушення правових норм з питань працевлаштування людей з інвалідністю.*

Annotation. *The theses consider the peculiarities of the employment of individuals and the legal provision of these relations. The questions of various types of responsibility of employers in case of violation of legal norms concerning the employment of disabled people are investigated.*

Згідно зі статтею Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» [3]. для всіх роботодавців (підприємств, зокрема неприбуткових, а також підприємств, громадських організацій для осіб з інвалідністю, фізичних осіб — підприємців, які використовують найману працю) встановлено обов'язок додержувати виконання нормативу робочих місць для працевлаштування людей з вадами здоров'я. Такий норматив роботодавець розраховує самостійно, він повинен становити 4% середньооблікової чисельності штатних працівників облікового складу роботодавця за рік, а якщо в роботодавця працює від 8 до 25 осіб — в кількості одного робочого місця.

Особливість у тому, що цей норматив вважатиметься для роботодавця виконаним, якщо людину з інвалідністю працевлаштовано не за сумісництвом, а як основного працівника (частина п'ята ст.19 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні») [3]. При цьому не має принципового значення, досяг працівник з інвалідністю пенсійного віку чи ні, головне — щоб був працездатним. Також законодавство не встановлює залежність виконання нормативу від групи інвалідності працівника. Особи з інвалідністю, які працюють вдома, теж зараховуватимуться до виконання нормативу працевлаштування осіб з обмеженими можливостями, оскільки згідно з підпунктом 2.4.5 Інструкції №286 вони є штатними працівниками підприємства.

За невиконання роботодавцем нормативу робочих місць для працевлаштування осіб з інвалідністю передбачено відповідальність — адміністративно-господарські санкції та пеня, сплата яких відбувається відповідно до вимог Порядку сплати підприємствами, установами, організаціями та фізичними особами, що використовують найману працю, суми адміністративно-господарських санкцій та пені за невиконання нормативу робочих місць для працевлаштування людей з вадами здоров'я, затвердженого Постановою №70. Крім того, згідно із частиною другою статті 188-1 Кодексу України про адміністративні правопорушення [1], за невиконання нормативу робочих місць для працевлаштування людей з інвалідністю та за неподання або невчасне подання роботодавцем звітності

у Фонд захисту осіб з інвалідністю щодо посадових осіб, які мають право приймати та звільняти з роботи; фізичних осіб, які використовують найману працю, передбачено відповідальність у вигляді адміністративного штрафу в розмірі від 10 до 20 неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Також, за бажанням працівника з обмеженими можливостями здоров'я, роботодавець може перевести його на легшу роботу. Це передбачено статтею 170 КЗпП. Таке переведення можливе за умови, якщо інвалідність працівника настала за інших обставин, аніж внаслідок нещасного випадку на виробництві чи професійного захворювання. Переведення на легшу роботу працівника з інвалідністю відбувається на конкретно визначений та узгоджений із роботодавцем термін або без обмеження такого терміну з дотриманням рекомендацій МСЕК. Звісно, що переведення на легшу роботу означає нижчу оплату. Одначе, згідно із частиною другою статті 170 КЗпП [2], за працівником, переведеним на легшу роботу, протягом двох тижнів з дня переведення зберігатиметься попередня середня заробітна плата. В деяких передбачених законодавством випадках на весь час виконання нижчеоплачуваної роботи може зберігатися попередня середня заробітна плата працівника або надаватися матеріальне забезпечення за загальнообов'язковим державним соціальним страхуванням.

Залучати працівника з інвалідністю до надурочної роботи та до роботи в нічний час без згоди самого працівника та якщо є відповідні обмеження у висновку медичної комісії — заборонено. На відміну від звичайних працівників, працівники з інвалідністю, які недавно влаштувалися на роботу та ще не відпрацювали перших шість місяців на цьому підприємстві, можуть скористатися своїм правом піти в щорічну оплачувану відпустку повної тривалості ще до настання шестимісячного терміну їхньої безперервної роботи на цьому підприємстві. А працівники, які вже тривалий час працюють на підприємстві, за своїм бажанням мають право піти у щорічну відпустку в зручний для них час (ст. 10 Закону України «Про відпустки») [5].

Згідно зі статтею 6 Закону України «Про відпустки» [5] тривалість щорічної основної відпустки для працівників з вадами здоров'я становить: для осіб з інвалідністю I і II груп — 30 календарних днів; для осіб з інвалідністю III групи — 26 календарних днів.

Відпустка без збереження заробітної плати тривалістю до 30 календарних днів щорічно надається особами з інвалідністю

III групи, тривалістю до 60 календарних днів щорічно — людям з інвалідністю I та II груп (п. 6 та 7 частини першої ст. 25 Закону України «Про відпустки».

Література

1. Кодекс України про адміністративні правопорушення від 7 грудня 1984 р. // Відомості Верховної Ради Української РСР. — 1984. — Додаток до №51. — Ст. 1122.

2. Кодекс Законів про працю: Закон України від 10.12.1971 // Відомості Верховної Ради УРСР. — 1971. — №50. — С. 375.

3. Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні: Закон України від 21.03.1991// Відомості Верховної Ради УРСР. — 1991. — №21, ст. 252.

4. Про охорону праці: Закон України від 14.10.1992// Відомості Верховної Ради України. — 1992. — №49, ст. 668.

5. Про відпустки: Закон України від 15.11.1996 // Відомості Верховної Ради України. — 1996. — №2.

ВИПРОБУВАЛЬНИЙ ТЕРМІН ПРИ ПРИЙНЯТТІ НА РОБОТУ ДЛЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Ковальчук Д.О.
студент IV курсу, спеціальність «Правознавство», група ПЗ-41/14
Інституту права та суспільних відносин Університету «Україна»
Науковий керівник: ***Ізуїта П.О.****, к.ю.н., доцент, професор кафедри цивільного, господарського, адміністративного права та правоохоронної діяльності, Інститут права та суспільних відносин, Університет «Україна»*

Анотація.*На сьогоднішній день існує проблема при працевлаштуванні осіб з інвалідністю, тому вважаю доцільним розглянути таку проблему, як встановлення випробувального терміну для осіб з інвалідністю. У статті зазначено, коли можна встановити випробувальний термін, а коли це не допускається. Зауважив безпосередньо на відповідальність працедавця за порушення встановлених правил чинного законодавства.*

Annotation.*To date, there is a problem with the employment of people with disabilities, so I consider it expedient to consider such a problem as setting a probationary period for persons with disabilities. The article indicates when it is possible to set a trial period, and when this is not allowed. He noticed directly the responsibility of the employer for violating the established rules of the current legislation.*

Перш за все зазначимо, що ж таке випробувальний термін. Випробувальний термін — це період часу, протягом якого роботодавець перевіряє працівника на предмет придатності до виконання його роботи. Передбачається, що в цей період часу роботодавець буде тим чи іншим способом спостерігати за професійними діями працівника, а також іншими аспектами його робочої діяльності, наприклад за тим, як складаються його відносини з колегами. Тривалість випробувального терміну залежить від типу виконуваної роботи і не може перевищувати 30 днів для працівників, 3 місяці у загальних випадках.

Відповідно до статті 43 Конституції України, кожен має право на працю, що включає можливість заробляти собі на життя працею, яку він вільно обирає або на яку вільно погоджується. Трудове законодавство регулюється — Кодексом законів про працю та іншими актами законодавства, прийнятих відповідно до нього.

Відповідно до статті 26 Кодексу законів про працю, при укладенні трудового договору може бути обумовлене угодою сторін випробування з метою перевірки відповідності працівника роботі, яка йому доручається. Умова про випробування повинна бути застережена в наказі (розпорядженні) про прийняття на роботу. В цій статті наведений перелік осіб, для яких не встановлюється випробувальний термін, в тому числі і для людей з інвалідністю. Коли строк випробування закінчився, а працівник продовжує працювати, то він вважається таким, що витримав випробування, і наступне розірвання трудового договору допускається лише на загальних підставах.

У разі встановлення власником або уповноваженим ним органом невідповідності працівника займаній посаді, на яку його прийнято, або виконуваній роботі він має право протягом строку випробування звільнити такого працівника, письмово попередивши його про це за три дні.

Кожна людина, якій Медико-соціальною експертною комісією встановлено групу інвалідності, має право на працю, і якщо вона не досягли пенсійного віку, має право бути зареєстрованою у Державній службі зайнятості як безробітна. Потрібно зауважити, що випробувальний термін не встановлюється лише тоді, коли МСЕК дає рекомендації для тієї чи іншої роботи.

Державна служба зайнятості може скеровувати осіб яким встановлено групу інвалідності для працевлаштування на вакантні посади, які зазначені роботодавцями — суб'єктами господарської діяльності. Проте, така посада не повинна суперечити вимогам індивідуальної програми реабілітації інваліда виданою МСЕК.

Форма направлення на працевлаштування є встановленого зразка відповідно до наказу Міністерства соціальної політики від 16.05.2013 №270 і якщо працівник-інвалід направляється на працевлаштування на робоче місце, призначене для працевлаштування інваліда, на створене спеціальне робоче місце для інваліда, то в ній про це зазначається.

За працевлаштування інвалідів з випробувальним терміном, в суперечність вимогам частини 3 статті 26 КЗпП України, роботодавець несе адміністративну відповідальність за частиною першою статті 41 КУпАП шляхом накладення штрафу на його посадових осіб у розмірі від тридцяти до ста неоподатковуваних мінімумів доходів громадян.

Підсумовуючи вище сказане, можемо встановити, що відповідно до КЗпП випробувальний термін для осіб з інвалідністю не встановлюється. Якщо роботодавець порушив дані вимоги, він буде нести адміністративну відповідальність.

Література

1. Конституція України [Електроний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80;

2. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» [Електроний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/875-12.

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА НЕВИКОНАННЯ УМОВ НОРМАТИВУ РОБОЧИХ МІСЦЬ ДЛЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Куропятник А.В.
студентка 4 курсу, спеціальність «Облік і аудит», група ОА 41/17
Інституту економіки та менеджменту,
Університет «Україна»
*Науковий керівник: **Бахур Н.В.**, старший викладач кафедри фінансів та банківської справи Інституту економіки та менеджменту Університету «Україна»*
anna.vitalevna@ukr.net

***Анотація.** Розглядаються підходи до механізму квотування робочих місць для працевлаштування інвалідів в Україні з урахуванням вітчизняної специфіки, думки роботодавців.*

Annotation. *Approaches to the mechanism of quotation of workplaces for the employment of disabled people in Ukraine are considered taking into account national specifics, thoughts of employers.*

Питання працевлаштування інвалідів та відповідальності за невиконання нормативу робочих місць для них закріплені в Законі «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» №875 [1].

Згідно Зі Статтею 19 цього закону, всі підприємства, установи та організації, а також фізичні особи, які використовують найману працю, зобов'язані виконувати норматив по створенню робочих місць для інвалідів. Він встановлений в розмірі 4% середньооблікової чисельності штатних працівників за рік, а якщо в компанії працює від 8 до 25 осіб — у розмірі одного робочого місця. Якщо підприємство цього не виконає, йому загрожує штраф у розмірі річного окладу. Отже, якщо кількість найманих працівників у компанії досягає восьми, то восьмий вже повинен бути інвалідом. При цьому у роботодавця автоматично виникає обов'язок зареєструватися у відділенні Фонду соціального захисту інвалідів за місцем свого знаходження. За Законом, якщо підприємство не візьме на роботу інваліда, йому загрожує штраф: в розмірі половини середньої річної заробітної плати на підприємстві за кожне робоче місце, призначене для інваліда і не зайняте ним — для підприємств, на яких працює від 8 до 15 осіб, і в розмірі середньої річної зарплати на підприємстві — для тих, де працює більше 15 чоловік[2]. Причому цей штраф не вийде заплатити, коли нагряне перевірка — підприємство має самостійно сплачувати його в термін до 15 квітня року, наступного за роком, в якому відбулося порушення, а недотримання термінів тягне за собою нарахування пені, виходячи зі 120% річних облікової ставки НБУ на момент сплати недоїмки.

Статтею 19 Закону встановлено вимоги до роботодавців — самостійно здійснювати працевлаштування необхідної кількості інвалідів, а також передбачено, що виконанням нормативу вважається працевлаштування інвалідів, для яких це місце роботи є основним. Тому влаштувати інваліда на півставки за сумісництвом не вийде — порушення нормативу все одно буде. На думку Фонду, це означає, що адміністрація підприємства може вважати норматив по створенню робочих місць для інвалідів виконаним тільки у випадку, якщо такі робочі місця заповнені, тобто знайдено необхідну кількість працівників з обмеженими фізичними можливостями і з ними укладено трудові договори. В іншому випадку роботодавцю загрожують фінансові санкції.

На думку Фонду, це означає, що адміністрація підприємства може вважати норматив по створенню робочих місць для інвалідів виконаним тільки у випадку, якщо такі робочі місця заповнені, тобто знайдено необхідну кількість працівників з обмеженими фізичними можливостями і з ними укладено трудові договори. В іншому випадку роботодавцю загрожують фінансові санкції.

Література

1. www.rada.gov.ua — офіційний сайт Верховної Ради України.
2. dtkt.com.ua — інтернет-видання «Дебет-кредит».

ПРАВО ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ НА ПРАЦЮ ТА ЙОГО РЕАЛІЗАЦІЯ

Кушпетюк О.І.
кандидат історичних наук,
доцент Луцького інституту розвитку людини Університету «Україна»,
Іванюк І.Я.
старший викладач Луцького інституту розвитку людини
Університету «Україна»
OlenaKushpetiuk@i.ua

Анотація. *У статті окреслені актуальні питання, що стосуються реалізація права людей з інвалідністю на працю. Зазначається, що у низці норм чинного законодавства України відображені особливості працевлаштування та застосування праці інвалідів, які встановлюють певні вимоги до цього питання та містять аспекти фінансового та адміністративного характеру, що підлягають пильній увазі та врахуванню з боку роботодавців.*

Annotation. *The article outlines topical issues concerning the implementation of the right of the disabled to work. It is noted that a number of norms of the current legislation of Ukraine reflect the particularities of employment and employment of the disabled, which impose certain requirements on this issue and include aspects of financial and administrative nature that are carefully considered and taken into account by employers.*

Рівень цивілізованості держави й суспільства визначає такий важливий чинник як правове закріплення прав та свобод та спроможність їх реалізації інвалідами в різних сферах їх життєдіяльності. Саме можливість їх безперешкодного доступу до соціальної інфраструктури, матеріальне, соціально-побутове й медичне

забезпечення є надзвичайно значимими для задоволення потреб осіб з інвалідністю та їх участі у суспільному житті. Законодавець у Законі України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» до сфери забезпечення прав інвалідів, з урахуванням їх індивідуальних можливостей, здібностей та інтересів, відносить також освіту, працевлаштування тощо [1, ст. 4]. Саме рівень зайнятості для людей з інвалідністю є першим кроком до нормального життя і тим вагомим критерієм, що дозволяє їм відчувати себе повноправними членами соціуму та позитивно впливає на їх психологічний стан.

Серед основних проблем професійної зайнятості інвалідів є: умови прийому на роботу, збереження роботи, просування по службі, а також забезпечення безпечних і здорових умов праці. Для забезпечення зайнятості інвалідів виокремлюють два спрямування: *духовне* — допомога у самореалізації останнім, які, будучи суб'єктами відносин у сфері зайнятості, втілюючи їх у певні досягнення, здійснюють свої життєві плани, розвивають у собі почуття самоповаги, усвідомлюють власну індивідуальність, стають повноцінним учасником соціуму, тобто забезпечення потреб духовних (отримання освіти, залучення до культури) і соціальних (у праці, в управлінні); *матеріальне*, що включає два чинники — особистий, тобто отримання доходу, створення матеріальних і духовних благ, задоволення матеріальних потреб, і державний, тобто зростання рівня економічного розвитку держави, покращання життя населення загалом і кожної людини, зокрема інваліда, задоволення потреб у робочій силі [2, с .6].

У сфері праці люди з інвалідністю користуються такими основними правами: вільний вибір професії, виду занять і роботи; робота з оплатою праці не нижче за встановлений державою мінімальний розмір; відпочинок згідно із законами, щорічні оплачувані відпустки; здорові й безпечні умови праці; об'єднання в профспілки й вирішення колективних трудових конфліктів; матеріальне забезпечення у старості, в разі хвороби, повної або часткової втрати працездатності в порядку соціального страхування; матеріальна допомога в разі безробіття й соціальні послуги; звернення до суду для вирішення індивідуальних трудових спорів;1 інші права, встановлені законодавством [3, с. 14]. Окрім цього, згідно з Кодексом законів про працю України, при прийнятті на роботу інвалід обов'язково повинен надати висновок медико-соціальної експертної комісії із відповідними рекомендаціями [4, ст. 26]. А також,

відповідно до Закону України «Про охорону праці» з урахуванням рекомендацій МСЕК та індивідуальних програм реабілітації інвалідів, підприємства, що використовують їх працю, зобов'язані створювати для них умови праці, вживати додаткових заходів безпеки праці, які відповідають специфічним особливостям цієї категорії працівників. Крім того, у передбачених законодавством випадках роботодавець повинен організувати навчання та перекваліфікацію працюючу людину з інвалідністю відповідно до медичних рекомендацій стосовно його інвалідності [5, ст. 12].

Отже, працевлаштування людей з інвалідністю — це обов'язок роботодавців, передбачений низкою законодавчих норм. На сьогодні реалізація права інвалідів на працю вимагає створення низки умов — економічних, фінансових, організаційних, науково-методичних, інформаційно-освітніх, соціально-психологічних, а також правових, зокрема, нормативного вдосконалення у сфері працевлаштування й зайнятості інвалідів. Ключовою проблемою реалізації такого права є забезпечення оптимального й раціонального працевлаштування таких осіб відповідно як до їх потреб, соціальної реабілітації й інтеграції, так до потреб і можливостей суспільства й ринку праці.

Література

1. Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні: Закон України від 21 берез. 1991 р. №875-XII (Редакція від 07.05.2017) // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: — http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/875-12.

2. Петрусевич В.І. Адміністративно-правове регулювання зайнятості інвалідів: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 12.00.07 / В.І. Петрусевич ; Нац. акад. внутр. справ. — Київ, 2012. — 18 с.

3. Працевлаштування та зайнятість людей із інвалідністю: довід. для роботодавців / упоряд.: Т.В. Семигіна, О.Л. Іванова. — Київ: Паперовий Змій — ОПТ, 2010. — 140 с.

4. Кодекс законів про працю України: Кодекс України від 10 груд. 1971 р. №322-VIII (Редакція від 30.04.2017) // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/322-08.

5. Про охорону праці: Закон України від 14 жовт. 1992 р. №2694-XII (Редакція від 05.04.2015) // [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2694-12.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ УМОВ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УКРАЇНІ ТА У СВІТІ

Макаренко А.В.
студент II курсу коледжу «Освіта»,
спеціальність «Право», група ПЗ-23/17,
Інститут права та суспільних відносин,
Університет «Україна»
Науковий керівник: ***Орловська І.Г.*** *к.ю.н., доцент кафедри конституційного права та теоретико-правових дисциплін*
Інституту права і суспільних відносин, Університет «Україна»
alenmakarenko@ukr.net

Анотація. *Україні яка прагне до вступу у Євросоюз, потрібно враховувати найкращий зарубіжний досвід країн світу у галузі соціальної політики, а саме прийняти міжнародний досвід соціального захисту інвалідів та створення сприятливих умов в українському суспільстві для належного їх функціонування та розвитку.*

Annotation. *The actuality of the topic of the report is that Ukraine, as a country, looking to join the European Union, needs to take into account the best foreign experience of leading countries in the field of social policy, namely to adopt international experience of social protection of people with special needs and create favorable conditions in the Ukrainian society for their proper functioning and development.*

Завдання:

— показати досвід провідних країн світу (США, Франція, Швеція) у розвитку системи соціального захисту людей з особливими потребами;

— проаналізувати систему соціального захисту для інвалідів в Україні та закордоном.

По перше, наголошу, що в Україні вже є єдиний, усталений термін стосовно назви категорії осіб з обмеженими фізичними можливостями — «*інваліди*». В зарубіжній літературі вживають термін «*люди з функціональними обмеженнями*». Працевлаштування незахищених верств населення — це завдяння соціальної політики саме держави.

У кожної людини професійний шлях починається з «альмаматер». Тому треба розпочинати залучати інвалідів у реальний рух життя вже із студентських лав. Розглянемо досвід роботи та надання соціальних послуг інвалідам в США.

Соціальна політика Сполучених Штатів Америки налічує вже понад сто років і базується на добре сформованій та чітко структурованій нормативній базі, яка суттєво відрізняється від української. Система освіти у США спрямована на допомогу в навчанні та вихованні людей з обмеженими можливостями. Навчання здійснюється не в спеціалізованих закладах (так, як в Україні), а в звичайних школах, що полегшує інтеграцію дітей у соціум.

У Швеції для бажаючих здобути вищу освіту створені належні умови: університети оснащені спеціально обладнаними під'їзними шляхами, ліфтами з широкими дверними проходами. Аудиторії обладнані необхідною побутовою технікою — це апарати для роботи з аудіопідручниками, комп'ютерні програми для аудіообробки друкованого тексту. В Україні проблема навчання дітей з особливими потребами є досить актуальною. Єдиний ВНЗ, недержавної форми власності, який забезпечений всіма необхідними сучасними матеріалами — **Університет «Україна» (м. Київ).** Спеціально обладнані корпуси, навчальні аудиторії, створений електронний бібліотечний фонд та робочі місця дають змогу студентам відчути себе повносправними особистостями.

У Франції працевлаштуванням інвалідів займається державна служба зай-нятості, також є центри зайнятості для інвалідів, які забезпечують їх спеціалізованими робочими місцями. Загалом у Франції існує понад 1 400 спеціалізованих установ для інвалідів, де зайнято 120 тис. інвалідів. Провідним напрямком працевлаштування людей з фізичними вадами є надомна форма роботи та підприємницька діяльність. У Франції право інвалідів на працю законодавчо закріплено в 2005 р. Відтоді всі підприємства, на яких працюють понад 20 службовців, повинні приймати на роботу не менше 6% людей-інвалідів. Таких підприємств нині у Франції налічується 120 тисяч.

У провідних країнах світу понад половини з числа бажаючих працювати забезпечуються робочими місцями. Так, за статистикою, в Австралії рівень економічної активності серед чоловіків з інвалідністю складає майже 60%, жінок — 46%, у Великій Британії — 50%, у Німеччині — рівень економічної активності серед людей з тяжкою формою інвалідності — 38%. У Швеції рівень економічної активності серед осіб з інвалідністю складає 68%. В Італії 55%.

Чисельність інвалідів працездатного віку нині в Україні перевищила 1,5 млн. осіб. Що стосується працевлаштування інвалідів

в Україні, то слід відмітити, що далеко не всі підприємці погоджуються брати на роботу таких осіб. Їм простіше сплатити штрафні санкції, аніж забезпечити робочими місцями. Для стимулювання роботодавців на державному рівні доцільно запровадити такі стимулюючі заходи, як наприклад:

— зменшити податкові витрати;

— надати грошові дотації підприємцям, в яких працюють інваліди;

— відзначати нагородами, преміями тих роботодавців, які перевиконали нормативи, встановлені державою, і забезпечили належні умови праці;

— залучити засоби масової інформації для інформування громадськості та ін.

Таким чином, соціальна політика України, як і багатьох розвинутих країн світу, спрямована на забезпечення належних умов для повноцінного життя інвалідів. Про це свідчить державна система соціального захисту, яка полягає у наданні грошової допомоги, засобів пересування та спеціально обладнаного громадського транспорту, у протезуванні, орієнтації і сприйнятті інформації, пристосованого житла, стороннього догляду або опіки.

Заключення: Проблеми соціального захисту і працевлаштування інвалідів в Україні залишаються гострими, що змушує науковців і практиків активно шукати шляхи їх розв'язання. В цьому зв'язку корисним для України є звернення до зарубіжного досвіду.

Conclusion: *The problems of social protection and employment of people with disabilities in Ukraine remain acute, which forces scholars and practitioners to actively seek ways to resolve them. In this regard, an appeal to foreign experience is useful to Ukraine.*

Література

1. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: тези доповідей. — К.: Університет «Україна», 2007. — 484 с

2. Про становище інвалідів в Україні та основи державної політики щодо вирішення проблем громадян з особливими потребами: держ. доповідь. — К., 2002. — 160 с.

3. Гаврюшенко Г. Працевлаштування осіб з обмеженими фізичними можливостями: світовий досвід та пропозиції щодо його запровадження в Україні / Ганна Гаврюшенко // Соціальний захист. — 2005. — №11. — С. 27–28.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Модвалова Н.О.
студентка І курсу, спеціальність «Міжнародна інформація»,
Інститут права та суспільних відносин, Університет «Україна»
*Науковий керівник: **Афанасьєв Б.А.**, кандидат економічних наук,*
доцент кафедри міжнародного права, міжнародних відносин
та соціально-гуманітарних дисциплін
natalia.kitty99@mail.ru

Анотація. *У чому полягає проблема працевлаштування людей з інвалідністю? Це питання у наш час є дуже актуальним, оскільки деякі організації ставлять за мету проаналізувати можливість комплексного підходу до працевлаштування людей з обмеженими фізичними можливостями. Завдання полягають у тому, щоб при аналізі даної проблеми, спираючись на нормативно-правову базу соціального захисту осіб з обмеженими фізичними можливостями, розробити методи діяльності державних центрів зайнятості у сприянні їх працевлаштуванню. В Україні права інвалідів на отримання соціальної допомоги та реабілітації закріплені у законі «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», який став важливою віхою у наближенні соціальної політики України до світових стандартів (Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів, прийняті Генеральною асамблеєю ООН у 1993 році).*

Annotation. *What is the problem of employing people with disabilities? This issue is very relevant in our time as some organizations aim to analyze the possibility of an integrated approach to the employment of people with disabilities. The task is to analyze the problem, based on the legal framework for social protection of persons with disabilities, to develop methods of activity of state employment centers in promoting their employment. In Ukraine, the rights of persons with disabilities to receive social assistance and rehabilitation are enshrined in the law «On the Fundamentals of Social Protection of Disabled Persons in Ukraine», which became an important milestone in the approximation of Ukraine's social policy to world standards (Standard Rules for Ensuring Equal Opportunities for invalids, adopted by the General Assembly of the United Nations in 1993).*

Але проблема ще полягає в тому, що із загального числа інвалідів майже половина перебуває у працездатному віці і потребує реабілітації та подальшого працевлаштування. При цьому особи із

інвалідністю можуть бути хорошими працівниками. Значна частка людей з інвалідністю може виконувати роботу на тому ж рівні, що й інші працівники, виконувати такі ж самі виробничі операції. До того ж, працівники з інвалідністю мають певні переваги. По-перше, значна частка з них відрізняється дисциплінованістю, надійністю і відданістю підприємству, не схильна до частої зміни місця роботи. По-друге, при прийомі на роботу молодих людей з інвалідністю підприємство не сплачує штраф за невиконання нормативу робочих місць для працевлаштування інвалідів, який має сплатити в разі неприйняття осіб з інвалідністю на роботу. По-третє, при прийомі на роботу осіб з інвалідністю підприємство економить на внесках в Пенсійний фонд. По-четверте, при виконанні певних умов воно має право на отримання дотації для створення спеціального робочого місця із залученням коштів із Фонду соціального захисту інвалідів. По-п'яте, прийом на роботу людей з інвалідністю сприяє формуванню позитивного іміджу підприємства, його власників та керівників, що може з часом принести також економічну вигоду (розширення попиту на продукцію, яку вони випускають, отримання державного замовлення тощо), формує в суспільстві риси соціально відповідального бізнесу. Крім того гуманніше прийняти на роботу молоду людину з інвалідністю, надати йому можливість реалізувати свої здібності, ніж сплачувати штрафи.

Працевлаштування людей з вадами фізичного та розумового розвитку є актуальним питанням і для України. На заваді в пошуку роботи, крім фізичних бар'єрів, певні проблеми для їх професійної інтеграції створюють і розбіжності в законодавстві, неоднозначне ставлення суспільства до цієї категорії громадян. Слід відмітити, що соціальна інтеграція неповноправних у нашій державі передбачає не лише систему соціальної підтримки з боку держави, а передусім — створення умов легальної зайнятості з гідною оплатою, можливості отримання безкоштовних послуг у підборі послуг роботи, допомоги у безробітті. Такими питаннями займається Державна служба зайнятості України. До її компетентності відноситься посередництво між роботодавцем і тими, хто потребує допомоги у пошуку робочого місця. Ці проблеми розглядались на міжнародній конференції «Актуальні питання працевлаштування людей з особливими потребами. Практичний досвід країн Європи та СНД», яка проходила у квітні 2007 р. у м. Ташкенті (Республіка Узбекистан). Серед її учасників були й представники України.

Отже, необхідно мати чітке уявлення про інвалідів, які бажають працювати, про їхні вподобання та можливості, конкретну інформацію про їхню здатність до професійно-трудової діяльності та багато інших відомостей, пов'язаних із проблемами працевлаштування та зайнятості. Тому передусім, як вважають деякі дослідники, необхідно створити централізований банк даних щодо інвалідів, які потребують професійної реабілітації та працевлаштування, — ЦБДІ зайнятості, який повинен формуватися на базі даних регіональних інформаційних банків зайнятості та працевлаштування інвалідів (реєстрів інвалідів).

Література

1. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 21.03.1991р.

2. Бондарчук К. Забезпечення трудової зайнятості інвалідів в Україні: стан, проблеми та перспективи // Соціальний захист. — 2004. — №1. — С. 21–26.

3. Колєшня Л. Основні напрями розвитку трудової зайнятості осіб з обмеженими можливостями в контексті Плану дій Ради Європи // Україна: аспекти праці. — 2007. — №4. — С. 22–26. Бондарчук К. Формування банку даних для працевлаштування інвалідів // Соціальний захист. — 2004. — №12. — С. 25–29.

4. Маршавін Ю., Ляміна Л., Фокас Л. та ін. Єдина технологія обслуговування незайнятого населення в центрах зайнятості України. — К.: ІПК ДСЗУ, 2000. — 300 с.

ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ — ВЕТЕРАНІВ АТО

Нечипоренко І.О.

Студентка 4 курсу, спеціальність «Правознавство», група ПЗ-42, Інститут права та суспільних відносин, Університет «Україна»

*Науковий керівник: **Ізуїта П.О.**, кандидат юридичних наук, доцент, професор кафедри цивільного, господарського, адміністративного права та правоохоронної діяльності, Інститут права та суспільних відносин, Університет «Україна»*

***Анотація.** Зайнятість є однією зі сфер створення рівних можливостей для осіб з інвалідністю. Особлива увага сьогодні звертається на психологічні аспекти інтеграції інвалідів АТО,у трудове життя. Повернути осіб з обмеженими фізичними можливостями*

до активного суспільного життя та трудової діяльності є одним із пріоритетних завдань, адже для людини з інвалідністю мати роботу — це можливість підвищити свій соціальний та матеріальний статус, рівень добробуту. Українське законодавство змушує роботодавців не лише брати на роботу інвалідів, а й вживати додаткових заходів безпеки праці, які відповідають специфічним особливостям цієї категорії співробітників. Забезпечення зайнятості інвалідів АТО — це проблема держави, яка повинна сприяти створенню робочих місць.

Annotation. *Employment is one of the areas for creating equal opportunities for people with disabilities. Today, the special attention is paid to the psychological aspects of the integration of ATO patients, in working life. Returning people with disabilities to active social life and work is one of the priority tasks, because for a person with a disability to have work — an opportunity to improve their social and material status, the level of well-being. Ukrainian legislation forces employers not only to employ people with disabilities, but also to take additional safety measures that meet the specific features of this category of employees. Ensuring the employment of disabled people ATO is a problem of the state, which should help to create jobs.*

Працевлаштування інваліда-учасника війни на Донбасі стало клопотом самого бійця. Держава досі не має загальної програми підтримки інвалідів війни.

Законами України «Про зайнятість населення» та «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» передбачено, що державна служба зайнятості сприяє працевлаштуванню інвалідів, які звертаються за допомогою, на створені та пристосовані для них робочі місця на підприємствах з урахуванням побажань інвалідів, відповідно до їх професійних навичок, знань та рекомендацій медико-соціальної експертної комісії.

Держава мала б взяти під опіку таких людей, до кожного учасника АТО з інвалідністю «прикріпити» соціального працівника, умовно кажучи «вести» його.

Люди здебільшого не готові адекватно сприймати у колективах співробітників, які чимось відрізняються від них.

Роботодавці не зацікавлені у забезпеченні робочими місцями людей з особливими потребами, адже це вимагає фінансових та часових витрат.

Згідно зі статтею 13 Закону України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту» інвалідам війни та прирівня-

ним до них особам надаються позачергове працевлаштування за спеціальністю відповідно до підготовки та висновків медико-соціальної експертизи.

Крім того, інваліди війни мають переважне право залишитися на роботі при скороченні чисельності або штату працівників у зв'язку із змінами в організації виробництва і праці та на працевлаштування в разі ліквідації підприємств.

Праця інвалідів війни регулюється відповідними нормами законодавства України про працю та соцзахисту інвалідів .

Таким чином, компанія (при виконанні нормативу робочих місць для працевлаштування інвалідів) має право відмовити інваліду війни — здобувачеві вільної вакансії, але не через те, що він інвалід, а тільки якщо він дійсно не відповідає вимогам, що висуваються до потенційному претенденту на цю вакансію, зокрема, не має достатнього досвіду роботи, професійних навичок, відповідної освіти і тому подібне. Крім того, право інваліда на працю може бути обмежене, якщо робота, на яку він претендує, протипоказана йому за станом здоров'я.

Національна поліція України пропонує демобілізованим учасникам антитерористичної операції та інвалідам АТО працевлаштування в структурі поліції охорони.

Для цих бійців зараз визначається точний перелік посад, на які вони можуть бути прийняті на роботу.

Утім, загалом, охочі взяти на роботу бійців з інвалідністю є.

Є низка вакансій, за якими можна працювати не виходячи з дому і заробляти чималі гроші. Передусім, це комп'ютерні спеціальності.

Забезпечення прав інвалідів АТО,та інвалідів в цілому на працевлаштування та оплачувану роботу, в тому числі з умовою про виконання роботи вдома, здійснюється шляхом їх безпосереднього звернення до роботодавця чи до державної служби зайнятості.

Отже,на сучасному етапі становлення соціальної держави одним із пріоритетних напрямів державної політики є проведення комплексу заходів щодо соціальної інтеграції інвалідів АТО у громадське життя.

У цьому процесі особливу роль відіграє трудова діяльність, що впливає на життя інваліда АТО, дає йому відчуття необхідності як із боку сім'ї, так і суспільства, допомагає подолати наслідки інвалідності, сприяє реабілітації.

Література

1. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту». Електронний ресурс. Режим доступу:http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3551-12.
2. Постанова КМУ від 13.08.2014 р. №414 «Питання діяльності деяких центральних органів виконавчої влади». http: Електронний ресурс. Режим доступу http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/414-2014-%D0%BF
3. Шингур І. Працевлаштування інвалідів: гарантії та пільги // бюро по працевлаштуванню й оплата праці: енциклопедія бухгалтера і кадровика: Збірник систематизованого законодавства. — 2014. — Вип.10. — С. 156–160.
4. Кодекс законів про працю України. Електронний ресурс. Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua.
5. Трудовий кодекс України (проект). Електронний ресурс. Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua.

ПРОБЛЕМИ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УКРАЇНІ

Нєвєдрова Н.В.
старший викладач кафедри загальноосвітніх дисциплін
Полтавського інституту економіки і права
Університету «Україна»

Анотація. *У тезах досліджуються деякі питаннящодо працевлаштування інвалідів та розробки заходів щодо збільшення зайнятості й раціонального працевлаштування інвалідів.*

Annotation. *The thesis examines some issues regarding the employment of disabled people and the development of measures to increase employment and rational employment of disabled people.*

Трудова діяльність відіграє одну з ключових ролей у процесі соціалізації та самореалізації будь-якої людини. Не є виключенням особи з інвалідністю, для яких зайнятість є стимулом до життя, способом самоствердження, вона дає можливість людям з відповідними вадами здоров'я відчути власну необхідність як зі сторони членів родини, так і зі сторони членів суспільства у цілому, подолати наслідки інвалідності, поліпшити матеріальне становище тощо.

Перехід України до соціально орієнтованої ринкової економіки, інтеграційні процеси у світову економіку призвели до загост-

рення конкурентної боротьби найманих працівників на ринку праці і глибоких змін у сфері зайнятості населення, які суттєво вплинули на рівень працевлаштування інвалідів.

Право на працю — одне з найважливіших прав людини і громадянина, передбачених Конституцією України [1].

Як свідчить міжнародна й національна практика, особи з інвалідністю далекі від повної інтеграції на ринку праці, що обумовлюється високим рівнем їх безробіття, а також пасивністю у пошуку роботи через невдалі спроби віднайти підходящу. І це при тому, що обмеженість можливостей таких людей не веде до неможливості працювати, а лише знижує їх спроможність виконувати певні завдання.

В Україні наявна велика внутрішня правова база державної політики регулювання питань працевлаштування осіб з інвалідністю. Головними нормативно-правовими актами тут є: Кодекс законів про працю України; закони України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», «Про реабілітацію інвалідів в Україні», «Про зайнятість населення» тощо. Проте, на превеликий жаль, такий обсяг нормативно-правових актів не детермінує чіткості та ефективності державної політики щодо працевлаштування людей з інвалідністю[2].

Однією з ключових проблем у сфері працевлаштування осіб з інвалідністю є наявність стереотипів та упереджень по відношенню до них, які мають мало спільного з реальністю, а їх джерело слід шукати не у проблемі наявності інвалідності у цих людей, а у сприйнятті їх оточуючими, у т.ч. роботодавцями, і в організації роботи. Серед найбільш поширених стереотипів слід назвати наступні:

– особи з інвалідністю можуть виконувати тільки некваліфіковану роботу або недостатньо кваліфіковано виконують свої функціональні обов'язки;

– працівники з інвалідністю часто й тривалий час відсутні на робочому місці;

– побоювання роботодавців щодо того, як стан здоров'я працівника позначиться на виконанні службових обов'язків;

– для пересування людей з інвалідністю на території підприємства чи організації потрібні спеціальні ліфти, пандуси, а робоче місце необхідно обов'язково переобладнати.

За таких умов набуває актуальності зміна ментальності суспільства й докладання зусиль задля того, аби змусити соціум подивитися на людей з інвалідністю як на професіоналів і фахівців.

Необхідно розробити та запровадити соціальну рекламну кампанію, спрямовану на виховання толерантного ставлення до людей з особливими потребами, усунення стереотипного сприйняття людини з інвалідністю як непрацездатної особи, доведення тези про те, що людина з інвалідністю може не гірше, а навіть краще, виконувати свої професійні обов'язки.

Враховуючи викладене, в Україні на прикладі деяких країн можна відійти від квотування робочих місць для інвалідів у бік його скасування (Великобританія) на користь інших заходів — активної індивідуальної допомоги у працевлаштуванні чи підсиленні антидискримінаційного законодавства (Ірландія, Фінляндія, Великобританія), зосередивши увагу на вдосконаленні професійно-технічного навчання і професійної реабілітації інвалідів, а також на стимулюванні роботодавців до добровільних дій щодо працевлаштування інвалідів шляхом надання їм різного роду пільг та преференцій, державного замовлення на товари та послуги, що ними виготовляються та надаються тощо [6].

Роботодавці ж, у свою чергу, з метою підвищення результативності праці осіб з обмеженими функціональними можливостями можуть на практиці реалізовувати заходи з пристосування приміщень, передачі деяких обов'язків особи з обмеженими функціональними можливостями іншій особі чи переведення її на іншу існуючу вакансію або на інше місце роботи, зміни розкладу її робочого дня; надання можливості професійної підготовки або призначення її для проходження такої підготовки, придбання або модифікування обладнання, забезпечення послугами читача чи перекладача тощо.

Література

1. Конституція України: прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р.//ВВР України. — 1996. — №30. — ст. 141. — С. 381-417.

2. Закон України «Про зайнятість населення» // Офіційний вісник України. — 2012. — №63. — Ст. 256.

4. Актуальні проблеми професійної реабілітації інвалідів / за наук. ред. М.Л. Авраменка. — Лютіж: Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів, 2011. — 57 с.

5. Дуда С.Т. Трудовий потенціал У країни: проблеми зайнятості населення та шляхи її подолання // Науковий вісник НЛТУ України. — 2008. — Вип. 18.5. — С. 125–128.

6. Працевлаштування та зайнятість людей із інвалідністю: Довідник для роботодавців / Упорядн. Семигіна Т.В., Іванова О.Л., 2010. — 140 с.

СУЧАСНІ НЕДОСКОНАЛОСТІ РИНКУ ПРАЦІ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ УКРАЇНИ

Німченко А.Д.
студентка групи ЗФН-71/16,
спеціальність «Фінанси, банківська справа та страхування»,
Інститут економіки та менеджменту
Університету «Україна»
*Науковий керівник: **Дубас А.О.**, к.е.н., доцент, завідувач кафедри фінансів*
та банківської справи, Інститут економіки та менеджменту
Університету «Україна»
allaAD@ukr.net

Анотація. *Наданий матеріал містить інформацію щодо стану та основних недоліків сучасного ринку праці інвалідів в Україні. Запропоновані можливі напрями усунення цих недоліків.*

Annotation. *The given material contains information on the state and basic lacks of modern labour-market of invalids in Ukraine. Were also offered directions of removal of these defects are possible.*

Останнім часом в сучасній Україні досить часто піднімаються питання щодо забезпечення інвалідам рівних з іншими громадянами можливостей у реалізації цивільних, політичних та інших конституційних прав і свобод, які гарантовані їм законодавством. І проблема працевлаштування інвалідів нажаль також потребує детального вивчення та пошуку шляхів її вирішення.

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), понад 1 мільярд людей мають якусь форму інвалідності, а це майже 15% населення світу. У людей з інвалідністю вища ймовірність бути безробітним і, загалом, заробляти менше, ніж не інваліди. Статистичні дані свідчать, що зайнятість серед чоловіків-інвалідів (35%) і жінок-інвалідів (20%) нижча, ніж серед людей без інвалідності (у чоловіків — 65%, у жінок — 30%). В Україні понад 2 мільйони 800 тисяч людей мають статус інваліда, з них 151 тисяча — діти. Це 6,1 відсотка до загальної кількості населення. І майже 80 відсотків інвалідів — це люди працездатного віку.

Відповідно до стандартів Міжнародної організації праці передбачається працевлаштування 50% від загальної чисельності інвалідів у країні, тобто в Україні мало б бути працевлаштовано 1,4 млн. інвалідів. Проте слід відмітити, що за даними 2016року

з понад 2,0 млн інвалідів працевлаштованими були близько 750 тис. інвалідів.

Отже, існує ряд недоліків успішного працевлаштування інвалідів, основними з яких на нашу думку є:

– люди здебільшого не готові адекватно сприймати у колективах співробітників-інвалідів; так є безліч людей, які маючи вищу освіту, не можуть влаштуватися на роботу лише тому, що у них є певні розлади функцій організму;

– роботодавці не зацікавлені у забезпеченні робочими місцями інвалідів, адже це вимагає фінансових та часових витрат, так досить часто при працевлаштуванні інвалідів хочуть бачити повністю мобільних та таких, що не мають особливих потреб в організації праці;

– розвиток в Україні «формального» працевлаштування інвалідів, оскільки законодавство України при працевлаштуванні інвалідів вживати додаткових заходів безпеки праці, які відповідають специфічним особливостям цієї категорії співробітників. Саме тому досить часто роботодавці пропонують не зовсім законні форми співробітництва (оформлення трудових відносин на неповний робочий день з мінімальною оплатою; при цьому людина фактично не з'являється на робочому місці, а лише отримує кошти).

Виключити ці недоліки можливо лише за постійного проведення соціально-орієнтованого виховання суспільства, запровадження регулярного моніторингу та оцінки динаміки робочих місць для інвалідів, фактичного розміру їх заробітної плати, переліку прямих витрат на створення робочих місць для інвалідів, заміни штрафних санкцій обов'язковими внесками роботодавців до Фонду соціального захисту інвалідів тощо.

Ці дії допоможуть працевлаштувати тисячі інвалідів, тож за оцінками експертів Фундації, можна очікувати створення принаймні 140 тис. нових робочих місць протягом найближчих декількох років для інвалідів і таким чином наблизитися до виконання стандартів Міжнародної організації праці щодо працевлаштування інвалідів.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Панасюк І.Л.
студент IV курсу, спеціальність «Правознавство», група ПЗ-41/14, Інститут права та суспільних відносин Університету «Україна»
*Науковий керівник: **Ізуїта П.О.**, к.ю.н., доцент, професор кафедри цивільного, господарського, адміністративного права та правоохоронної діяльності, Інститут права та суспільних відносин, Університет «Україна»*

Анотація.*На сьогоднішній день, існують проблеми працевлаштування осіб з інвалідністю, тому вважаю необхідним розглянути усі питання щодо проблем працевлаштування інвалідів. Питання про реабілітацію інвалідів, їх підтримку та притягнення до відповідальності працедавця за порушення законів.*

Annotation*. To date, there are problems with the employment of people with disabilities, so I consider it necessary to consider all issues regarding the employment problems of people with disabilities. The issue of rehabilitation of invalids for their support and bringing to responsibility of the employer for violation of laws.*

Перш за все зазначемо, хто ж такі особи з особливими потребами.

Особи з особливими потребами — є особа зі стійким розладом функцій організму, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження її життєдіяльності, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист відповідно до ст. 2 Закону «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні».

Інвалідність — міра втрати здоров'я у зв'язку із захворюванням, травмою (її наслідками) або вродженими вадами, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження життєдіяльності особи, внаслідок чого держава зобов'язана створити умови для реалізації нею прав нарівні з іншими громадянами та забезпечити її соціальний захист.

Однією з основних актуальних проблем працевлаштування людей з інвалідністю є невиконання зобов'язань зі сторони роботодавця встановлені законами, конституцією та іншими нормативними актами які регулюють ці відносини, а саме їх порушення. Розглянемо права осіб з особливими потребами та обов'язки роботодавців щодо прийняття таких осіб на роботу.

Також із загального числа інвалідів — майже половина знаходиться у працездатному віці і потребує реабілітації та подальшого працевлаштування. Як свідчить досвід практичної діяльності, особи з обмеженими фізичними можливостями не можуть на рівних конкурувати на ринку праці, особливо в суч вас них економічних умовах, коли перехід до ринкових відносин вимагає інтенсифікації виробництва, підвищення вимог до загального фізичного та інтелектуального стану працюючих. Тому професійна реабілітація інвалідів стала на сьогодні є однією з найважливіших проблем суспільства.

Відповідно до статті 43 Конституції України, кожен має право на працю, що включає можливість заробляти собі на життя працею, яку він вільно обирає або на яку вільно погоджується.

Відповідно до ст. 2 частини 1 Кодексу законів про працю, Забороняється будь-яка дискримінація у сфері праці, зокрема порушення принципу рівності прав і можливостей, пряме або непряме обмеження прав працівників залежно від раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, гендерної ідентичності, сексуальної орієнтації, етнічного, соціального та іноземного походження, віку, стану здоров'я, інвалідності, підозри чи наявності захворювання на ВІЛ/СНІД, сімейного та майнового стану, сімейних обов'язків, місця проживання, членства у професійній спілці чи іншому об'єднанні громадян, участі у страйку, звернення або наміру звернення до суду чи інших органів за захистом своїх прав або надання підтримки іншим працівникам у захисті їх прав, за мовними або іншими ознаками, не пов'язаними з характером роботи або умовами її виконання.

Підсумовуючи вище сказане можемо встановити що є ряд певних проблем з працевлаштуванням людей з інвалідністю, які зазвичай пов'язані з роботодавцями, працювати над вирішенням цих питань, а саме на мою думку потрібно проводити більше перевірок виконавчих органів які зобов'язані захищати права інвалідів та надавати встановлену допомогу, у разі невиконання притягувати до відповідальності. Створювати окрім органів та прийняття законів, програми з умовами праці таких осіб за якими люди з інвалідністю зможуть працювати.

Література

1. Конституція України [Електроний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80.

2. Кодекс законів про працю України. Електронний ресурс. Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua.

3. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту». Електронний ресурс. Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3551-12.

4. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» [Електроний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/875-12.

ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ОСІБ З ОБМЕЖЕНИМИ ФІЗИЧНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ: ПРОБЛЕМИ НА РИНКУ ПРАЦІ

Плотніков А.
студент 2-го курсу, спеціальність «Соціальна робота», коледж «Освіта», Університет «Україна»,
*Науковий керівник: **Боєва Т.І.**, к .і. н., доцент кафедри соціальної роботи та педагогіки, Інститут соціальних технологій Університету «Україна»*
aleksandr.58pochta@gmail.com

Анотація. *В Україні права інвалідів на участь в активному житті суспільства й захист їх інтересів закріплені низкою законів. Вони спрямовані на створення їм рівних з іншими громадянами можливостей у реалізації цивільних, політичних та інших конституційних прав і свобод. В нашій країні чисельність інвалідів за останні роки збільшилась. Тому професійна реабілітація осіб з інвалідністю стала однією з найважливіших проблем суспільства.*

Annotation*. In Ukraine rights of persons with disabilities for participation in active life of the society and for protection of their interests have been confirmed through a number of laws. They are aimed at creating opportunities equal with opportunities other citizens concerning realization of their civil, political and other constitutional rights and freedoms. In our country the number of people with disabilities has increased in recent years. Therefore, the vocational rehabilitation of the disabled has become one of the most important problems of the society.*

В Основному Законі держави права і свободи інвалідів окремо не обумовлюються, а надаються їм з усіма громадянами України, підкреслюючи тим самим їх рівноправність. В Україні чисельність інвалідів за останні роки збільшилась і становлять сьогодні 2,6 млн

осіб, які перебувають на обслуговуванні в органах праці та соціального захисту населення. Проблема полягає в тому, що із загального числа інвалідів майже половина перебуває у працездатному віці і потребує реабілітації та подальшого працевлаштування. Як свідчить досвід практичної діяльності, особи з обмеженими фізичними можливостями не можуть на рівних конкурувати на ринку праці, особливо в сучасних економічних умовах, коли перехід до ринкових відносин вимагає інтенсифікації виробництва, підвищення вимог до загального фізичного та інтелектуального стану працюючих. В Україні права інвалідів на отримання соціальної допомоги та реабілітації закріплені у законі «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» (1991 р. зі змінами та доповненнями), який став важливою віхою у наближенні соціальної політики України до світових стандартів (Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів, прийняті Генеральною асамблеєю ООН у 1993 році). Кабінет Міністрів України своєю Постановою від 3 травня 1995 р. №314 «Про організацію робочих місць та працевлаштування інвалідів» затвердив Положення про робоче місце інваліда та порядок працевлаштування інвалідів, а Постановою від 28 грудня 2001 р. №1767 «Про затвердження порядку сплати підприємствами (об'єднаннями), установами і організаціями штрафних санкцій до відділень Фонду соціального захисту інвалідів, акумуляції, обліку та використання цих коштів» визначив механізм сплати штрафних санкцій, передбачених статтею 20 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні». Цим же законом (доповнення від 14.10.1994 р., №20494ВР) встановлені нормативи бронювання робочих місць для працевлаштування інвалідів не менше 4% від загальної чисельності працюючих.

Новою віхою по вирішенню проблем професійної реабілітації інвалідів став Закон України від 05.10.2005 р. «Про реабілітацію інвалідів в Україні» та Закон України «Про внесення змін до деяких законів України щодо реалізації інвалідами права на трудову зайнятість» від 23.02.2006 р., яким внесені ряд змін до законів України «Про зайнятість населення», «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття» та інші.

До вирішення проблеми професійної реабілітації залучені державні адміністрації, органи місцевого самоврядування, відповідні Міністерства, Фонд соціального захисту інвалідів, громад-

ські організації інвалідів, спілка промисловців та підприємців, підприємства всіх форм власності та Державної служби зайнятості. Вже сьогодні Державною службою зайнятості розгорнуто комплексну інформаційно-роз'яснювальну роботу для сприяння в адаптації на ринку праці людей з фізичними обмеженими можливостями.

Україна, приєднавшись до Європейської Соціальної хартії, послідовно прагне забезпечувати рівноправну участь громадян з інвалідністю в суспільному житті. В цьому контексті Університет «Україна» є активним суб'єктом у вирішенні цієї проблеми — через навчальний процес особам з інвалідністю допомогти отримати висококваліфіковану фахову підготовку і стати повноцінними, активними будівниками нової України.

Література

1. Бєлицька Т.М. Інформація про становище інвалідів в Україні: загальна характеристика, здобутки та проблеми, які потребують розв'язання на законодавчому рівні Права інвалідів в Україні. — 2-ге вид., доп. і перероб. — К.: Сфера, 2002. — С. 311–317.

2. Колядич О.І. Необхідність впровадження інноваційних технологій навчання людей з інвалідністю. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Тези доповідей. — К.: Університет «Україна», 2005. — С. 110–112.

3. Про підсумки виконання Національної програми професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими можливостями на 2001–2005 роки. Підтримка процесу працевлаштування випускників з інвалідністю вищих навчальних закладів України: аспект прав людини. — К.: ВГО студентів-інвалідів «Гаудеамус», Університет «Україна», 2006. — С. 5–15.

4. Сушкевич В.М., Скрипка Н.С. Працевлаштування людей з інвалідністю в Україні: реалії і перспектива / Підтримка процесу працевлаштування випускників з інвалідністю вищих навчальних закладів України: аспект прав людини. — К.: ВГО студентів-інвалідів «Гаудеамус», Університет «Україна», 2006. — С. 16–23.

5. Хабаров В.В. Проблеми працевлаштування молоді з інвалідністю та пропозиції щодо їх вирішення. Підтримка процесу працевлаштування випускників з інвалідністю вищих навчальних закладів України: аспект прав людини. — К.: ВГО студентів-інвалідів «Гаудеамус», Університет «Україна», 2006. — С. 24–32.

ПРОБЛЕМИ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА АНАЛІЗ МІЖНАРОДНОГО ДОСВІДУ

Пономаренко Д.В.
5 курс, група МО-51, спеціальність «Менеджмент і адміністрування»,
Інститут економіки та менеджменту, Університет «Україна»,
*Науковий керівник: **Лавриненко Л.М.**, к.е.н., доцент кафедри менеджменту,*
Інститут економіки та менеджменту, Університет «Україна»

Анотація. *Проаналізовано міжнародні та національні підходи щодо працевлаштування осіб з інвалідністю та доступу до ринку праці та освіти, а також розглянуто поняття належного обов'язку держави у цій галузі. На жаль, державна політика у сфері забезпечення права на працю для осіб з інвалідністю, особливо на відкритому ринку праці, не є ефективною. Позитивні дії для стимулювання роботодавців не дають потрібного ефекту, а застосування розумного пристосування є проблематичним.*

Annotation. *The analysis of international and national approaches to the employment of persons with disabilities and access to the labor market and education, as well as the concept of the proper duty of the state in this area is considered. Unfortunately, the state policy on ensuring the right to work for persons with disabilities, especially in the open labor market, is not effective. Positive actions to stimulate employers do not provide the desired effect, and the use of smart devices is problematic.*

Починаючи з 2000-р. в Україні функціонує політика працевлаштування осіб із інвалідністю, складовими якої є: «квотування» — нормативне визначення кількості робочих місць (4%) для зайнятості осіб із інвалідністю; надання допомоги підприємствам захищеної зайнятості (підприємства громадських організацій інвалідів); надання дотацій на створення робочих місць. Однак, люди з інвалідністю й далі залишаються категорією, яка потерпає від дискримінації, в тому числі на ринку праці. Збільшення можливостей для конкурентної їх участі у сфері зайнятості потребує державного втручання. На сьогоднішній день в Україні нараховується приблизно 2,800 млн. осіб із інвалідністю, тобто досить значний відсоток населення країни — кожен вісімнадцятий — має інвалідність, і кількість таких людей зростає, особливо у зв'язку з військовим конфліктом. Чисельність працюючих людей з інвалідністю станом на 01.01.2017 р. складала 666,8 тис. осіб, у тому числі 533,4 тис. працездатного віку, тоді як кількість працевлаштованих на початок

2016 склала 652,9 тис. осіб, що є меншим показником у порівнянні із 2015 р. — 742 591 працюючих. У той же час стандарти Міжнародної організації праці вимагають, щоб була працевлаштована хоча б половина із загальної чисельності осіб із інвалідністю, які проживають в країні.

Державна політика у сфері зайнятості у багатьох країнах є одним із завдань, яка визначає подолання дискримінації за ознакою інвалідності на ринку праці та збільшення можливостей для забезпечення на робочому місці розумного пристосування.

На рівні Європейського Союзу зайнятість осіб із інвалідністю є одним із пріоритетів Стратегії Інвалідності 2010–2020 рр. Єврокомісія визнає, що рівень зайнятості у країнах ЄС становить 50%. На інституційному рівні заходи із працевлаштування осіб з інвалідністю виконуються профільними або комплексними реабілітаційними установами, що перебувають у підпорядкуванні служби зайнятості, як, наприклад, у Фінляндії, Канаді, Великобританії, Німеччині, Австралії — частина програм перебуває у віданні Департаменту соціального забезпечення, іншу, спеціалізовану програму професійної підготовки, проводять структури Департаменту із працевлаштування й у справах молоді.

Державну політику зайнятості окремих країн можна умовно об'єднати у двох моделях: модель квот — нормативне закріплення певної кількості робочих місць для зайнятості осіб з інвалідністю; антидискримінаційний підхід — введення до національного законодавства положень, що протидіють дискримінації на ринку праці із позитивним заохоченням роботодавців. Незалежно від моделі діють і фінансові заохочення, в тому числі компенсації витрат на забезпечення розумного пристосування на робочому місці.

У Франції право осіб з інвалідністю на працю законодавчо закріплено в 2005 році. Відтоді всі підприємства, на яких працюють понад 20 службовців, повинні приймати на роботу не менше 6% людей з обмеженими фізичними можливостями. Таких підприємств нині у Франції налічується 120 тисяч. Особи з інвалідністю можуть брати участь як у загальних програмах для безробітних, так і у спеціалізованих навчальних курсах.

У Німеччині основним завданням професійної підготовки осіб з інвалідністю є навчання їх за однією із загальновизнаних спеціальностей. По можливості, даний процес повинен проходити на робочому місці поруч зі співробітниками без інвалідності.

В Ірландії національна програма підтримуваної зайнятості фінансується з коштів Національного плану розвитку. У 2012 році Національна програма з підтримки зайнятості сприяла працевлаштуванню понад 3000 осіб з інвалідністю, половина з яких — особи з інтелектуальними порушеннями.

В Італії існують федеральне і регіональне законодавства, що підтримують інтеграцію у ринок праці. Шукачі роботи з інвалідністю повинні зареєструватися для оцінки їх стану в місцевому відділенні служби охорони здоров'я.

У Польщі кожний роботодавець повинен сплатити спеціальний внесок у Фонд реабілітації інвалідів. Ці гроші використовують на створення та обладнання робочих місць для людей з інвалідністю. Держава також надає таким підприємствам різного роду пільги, у тому числі податкові, та дотації на виробництво товарів чи реалізацію послуг. Водночас, роботодавець звільняється від обов'язкових виплат, якщо працевлаштував певну кількість осіб з інвалідністю.

Шведська антидискримінаційна модель є однією із найбільш успішних за рівнем зайнятості осіб з інвалідністю. Держава пропонує субсидування заробітної плати, компенсації витрат пов'язаних із розумним пристосуванням. При чому, такі компенсації забезпечуються як у приватному, так і державному секторі. Додаткові заходи вживаються Урядом Швеції для поліпшення зайнятості осіб із ментальними порушеннями.

Наявність і реалізація подібних програм у розвинених країнах Європи та світу призвела до практичних позитивних змін. За статистикою, в Австралії рівень економічної активності серед чоловіків з інвалідністю складає майже 60%, жінок — 46%, у Великій Британії — 50%, у Німеччині рівень економічної активності серед людей з тяжкою формою інвалідності складає 38%. У Швеції рівень економічної активності серед осіб з інвалідністю складає 68%. В Італії працює 55% осіб з інвалідністю. Суттєво поліпшились показники зайнятості осіб з інвалідністю після стрімкого розвитку інформаційних технологій. Останнє дозволило виконувати роботу дистанційно та отримувати постійний зв'язок із роботодавцем через мережеві технології, під час роботи вдома, у бібліотеці, іншому місці.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Сібова А.А.
студентка 3 курсу напряму підготовки «Здоров'я людини»
Житомирського економіко-гуманітарного інституту
Університету «Україна»
*Науковий керівник: **Яворська Т.Є.**, к.фіз.вих., доцент, доцент кафедри фізичної*
реабілітації Житомирського економіко-гуманітарного інституту
Університету «Україна»

Анотація. *Розглядається проблема працевлаштування людей з інвалідністю.*

Annotation. *The article deals with the problem of employment of people with disabilities.*

Освіта є важливим чинником соціальної інтеграції та автономії всіх людей, в тому числі і людей з інвалідністю. Вона має охоплювати всі періоди життя людини.

Проведені дослідження у країнах, які розвиваються, констатують, що приблизно 98 відсотків дітей з інвалідністю не відвідують школи, не вміють писати, а це в свою чергу свідчить, що одна з Цілей розвитку тисячоліття — забезпечення початкової освіти у всьому світі — залишається недосяжною. Існує суспільна, практично доведена думка, згідно з якою людей (дітей) з інвалідністю, наскільки це можливо, поважаючи інтереси та вподобання кожної окремої дитини чи молодої особи, потрібно інтегрувати в сферу загальноосвітньої системи. Інтеграція та участь мають важливе значення для людської гідності, а також для утвердження та реалізації прав людини.

Освіту дітей з інвалідністю слід розглядати і як своєрідний засіб, який сприяє визнанню в людях відмінностей та складає частину виховання громадянських почуттів. Однак такий досвід одержання освіти цією групою дітей та молоді залежить від багатьох чинників, насамперед — від доступності транспорту, шкільних приміщень, обладнання, програмного забезпечення і надання, у випадку необхідності, відповідної технічної допомоги тощо.

Водночас факти доводять, що діти, навіть з серйозними функціональними порушеннями, які регулярно навчаються, закінчивши школу мають більше шансів, продовжити далі навчання та отримати спеціальність, влаштуватись на роботу, стати активним

членом суспільства. На вирішені цих проблем неодноразово акцентували увагу міжнародно-правові акти, дослідження.

На підставі проведеного аналізу в багатьох країнах було запропоновано два універсальні напрямки розв'язання цієї проблеми.

По-перше, з метою протидії соціальній дискримінації та для впровадження принципів «школи для всіх» рекомендувалося в центр навчального процесу поставити індивідуальні потреби дитини з інвалідністю, зосередивши при цьому увагу передусім на визнані потенціалу учня, а не на оцінці ступеню його інвалідності. По-друге, пропонувалося досягти тісної співпраці всіх зацікавлених інституцій, що мають відношення до освітнього процесу.

Таким чином, держава створює умови для працевлаштування інвалідів шляхом надання робочих місць, а також встановленням певних санкцій щодо підприємств, установ, організацій, які не дотримуються порядку їх надання, забезпеченням інвалідам належних умов праці.

Отже, організація діяльності підприємств людей з інвалідністю має свої особливості, пов'язані з використанням праці осіб з обмеженими фізичними можливостями. Це ставить такі підприємства у нерівні умови з іншими суб'єктами господарської діяльності (нижча продуктивність праці, збільшення витрат на обслуговування робочих місць, висока собівартість продукції тощо).

Соціальні працівники сприяють активній адаптації інвалідів до професійної діяльності у звичайних трудових умовах, забезпечують створення нових робочих місць, захищають права інвалідів та ін.

Інклюзію, правомірно розглядати як ширший процес інтеграції, який передбачає доступність освіти для кожної дитини і розвиток загальної освіти внаслідок пристосування до різних потреб всіх дітей. Одначе, варто зауважити, що інклюзія і інтеграція, будучи провідними тенденціями сучасного етапу розвитку системи освіти, не повинні підміняти собою систему в цілому. Кожна дитина, незалежно від своїх особливостей — фізичних, інтелектуальних, соціальних, емоційних чи мовних, повинна мати можливість реалізувати своє право на навчання в будь-якому типі освітнього закладу і отримати при цьому гідну й якісну освіту.

Інклюзія — процес збільшення ступеня участі всіх громадян у соціальному житті» [1, с. 10]. Інакше кажучи, інклюзія, даючи можливість кожному члену суспільства зробити свій вибір з усіх аспектів повсякденного життя, дозволяє кожній людині повноправно брати участь у житті суспільства згідно з її бажанням.

«Інклюзивна освіта — це система освітніх послуг, яка ґрунтується на принципі забезпечення основного права дітей на освіту та права здобувати її за місцем проживання, що передбачає навчання дитини з особливими освітніми потребами в умовах загальноосвітнього закладу»

В основі інклюзивного навчання лежить право на освіту, проголошене ООН у Загальній декларації прав людини в 1948 р. Принцип інклюзивної освіти викладено в Саламанкській декларації, прийнятій і схваленій у 1994 р. 92 країнами світу: «Звичайні школи повинні приймати всіх дітей незалежно від їх фізичного, інтелектуального, емоційного, соціального, лінгвістичного або іншого стану і створювати їм умови на основі педагогічних методів, орієнтованих, в першу чергу, на потреби дітей».

Література

1. Конституція України, 1996 р.

2. Кодекс законів про працю України (Затверджений Законом УРСР №322- VII від 10 грудня 1971 р.ВВР, 1971, додаток до №50, ст. 375), із змінами, внесеними згідно з Указами Президента ВР УРСР).

3. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 21 березня 1998 р. (із змінами і доповненнями, внесеними згідно із Законом України від 14 жовтня 1994 р. // Відомості Верховної Ради України. — 1991. — №21. — Ст. 252.

ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ СТВОРЮВАННЯ РОБОЧИХ МІСЦЬ ДЛЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Туманцова О.В.
ст. викладач кафедри управління та адміністрування
Полтавського інституту економіки і права
v_tumantsov@online.ua

Анотація. *Розглянуто економічні аспекти створення робочих місць для осіб з інвалідністю. Підприємства та установи зобов'язані виділяти та створювати робочі місця для працевлаштування осіб з інвалідністю. Не всі робочі місця можуть бути придатними для їх працевлаштування. Необхідно принципово змінити механізм створення робочих місць, шляхом стимулювання роботодавця на підприємстві, переважно на підставі використання економічних методів.*

Annotation. *The economic aspects of job creation for persons with disabilities are considered. Enterprises and institutions are obliged to allocate and create jobs for the employment of persons with disabilities. Not all jobs may be suitable for their employment. It is necessary to fundamentally change the mechanism of job creation by stimulating the employer at the enterprise, mainly on the basis of the use of economic methods.*

Однією з найгостріших проблем ринку праці сьогодення залишається працевлаштування осіб з інвалідністю, які не можуть на рівних конкурувати на ринку праці. Адже для даної категорії громадян, підходящою може бути визнана робота, яка відповідає рекомендаціям медико-соціальної експертної комісії, висловленим у висновку та індивідуальній програмі реабілітації.

Відповідно до статті 1 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» [1] осіб з інвалідністю в Україні володіють усією повнотою соціально-економічних, політичних, особистих прав і свобод, закріплених Конституцією України та іншими законодавчими актами. Відповідно до статті 17 з метою реалізації творчих і виробничих здібностей осіб з інвалідністю та з урахуванням індивідуальних програм реабілітації забезпечується право працювати на підприємствах, в установах, організаціях, а також займатися підприємницькою та іншою трудовою діяльністю, яка не заборонена законом [1]. Згідно зі статтею 18 підприємства, установи, організації фізичні особи, які використовують найману працю, зобов'язані виділяти та створювати робочі місця для працевлаштування осіб з інвалідністю, у тому числі спеціальні робочі місця; створювати для них умови праці з урахуванням індивідуальних програм реабілітації; забезпечувати інші соціально-економічні гарантії, передбачені чинним законодавством; надавати державній службі зайнятості інформацію, необхідну для організації працевлаштування осіб з інвалідністю [1].

Для підприємств, фізичних осіб, які використовують найману працю, установлюється норматив робочих місць для працевлаштування осіб з інвалідністю у розмірі 4% середньооблікової чисельності штатних працівників облікового складу за рік, а якщо працює від 8 до 25 осіб, — у кількості одного робочого місця (ст. 19) [1].

У разі коли середньооблікова чисельність працюючих осіб з інвалідністю менша, ніж установлена цим нормативом, відповідно до статті 20 підприємства фізичні особи, які використовують найману працю, щороку сплачують відповідним відділенням Фонду соціального захисту інвалідів адміністративно-господарські санкції [1].

Слід зазначити, що не всі робочі місця можуть бути придатними для працевлаштування осіб з інвалідністю. Зокрема, умови праці на підприємствах, що працюють в окремих галузях, взагалі не прийнятні для працевлаштування осіб з інвалідністю (наприклад, пов'язані з особливим фізичним навантаженням або підвищеною мобільністю тощо). В результаті вищезазначеного ця вимога не забезпечує досягнення цілі працевлаштувати осіб з інвалідністю, а радше створює обов'язковий збір, який стримує підприємства від розкриття фактичної середньооблікової чисельності працюючих та (або) розміру середньорічної зарплати. Ситуація, що склалась з необхідністю працевлаштування осіб з інвалідністю згідно наведеної процедури, ще більше «тінізує» реальний стан справ в сфері трудових відносин в Україні.

Дослідження показують, що кількість працевлаштованих осіб з інвалідністю з кожним роком зменшується як через небажання роботодавців працевлаштовувати їх, так і через низьку активність осіб з інвалідністю. Отже, необхідні заходи державного регулювання, спрямовані на економічне стимулювання роботодавців щодо працевлаштування осіб з інвалідністю, а також на запровадження нових форм працевлаштування. Основні причини виявлених проблем — це відсутність з боку Мінпраці належної координації та організації діяльності державних органів, що відповідають за професійну реабілітацію осіб з інвалідністю.

В Україні поряд зі збереженням у складі населення стабільної високої частки осіб з функціональними обмеженнями спостерігається зростання чисельності працюючих осіб з інвалідністю. Однак, питома вага осіб з інвалідністю, що охоплені трудовою зайнятістю, все ще залишається невисокою. Проблема працевлаштування людей з обмеженими можливостями є для України вкрай нагальною і потребує нових, неординарних рішень. Вважаємо за необхідне принципово змінити механізм створення робочих місць, шляхом стимулювання роботодавця на звичайному підприємстві, переважно на підставі використання економічних методів. До них відносяться позики і кредити на організацію робочих місць для осіб з інвалідністю, пріоритетне право на держзамовлення по постачанню сировини і збут продукції, звільнення від місцевих податків і зборів тощо. Ці пільги потрібно поширити лише на тих роботодавців, які створюють понаднормативні робочі місця для осіб з інвалідністю.

Література

1. Законом України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 21 березня 1991 року №875-XII [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua.

2. Гарканова В. Працевлаштування інвалідів та надання підприємствам дотації [Електронний ресурс]. — Режим доступу: www.kadrovik.ua/content/pratsevlashtuvannya-nval-d-v-ta-nadannya-p-dpri-mstvam-dotats.

3. Практичні питання працевлаштування та зайнятості осіб з інвалідністю / А.Г. Шевцов, О.О. Волошинський, М.М. Хміль, О.П. Рісний, за наук. ред. А.Г. Шевцова — Львів: 2009. — 140 с.

ЩОДО ПИТАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УКРАЇНІ

Убийвовк І.І.
старший викладач кафедри управління та адміністрування
Полтавського інституту Університету «Україна»
rishaov13@gmail.com

Анотація. *Важливим завданням для України є забезпечення повноцінної інтеграції до суспільного життя людей з інвалідністю. Процес їх інтеграції до суспільного життя відбувається за допомогою реабілітації та має позитивне значення як для них самих, так і для суспільства в цілому. В тезах розглянуті питання щодо вдосконалення системи професійної реабілітації людей з інвалідністю з метою повернення або включення їх до зайнятості в доступних за станом здоров'я умовах праці та забезпечення завдяки цьому їх повноцінної інтеграції до суспільства.*

Annotation. *An important task for Ukraine is to ensure full integration into the social life of people with disabilities. The process of their integration into public life is through rehabilitation and has a positive significance for both themselves and for society as a whole. The thesis addresses the issues of improving the system of professional rehabilitation of people with disabilities with a view to returning or integrating them into employment in accessible health conditions and ensuring due to their full integration into society.*

Зовнішньоекономічний курс України на інтеграцію до ЄС вимагає запровадження високих європейських стандартів і нормативів у соціальній сфері і перш за все у сфері захисту людей з інва-

лідністю. Світовою спільнотою визнано, що людям з інвалідністю має бути надана можливість та створені умови для того, щоб вони мали змогу брати повноцінну участь у всіх сферах суспільного життя нарівні з іншими категоріями громадян. Однією з провідних серед таких сфер є праця. Розв'язання завдань щодо відновлення працездатності, повернення або залучення людини до зайнятості в доступних за станом здоров'я умовах праці та з урахуванням його фізичних можливостей, особистих схильностей і побажань має забезпечувати система професійної реабілітації.

Застосування системного підходу до професійної реабілітації людей з інвалідністю доводить, що невід'ємними складовими мають бути такі компоненти: оцінка професійних можливостей; професійна орієнтація; професійна (фахова) підготовка (перепідготовка); раціональне працевлаштування із соціальним супроводом; контроль за раціональністю працевлаштування та успішністю соціально-трудової адаптації [1].

Але ефективному функціонуванню в Україні системи професійної реабілітації людей з інвалідністю перешкоджає низка проблем: оцінка професійних можливостей (недостатня укомплектованість штатів медико-соціальних експертних комісій лікарями-експертами); професійна орієнтація (низький рівень охоплення профорієнтаційними послугами; відсутність оновленого переліку професій, рекомендованих для працевлаштування із різними нозологіями захворювання); професійна (фахова) підготовка (перепідготовка) (недостатня розробленість законодавчої бази щодо спільного (інклюзивного) навчання людей з інвалідністю та осіб без інвалідності у звичайних (неспеціалізованих) навчальних закладах; вузьке коло професій (фахів), за якими здійснюється професійна (фахова) підготовка); раціональне працевлаштування із соціальним супроводом (використання незначної частки коштів Фонду соціального захисту безпосередньо на створення робочих місць та на заходи зі стимулювання працедавців до працевлаштування людей з інвалідністю; невідповідність вакансій, що пропонуються працедавцями для працевлаштування людей з інвалідністю, стану здоров'я та їхньому професійно-кваліфікаційному рівню); контроль за раціональністю працевлаштування та успішністю соціально-трудової адаптації (відсутність законодавчо-нормативного та методичного забезпечення процесу здійснення контролю за раціональністю працевлаштування інвалідів та успішністю їхньої соціально-трудової адаптації) [2].

Одним з пріоритетних завдань і напрямів реалізації організаційно-економічного механізму функціонування системи професійної реабілітації людей з інвалідністю, який передбачає вдосконалення законодавчої бази та впровадження правової диверсифікації діяльності інституціональних органів щодо окремих соціально-демографічних груп; упорядкування відповідної державної статистичної звітності та забезпечення доступу до інформаційних ресурсів у сфері реабілітації людей з інвалідністю усіх суб'єктів цієї системи; організацію підготовки за державним замовленням у вишах фахівців із супроводу працевлаштування та залучення до цієї діяльності волонтерів; перерозподіл фінансових ресурсів на користь створення нових та збереження наявних робочих місць для людей з інвалідністю, залучення коштів працедавців, вітчизняних та міжнародних благодійних організацій на фінансування заходів із професійної реабілітації людей з інвалідністю [3].

Поки не будуть ефективно функціонувати всі компоненти системи професійної реабілітації людей з інвалідністю, досягти кінцевої мети — раціонального працевлаштування та забезпечення завдяки цьому повноцінної їх інтеграції до суспільного життя — у повному обсязі буде вкрай складно.

Підвищення ефективності системи професійної реабілітації людей з інвалідністю можна досягти завдяки поліпшенню механізму її функціонування, який передбачає послідовні дії щодо вдосконалення нормативно-правового, інформаційного, науково-методичного, кадрового, фінансового, організаційно-управлінського підґрунтя цієї системи.

Література

1. Мельник С. Законодавчо-нормативне забезпечення державної соціальної політики щодо інвалідів / Україна: аспекти праці. — 2010. — №6. — С. 16–20.

2. Гаврюшенко Г. Складові компоненти системи професійної реабілітації інвалідів в Україні / Формування ринкової економіки: зб. наук. пр. — Т. 1. — К.: КНЕУ, 2010. — С. 159–163.

3. Коропець П. Умови інтеграції осіб з інвалідністю до трудового та суспільного життя та бар'єри, що їй заважають. — Луганськ: ДУ НДІ СТВ, 2011. — 83 с.

ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Федоренко Т.В.
к.ю.н., доцент кафедри цивільного, господарського, адміністративного права та правоохоронної діяльності Інституту права та суспільних відносин Університету «Україна»
vixen@ukr.net

Анотація. *В Україні, як і в усьому світі, проблема інтеграції осіб з особливими потребами у суспільство є однією з найактуальніших соціальних проблем. Найбільш гідним способом забезпечення соціальної рівності цієї категорії громадян є надання можливості самореалізації та досягнення ними економічної незалежності. Тому вивчення проблем інвалідності і управління зайнятістю осіб з особливими потребами в загальній трудовій правосуб'єктності є однією з пріоритетних задач державної соціальної політики.*

Annotation. *In Ukraine, as in the whole world, the problem of integration of people with special needs into society is one of the most urgent social problems. The most worthwhile way to ensure the social equality of this category of citizens is to enable self-realization and achievement of economic independence. Therefore, the study of disability and employment management of persons with special needs in the general labor legal personality is one of the priorities of the state social policy.*

Право на працю — одне з найважливіших прав людини і громадянина, передбачених Конституцією України та іншими нормативно-правовими актами, зокрема законами України «Про зайнятість населення», «Про загальнообов'язкове державне соціальне страхування на випадок безробіття» тощо. Але в Основному Законі держави, права і свободи осіб з інвалідністю окремо не обумовлюються, а надаються їм з усіма громадянами України, підкреслюючи тим самим їх рівноправність [1]. Крім того, Україна ратифікувала низку міжнародних актів, які мають запобігти дискримінації осіб з інвалідністю у сфері праці. Це, зокрема, Конвенція МОП №159 «Про професійну реабілітацію інвалідів», Конвенція «Про права осіб з інвалідністю», низка рекомендацій Ради Європи і т. д.

Національне законодавство, зокрема Кодекс законів про працю, регулює особливі режими праці, її тривалість та умови. Наприклад, роботодавець, який влаштовує на роботу особу з особливими потребами, повинен створювати для таких робітників умови

праці у відповідності з їхньою індивідуальною програмою реабілітації, організувати навчання, перекваліфікацію та працевлаштування таких осіб відповідно до медичних рекомендацій, встановити на їхнє прохання неповний робочий день або неповний робочий тиждень. Залучення осіб з інвалідністю до наднормових робіт та робіт у нічний час без їхньої згоди взагалі не допускається. Разом із тим, звільнення таких працівників відбувається на загальних підставах [2].

Відповідно до законодавства особам з інвалідністю забезпечується право працювати на підприємствах, в установах та організаціях на робочих місцях із звичайними умовами праці або на спеціально створеному робочому місці, а також займатися індивідуальною трудовою діяльністю, яка не заборонена законом. При цьому, обов'язково враховуються індивідуальні функціональні можливості особи шляхом пристосування основного і додаткового устаткування або певного обладнання та беруться до уваги професійні навички і знання людини з особливими потребами.

В Україні, як і в більшості європейських країн, діє концепція квотування державою певного відсотка робочих місць на підприємствах. Вона успішно діє у країнах-членах ЄС, зокрема Франції, Німеччині, Польщі. Але в Україні цей механізм реалізується не в повній мірі. Статистка свідчить про досить низькі показники працевлаштування: з понад 2 млн осіб з інвалідністю лише близько 700 тис. мають роботу.

Відповідно до ст. 19 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», всім підприємствам, установам та організаціям з кількістю працюючих від восьми до двадцяти п'яти осіб, мати в штаті хоча б одну особу з особливими потребами. Але, якщо підприємство більше, то їм установлюється норматив робочих місць для працевлаштування осіб з інвалідністю у розмірі чотирьох відсотків середньооблікової чисельності штатних працівників облікового складу за рік [3]. За невиконання таких нормативів передбачено певні штрафні санкції: обсягом у половину середньої річної заробітної плати за кожне робоче місце, призначене для особи з інвалідністю, для підприємств, на яких працюють від 8 до 15 осіб, і обсягом у середню річну зарплату на підприємстві, якщо в штаті понад 15 осіб.

В даний час, таку квоту в Україні зобов'язані виконувати всі суб'єкти господарювання незалежно від форми власності, проте лише більше 50% підприємств дотримуються встановленого показника, їм вигідніше сплатити штраф, ніж забезпечити роботою

людину з інвалідністю. При цьому лише незначна частина коштів від штрафних санкцій спрямовується на створення робочих місць для осіб з особливими потребами. Отже, існує все ж таки нагальна потреба в забезпеченні державного нагляду за дотриманням роботодавцями цієї квоти. Хоча, на сьогоднішній день, такий нагляд вже здійснюється Державною службою України з питань праці.

Стосовно підприємств, установ й організацій, що повністю утримуються за рахунок коштів державного або місцевих бюджетів, то на них не поширюються норми санкцій, однак такі установи, як і інші роботодавці, повинні працевлаштовувати осіб з особливими потребами у межах встановленого нормативу.

Також, Закон України «Про зайнятість населення» встановлює право будь-якої особи на захист від проявів дискримінації у сфері зайнятості. Зокрема цим законом забороняється в оголошеннях про вакансії зазначати обмеження щодо віку чи статі кандидатів, а також вимагати від кандидатів надавати інформацію про особисте життя [4].

Підсумовуючи викладене вище, можна зробити висновок, що попри наявність гарантованих прав, законодавче забезпечення працевлаштування осіб з особливими потребами, залучення їх до продуктивної праці залишається слабким місцем у нашій державі. Як свідчить практика, через обмежені можливості здоров'я, люди з особливими потребами не мають змоги на рівних з іншими громадянами конкурувати на ринку праці, як наслідок — порушуються їх права на працю, триває процес витіснення зі сфери трудової діяльності, зростає рівень безробіття та глибина бідності. Тому сприяння зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями є складним процесом, організація якого потребує правильного вибору форм та методів, а також конкретних інструментів, здатних забезпечити узгодження інтересів роботодавців і найманих працівників-осіб з інвалідністю.

Література

1. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 №254к/96-ВР // Відомості Верховної Ради — 1996. — №30, ст. 141.

2. Кодекс законів про працю України від 10.12.1971 №322-VIII [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/322-08/page3.

3. Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні: Закон України від 21.03.1991 р. №875-XII [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/875-12

4. Про зайнятість населення: Закон України від 05.07.2012 №5067-VI // Відомості Верховної Ради. — 2013. — №24. — Ст. 243.

СЕКЦІЯ V

ПРАВОВІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ ІНКЛЮЗИВНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

ІДЕЯ ПРАВОВОЇ ДЕРЖАВИ В КОНТЕКСТІ ЄВРОПЕЙСЬКОЇ ІНТЕГРАЦІЇ УКРАЇНИ

Антоненко О.С.
Студент 4 курсу, спеціальність «Правознавство», група ПЗ-43,
Інститут права та суспільних відносин Університету «Україна»
Науковий керівник: ***Сердюк Є.В.****, к.ю.н.. доцент кафедри конституційного права та теоретико-правових дисциплін,*
Інститут права та суспільних відносин Університету «Україна»
antonenkooksana456@gmail.com

Анотація. *У роботі проаналізовано одну з головних, якщо не провідних, тенденцій розвитку державності в світі — це використання найкращих надбань політико-правової думки. До них цілком правомірно належать такі загальнолюдські цінності, як демократія, права та свободи людини, гуманний і справедливий правопорядок. Результатом цих процесів стало формування й чітке конституційне закріплення концепції демократичної, правової держави як відображення загальнолюдського її призначення. Не вдаючись до розлогого історичного екскурсу, зазначу лише, що держави Європейського Союзу (особливо — сталої демократії) вже десятиліттями не тільки сповідують ці засади, а й неухильно дотримуються їх. Поготів дотримання принципів правової держави є своєрідним і обов'язковим критерієм вступу до ЄС.*

Annotation. *The paper analyzes one of the main, if not leading, trends in the development of statehood in the world is the use of the best achievements of political and legal thought. These are universally valid values such*

as democracy, human rights and freedoms, and humane and just rule of law. The result of these processes was the formation and clear constitutional consolidation of the concept of a democratic, rule of law as a reflection of universal human appointment. Without resorting to the flimsy historical excursion, I only note that the states of the European Union (especially the stable democracy) have for decades not only adhered to these principles, but also strictly adhere to them. The desire to respect the principles of the rule of law is a peculiar and obligatory criterion for joining the EU.

Актуальність обраної теми полягає у тому, що інтеграція України в європейські структури потребує нових підходів до формування соціальної, правової держави.

Завдяки утвердженню Україною незалежності відбулося відродження ліберально-демократичної традиції у вітчизняному конституціоналізмі. Концепція демократичної, правової держави стала складовою частиною української державницької ідеології.

Поняття «соціальна, правова держава» потрібно розглядати як теоретичне і практичне визначення, таке, що спирається на конституційне проголошення країни соціальною та правовою. Конституція, проголосивши Україну соціальною, правовою державою, закріпила не так реальний, як бажаний стан держави. Тому точнішим було б твердження, що в Україні нині створені лише правові передумови для втілення згаданої концепції.

Досвід держав розвиненої демократії засвідчує: формування соціальної, правової держави — складний і тривалий процес, котрий має спиратися, окрім іншого, на демократичне законодавство, неухильне додержання й виконання законів усіма суб'єктами суспільства. А положення щодо соціальної держави має спиратися на потужне економічне зростання й відповідне внормування справедливих соціально-економічних відносин у суспільстві. Для побудови в Україні правової держави треба вимоги, які становлять її зміст, реально втілити в життя. А це, своєю чергою, потребує завершення правової, політичної, економічної та соціальної реформ, виходу на засади сталого демократичного розвитку.

Відтак в Україні відбуваються значні трансформаційні зміни, мета яких формування правової держави. Для її утвердження слід також провести інвентаризацію всього масиву законодавства та скасувати закони, що суперечать потребам правової держави й відповідного суспільного життя. Також необхідно окреслити та проводити чітку правову політику; розробити відповідні нові нормативні

акти, ухвалення яких продиктоване сучасними умовами й об'єктивними потребами правового регулювання; адаптувати вітчизняне законодавство до законодавства ЄС, що передбачено курсом України на інтеграцію в єдину Європу тощо. Результатом усіх цих заходів має стати забезпечення верховенства права, правового характеру чинного законодавства, істотне обмеження відомчої нормотворчості, оскільки підзаконні нормативно-правові акти (різні інструкції, розпорядження тощо) нерідко приймаються всупереч закону й паралізують його дію. Важливою складовою руху на шляху до правової держави має стати реформування судової системи, чітке впорядкування процесу правотворчості, розмежування правотворчих повноважень органів законодавчої та виконавчої влади.

Досить важливим для формування правової держави в Україні є підвищення рівня правової культури та правосвідомості громадян, посадових осіб і суспільства загалом. Звісно, за майже двадцять років, що минули від прийняття Декларації про державний суверенітет, в Україні відбулися значні зрушення у бік формування правової держави. Однак, порівнюючи Україну з державами розвиненої демократії, слід звернути увагу на чинники, котрі істотно гальмують цей процес. Для розуміння відмінностей вітчизняних реалій від практики демократичних держав виокремимо відносини між народом і владою. Що отримаємо в результаті? Діаметрально протилежні характеристики вітчизняної й європейської правосвідомості, адже порівняно із Заходом у нас не вельми поважають Закон, Конституцію і Людину.

В Україні досі не держава існує для громадянина, а громадянин для держави. Ментальність, правосвідомість наших людей, як і в інших пострадянських державах, обтяжена величезним спадком минулого. А це і жорстоке ставлення влади до своїх громадян, і соціальна пам'ять про лихоліття Голодомору, репресії тощо. Прикладів жорстокості в країнах Заходу також чимало. Однак головною відмінністю нашого ставлення до пережитих трагедій є те, що Захід однозначно засудив злочини, що були в минулому, а в Україні є доволі багато тих, хто їх виправдовує під різними приводами. Навіть не беручи до уваги матеріальні відмінності, ціна людського життя у нас значно нижча, ніж на Заході. І справа тут не в рівні медичного та соціального обслуговування. Відрізняє нас від Заходу й розуміння взаємовідносин громадянина та держави. Західний мешканець серйозно і без жодної глузливої конотації вважає чиновника «слугою народу» й відповідно вимагає від нього належного ставлення до себе. Чиновник, у свою чергу, розуміє власну залежність і прагне не

втратити свого місця. Ситуація на Заході не ідеальна, але керована, а тенденції позитивні. Наші ж стосунки з «держателями печаток» добре відомі. Вітчизняна державна машина непрозора на всіх рівнях. Колишня радянська республіка Естонія, запровадивши прозорість будь-яких державних і господарських рішень, змогла потрапити до числа найменш корумпованих держав у світі. А Україна зберігає за собою аж ніяк не почесне місце в цьому переліку.

Водночас побудова правової держави в Україні має дедалі більшу перспективу і з огляду на засади чинної Конституції, і в світлі реалізації державного курсу на європейську інтеграцію. Європейські прагнення України імперативно вимагають проведення відповідної політики й імплементації та розвитку на національному ґрунті демократичних норм і цінностей, притаманних державам Європейського Союзу [3, с. 212]. Відправним моментом на цьому непростому шляху стало прийняття України до Ради Європи й ухвалення низки пов'язаних із проведенням конституційної, судової реформ зобов'язань, важливих нормативно-правових актів, кодексів.

Література

1. Європейська інтеграція України: політико-правові проблеми. — К. — Юридична думка, 2005.

2. Ковальова О. О. Стратегії євроінтеграції: як реалізувати європейський вибір України. — К. — 2003. — С. 281.

3. Філоненко Р. Ю. Демократизація українського суспільства як складова процесу європейської інтеграції України // Політологічний вісник — 28. — К. — 2007. — С. 212.

НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ІНКЛЮЗИВНОГО ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ УКРАЇНИ

Бова Є.Ю.
к.ю.н., доцент кафедри правознавства
Полтавського інституту економіки і права

На сучасному етапі в Україні вирішення проблеми дітей і молоді з особливими потребами здійснюється відповідно до документів, затверджених міжнародними організаціями, зокрема ЮНЕСКО, Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Міжнародною органі-

зацією праці, Міжнародною лігою товариств допомоги людям з особливими потребами.

В Україні право кожного громадянина на доступність якісної освіти гарантується Конституцією України (ст. 53).

Відповідно п.2 статті 3 новітнього Закону України «Про освіту» в Україні створюються рівні умови доступу до освіти. Ніхто не може бути обмежений у праві на здобуття освіти. Право на освіту гарантується незалежно від віку, статі, раси, стану здоров'я, інвалідності, громадянства, національності, політичних, релігійних чи інших переконань, кольору шкіри, місця проживання, мови спілкування, походження, соціального і майнового стану, наявності судимості, а також інших обставин та ознак [2]. Це в повній мірі стосується й дітей з особливими потребами. Для забезпечення права на якісну освіту цих дітей міжнародна практика пропонує дітям з особливими потребами широкий вибір доступних форм здобуття освіти: індивідуальну, екстернатну, вечірні школи, а також інклюзивні дистанційні форми навчання. Останні дають змогу дітям із особливими потребами навчатися спільно зі своїми здоровими ровесниками, що ефективно впливає на рівень їхньої соціалізації.

Відзначимо, що за рубежем на проблематику вищої освіти молоді з особливими потребами науковці почали звертати увагу з кінця 1980-х років. В університетах поступово зміщувались акценти від проблем академічної успішності до включення гнучких технологій визначення і вирішення різних проблем у процесі навчання студентів з особливими потребами; розпочався аналіз життєвого досвіду молоді з різними формами інвалідності, створення доступного середовища для навчання у ВНЗ та системи підтримки; розпочався розгляд політики і заходів відносно студентів-інвалідів за програмою незалежного (дистанційного) навчання [5].

Незважаючи на суттєві переваги інклюзивної вищої освіти, не всі люди з важкими вадами здоров'я можуть нею скористатись через неможливість відвідувати заклад освіти. Тому останнім часом набуває розвитку дистанційна форма навчання, побудована на основі сучасних інформаційно- телекомунікаційних технологій, і в багатьох аспектах вона є альтернативою інклюзивній формі. Дистанційне навчання в багатьох країнах світу визнано найбільш перспективною і важливою складовою системи вищої освіти і небезпідставно вважається освітою сучасності [5]. У 1994 р. з метою розширення системи дистанційної освіти Європейською комісією було прийнято міжнародну програму PHARE, до якої

залучено 11 країн [3, с.35]. Важливість дистанційного навчання для людей з особливими потребами відзначено у статті 128 Маастрихтської угоди і в підготовленому Комісією Європейського Союзу «Меморандумі про відкрите та дистанційне навчання в сфері вищої освіти» (1992). Зокрема, Європейський Союз декларує, що дистанційне навчання має стати важливим інноваційним елементом у загальноєвропейській системі вищої освіти і орієнтує на створення міжнародного середовища дистанційного навчання для інвалідів і людей з хронічними захворюваннями [4, с. 435].

В Україні успішність задоволення людей з особливими потребами у навчанні значною мірою залежить від якості нормативно-правової та законодавчої бази галузі вищої освіти, від того, чи відповідає вона сучасним гуманістичним тенденціям розвитку суспільства, що є надійним підґрунтям та системою орієнтирів у практичній діяльності ВНЗ. Незважаючи на певні досягнення в нормативно-правовому забезпеченні освіти людей з особливими потребами, в Україні лише поодинокі заклади прийняли і реалізують внутрішній розпорядок для забезпечення навчання студентів з особливими потребами. Ініціативи цих закладів та законодавчі преференції для інвалідів сприяли поступовому збільшенню загальної чисельності студентів з особливими потребами у ВНЗ.

Один із таких навчальних закладів є Полтавський інститут економіки і права Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна», одним з профільним напрямів діяльності якого є, окрім дистанційного навчання, також забезпечення батьків інформаційною підтримкою для задоволення їхнього професійного росту у відстоюванні прав та інтересів дітей з особливими освітніми потребами, оцінювання потреб і забезпечення надання освітніх, соціальних та інших послуг сім'ям дітей з особливими освітніми потребами.

Література

1. Конституція України: закон України від 28 черв. 1996 р. №254к/96-ВР [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua/laws/show/254к/96-вр.

2. Про освіту: закон України від 5 вересня 2017 року №2145-VIII [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2145-19/print1483987524815155

3. Десятов Г.М. Тенденції розвитку неперервної освіти в країнах Східної Європи (друга половина XX століття): [монографія] / Г.М. Десятов; за ред. Н.Ч. Нічкало. — К.: Вид-во «АрТЕк», 2005. — 472 с.

4. Комісарова О.Ю. Специфіка інтерфейсу при навчанні людей з 451 особливими потребами / О.Ю. Комісарова, В.В. Депутат // Актуальні проблеми виховання та навчання студентів з особливими потребами: зб. наук праць / за заг. ред. П.М. Таланчука — К.: Ун-т «Україна», 2004. — 448 с., с. 435].

5. Мігалуш А.О. Дистанційна освіта для людей з особливими потребами: проблеми та шляхи подолання [Електронний ресурс] / А.О. Мігалуш. — Режим доступу: http://www.nbuv.gov.ua/portal/natural/vkpi/FPP/2007-2-2/28_Migalush.pdf

ПРОБЛЕМИ З УСИНОВЛЕННЯМ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Бойко І.О.
студент ІІ курсу, спеціальність «Право», група ПЗ-23/17,
Інститут права та суспільних відносин, Університет «Україна»,
Ivanboykosss20.01@gmail.com
Науковий керівник: ***Орловська І.Г.****, к. ю. н, доцент кафедри конституційного права та теоретико-правових дисциплін,*
Інститут права та суспільних відносин Університету «Україна»

Анотація. *Сьогодні важливим питанням пов'язаним з захистом прав і свобод дітей та молоді, насамперед дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, приділяється багато уваги як з боку держави, так і всього суспільства. В Україні відбувається активний процес формування національного законодавства та механізмів щодо реалізації державної політики у сфері дитинства. За часів незалежності прийнята низка нормативно-правових документів щодо стану дитинства в Україні, які спрямовані на реальне поліпшення становища дітей, зокрема дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, захист їхніх прав, максимальну реалізацію положень Конвенції про права дитини. Так, у Законі України «Про охорону дитинства», охорона дитинства визначається як загальнонаціональний пріоритет і встановлюються основні засади державної політики у сфері забезпечення реалізації прав дитини на життя, охорону здоров'я, освіту, соціальний та правовий захист.*

Annotation. *Today, a lot of attention is devoted both to the state and to society as a whole, with especially orphans and children deprived of parental care. In Ukraine there is an regard to the protection of the rights and freedoms of children and young people, active process of formation of national legislation and mechanisms for implementation of state policy in the field of*

childhood. During the years of independence, a number of legal documents on the state of childhood in Ukraine aimed at real improvement of the situation of children, in particular orphans and children deprived of parental care, protection of their rights, and maximum realization of the provisions of the Convention on the Rights of the Child have been adopted. Thus, in the Law of Ukraine «On the Protection of Childhood», the protection of childhood is defined as a national priority and establishes the basic principles of state policy in the sphere of ensuring the realization of children's rights to life, health care, education, social and legal protection.

Вдосконалення системи усиновлення — одне з найважливіших завдань нашої держави і суспільства. Усі питання, які пов'язані з соціально-правовим захистом дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування повинні терміново вирішуватись. Об'єктом особливої уваги з боку держави, як наголошується в Конвенції про права дитини, мають бути діти, що живуть у важких соціальних умовах. До категорії таких дітей в Україні належить низка груп: діти-сироти; діти, позбавлені батьківського піклування; діти із соціальних сімей; діти, які порушили Закон; діти-інваліди; діти із сімей безробітних або ті, що змушені працювати; діти — жертви економічних катастроф; діти, що втекли з дому; діти-наркомани та ті, що зловживають спиртними напоями. Зростає кількість бездоглядних дітей. Щороку понад 12 тисяч дітей знаходять покинутими, загубленими, забутими і майже половина з них — це малята віком до 7 років. Як результат — у будинках дитини, дитячих будинках і школах-інтернатах кількість дітей, позбавлених родинного середовища та опіки, зростає. Кожна з цих категорій дітей потребує особливої уваги і диференційованого підходу щодо форм захисту. Відповідно до ст. 20 Конвенції про права дитини діти, постійно чи тимчасово позбавлені сімейного оточення, мають право на особливий захист та допомогу з боку держави. Держава повинна забезпечувати соціальний захист дитини, позбавленої родинного середовища, та забезпечувати відповідну альтернативу сімейної турботи або, в таких випадках, розміщення в відповідні заклади по догляду за дітьми. Крім того, при забезпеченні цих прав повинна бути врахована культурна належність дитини.

Дійсно, держава надає притулок самотнім, нікому не потрібним дітям. Порядок і розміри відшкодування витрат на перебування дитини в будинку дитини, дитячому будинку, дитячому будинку-інтернаті, школі-інтернаті, дитячому будинку сімейного типу, прийомній сім'ї, іншому закладі для дітей-сиріт і дітей, позбавлених

батьківського піклування, встановлюється законодавством України. Але щоб дитина не відчувала себе обділеною, мало її утримувати, можливо, навіть у відносно нормальних умовах. Необхідно створити особливі умови, що визначатимуть її побут, фізичне та психічне здоров'я, характер, а також спілкування з оточуючими людьми. На жаль, майже в усіх закладах, де виховуються діти-сироти і діти, позбавлені з різних причин сімейного оточення, панує специфічна сирітська атмосфера. Особлива проблема — відсутність у таких будинках вільного помешкання, де дитина могла б відпочити від інших дітей. Кожна людина з дитинства потребує спілкування з іншими, але водночас їй необхідне усамітнення. Кожна людина потребує того особливого стану самотності, відособлення, коли іде внутрішня робота, коли формується самосвідомість особистості.

Аналіз проблеми сирітства свідчить про те, що умови, в яких живуть такі діти, гальмують їхній розумовий розвиток, спотворюють розвиток особистості, затримують її соціально-психологічну адаптацію. У цих дітей важка доля. В своєму анамнезі вони, як правило, мають досить непрості показники. У них можуть бути відхилення у розумовому та фізичному розвитку. В результаті діти, які повинні навчитися говорити й ходити у рік чи два, починають говорити й ходити в три-чотири роки, внаслідок чого вони відстають у своєму розвитку і не можуть стати школярами звичайних шкіл, а поповнюють контингент допоміжних

Література

1. Ситуація в Україні щодо усиновлення дітей [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://mfa.gov.ua/ua/consular-affairs/adoption.

2. Менджул М.В. Порядок усиновлення іноземцями дитини, яка є громадянином України: окремі проблеми / М.В. Менджул // Порівняльно-аналітичне право. — 2014. — №1. — С. 91–94.

3. Дружиніна В.В. Реалії з життя та мотиви усиновлення іноземними громадянами українських дітей / В.В. Дружиніна, К.І. Скоробрух // Вісник Хмельницького національного університету. — 2012. — №1. — С. 190–194.

4. Сімейний кодекс України від 10 січня 2002 р. // Відомості Верховної Ради України. — 2002. — №21–22. — Ст. 135.

5. Деркаченко Ю.В. Міжнародне усиновлення: визначення поняття та актуальні питання правового регулювання / Ю.В. Деркаченко // Університетські наукові записки. — 2006. — №1(17). — С. 108–112.

6. Ромовська З.В. Сімейний кодекс України: [наук.-практ. коментар] / З.В. Ромовська. — К.: Ін Юре, 2003. — С. 532.

7. Конвенція про права дитини від 20 листопада 1989 р. [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/ show/995_021.

ПРОБЛЕМИ ЗАХИСТУ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА МОЖЛИВОСТІ РЕАЛІЗАЦІЇ ЇХНІХ ПРАВ У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

Валієва Д.Т.
студентка II курсу, спеціальність «Право», група ПЗ-23к,
Інститут права та суспільних відносин, Університет «Україна»
Науковий керівник: ***Орловська І.Г.****, к. ю. н, доцент кафедри конституційного права та теоретико-правових дисциплін,*
Інститут права та суспільних відносин Університету «Україна»
timur2000@meta.ua

Анотація. *Державна політика захисту дитинства є складовою загальної цілісної концепції розвитку суспільства України, що відображено в Конституції, Закони України «Про освіту», Закони «Про шлюб і сім'ю». Проте ці основні законодавчі акти і документи стосовно дітей пріоритетними в державі поки не стали, оскільки головна увага держави сьогодні зосереджена на економіці.*

Annotation. *The state policy for the protection of childhood is an integral part of the overall integrated concept of the development of Ukrainian society, as reflected in the Constitution, the Laws of Ukraine «On Education», the Laws «On Marriage and the Family». However, these basic legislative acts and documents concerning children are not a priority in the state, as the state's focus today is concentrated on the economy.*

Об'єктом особливої уваги з боку держави, як наголошується в Конвенції про права дитини, мають буди діти, що живуть у важких соціальних умовах. До категорії таких дітей в Україні належить низка груп: діти — сироти; діти що залишаються без піклування батьків; діти із соціальних сімей; діти, які порушили закон; діти — інваліди; діти — наркомани та інші. Кожна з цих категорій дітей потребує особливої уваги і диференційованого підходу щодо форм захисту.

Принцип стосовно соціального захисту дітей — інвалідів уперше було викладено в Декларації про права дитини: яка є неповноцінною у фізичному, психічному чи соціальному відношенні, має бути забезпечена спеціальним режимом, освітою і турботою, які необхідні з огляду на її особливий стан.

Важливою справою є соціальний захист дітей — інвалідів, особливо тих, хто внаслідок особливостей свого захворювання — відхилені у психічному розвитку, обмеженої здатності до самообслуговування тощо — виховуються і навчаються вдома. В суспільстві

поки що мало змінилися психологічні стереотипи щодо інвалідів. У Конвенції підкреслюється, що неповноцінна в розумовому або фізичному відношенні дитина має вести повноцінне життя в умовах, які забезпечують її гідність, підтримують почуття впевненості в собі і полегшують її активну участь у житті суспільства. Допомога дитині має надаватися безоплатно, з урахуванням її особливих потреб., професійної підготовки, медичного обслуговування, відновлення здоров'я, відпочинку, підготовки до трудової діяльності у такий спосіб, який сприяє створенню можливостей для залучення дитини до соціального життя та її розвитку, включаючи культурний і духовний.

Законодавство України створює правове поле щодо соціальної політики відносно дітям — інвалідів, яке з першого погляду справді забезпечує права в галузі охорони здоров'я, освіти та соціального захисту. Передбачається покращення життя дітей, які перебувають в особливо складних і надзвичайних умовах. У рамках Національної програми планується розробка нових форм і моделей закладів для дітей з фізичними та розумовими вадами розвитку, створення центрів медико — соціальної реабілітації для дітей інвалідів з урахуванням їх нервової системи, програм і методика, які б забезпечували здобуття середньої освіти дітьми з тяжкими формами інвалідності вдома.

Соціальний захист дітей інвалідів з боку держави полягає у наданні грошової допомоги, засобів пересування, протезування, орієнтації та сприйняття інформації, пристосованого житла, у встановленні опіки або стороннього догляду, а також пристосуванні забудови населених пунктів. Забезпечується право сімей на грошову допомогу з зв'язку з доглядом за дитиною — інвалідом до досяжності нею 16-річного віку, соціальну пенсію дітям — інвалідам віком до 16 років, дітям — інвалідам. Які втратили годувальника, до 18 років. Матерям таких дітей забороняється відмовляти при прийнятті на роботу, знижувати заробітну плату і звільняти з роботи. Обов'язковим є працевлаштування зазначених жінок у разі її звільнення після закінчення строкового трудового договору.

На мою думку, є проблема термінології невизначеності у законодавстві поняття «дитина — інвалід». Життя підтвердило, що необхідно змінювати ставлення до захворювання як самих хворих, так і всіх членів суспільства.. Тому вважаємо за необхідне постійно залучати дітей — інвалідів до суспільного життя, розвивати в них високу духовність, прищеплювати впевненість, що інвалід так само

потрібний суспільству, як суспільство інвалідові. Дитина не повинна відчувати себе неповноцінною через те, що вона хвора. Вона має бути впевненою, що в разі наполегливої праці буде не тягарем для суспільства, а його повноцінним громадянином.

Дитина є дуже чутливою істотою, вона вдвічі серйозніше сприймає навколишній світ. Конвенція ООН подбала про усі права дітей, особливо тих, що страждають від самотності. Тільки дотримуючи Конвенції, ми зможемо захистити себе від багатьох негараздів, перетворимо Україну на квітучу державу. Завдяки доступним і справедливим законам, цей документ займає провідне місце у нашому житті. Де ще так яскраво виражено права підростаючого покоління, яке будуватиме наше майбутнє та продовжувати найкращі починання своїх предків.

ВІДПОВІДНІСТЬ ЗАКОНОДАВСТВА УКРАЇНИ СТАНДАРТАМ КОНВЕНЦІЇ ООН ПРО ПРАВА ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Виклюк В.
студентка 3 курсу, спеціальність «Маркетинг», група МК 31/15
Інституту економіки та менеджменту, Університет «Україна»
*Науковий керівник: **Бахур Н.В.**, ст. викладач кафедри фінансів та банківської справи Інституту економіки та менеджменту Університету «Україна»*
toriiyavi@gmail.com

Анотація. *Конвенція ООН про права інвалідів — перший міжнародно-правовий документ, в якому наголошується на пріоритетності права людей з інвалідністю, акцентуючи увагу на важливості його вирішення саме на національних рівнях. Зважаючи на те, що Україна ратифікувала Конвенцію, виникає нагальна необхідність у доопрацюванні чинного законодавства України щодо інвалідів, внесення до нього необхідних змін і доповнень з питань забезпечення прав і гарантій людям з інвалідністю.*

Annotation. *The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities is the first international legal instrument that emphasizes the priority of the right of people with disabilities, emphasizing the importance of its solution on national levels. In view of the fact that Ukraine has ratified the Convention, there is an urgent need to finalize the current legislation of*

Ukraine regarding the disabled, making necessary amendments and additions to it regarding the issues of ensuring rights and guarantees for people with disabilities.

Гармонізація українського Законодавства щодо інвалідів відповідно до міжнародних норм і стандартів, зокрема до стандартів Конвенції ООН про права інвалідів (далі Конвенція), є важливою умовою забезпечення прав і свобод інвалідів. Як показав аналіз, здійснений у рамках українсько-канадського проекту «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні», норми вітчизняного законодавства не відповідають стандартам Конвенції щодо таких питань [2]:

1. Чинне законодавство України поняття «інвалідність» розглядає як соціальну проблему, а не відносить питання інвалідності до сфери прав людини.

2. Визначений Конвенцією відповідний понятійний апарат в законодавстві України використовується не повністю.

3. Принципи законодавства України в сфері захисту та реалізації прав людей з інвалідністю не систематизовані та не містяться в усіх нормативних актах.

4. У Законодавстві України правові відносини між людьми з інвалідністю та уповноваженими органами влади носять невизначений характер, що має негативні юридичні наслідки для даної категорії людей. Крім зазначеного, поняття «обов'язок держави» щодо людей з інвалідністю відсутнє. — Стаття 4 Конвенції.

5. Конституція України не містить гарантій щодо відсутності обмежень прав і свобод людини за ознаками інвалідності або фізичних чи психічних вад; у статті 24 Основного Закону застосовується поняття «інші ознаки». — п. 2 Статті 5 Конвенції.

6. Норми законодавства України щодо захисту прав дітей-інвалідів відповідають основним положенням Конвенції.

7. У законодавстві, що регулює інформаційно-просвітницьку політику норми щодо обов'язкового проведення державою відповідної просвітницької та виховної функції в суспільстві по відношенню до людей з інвалідністю відсутні.

8. Законодавство України не передбачає відповідних механізмів та процедур застосування юридичної відповідальності за відсутність здійснення належних заходів щодо забезпечення інвалідам доступу на рівні з іншими до фізичного оточення, транспорту, інформації та спілкування, включаючи інформаційно-комунікаційні

технології та системи, а також до інших об'єктів та послуг, відкритих для населення. — п. 1 Статті 9 Конвенції.

9. Законодавство України також не передбачає ні індивідуальної, ні колективної відповідальності органів влади за порушення прав людей з інвалідністю, зокрема в разі порушення зобов'язань щодо створення відповідної інфраструктури (щодо участі людей з інвалідністю в культурному житті, проведенні відпочинку, зайнятті спортом) — Стаття 10 Конвенції.

10. Будь-які норми та положення захисту людей з інвалідністю в ситуаціях ризику на законодавчому рівні відсутні. — Стаття 11 Конвенції.

11. Законодавством України не забезпечено механізми ефективного доступу людей з інвалідністю до правосуддя — Стаття 13 Конвенції

12. У законодавстві України відсутні поняття та не визначено принципи захисту особистої цілісності (фізичної та психічної) в розумінні Конвенції про права людей з інвалідністю. — Стаття 17 Конвенції.

13. Відсутні на законодавчому рівні механізми контролю за дотриманням вищими навчальними закладами вимог доступності до відповідної інфраструктури людей з інвалідністю, що бажають навчатися; існує список медичних протипоказань, затверджений Міністерством охорони здоров'я України;- п. 5 Статті 24 Конвенції.

14. Законодавство не визначає механізми гарантування та забезпечення фінансування для створення відповідної інфраструктури з охорони здоров'я інвалідів. — Стаття 25 Конвенції.

15. Не існує єдиної системи або програми збору та узагальнення статистичних даних щодо чисельності людей з інвалідністю, їх потреб, що унеможливлює ефективність застосування соціальних та інших програм. — Стаття 31 Конвенції.

Література

1. http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_g71 — Конвенція ООН про права інвалідів.

2. www.education-inclusive.com — Луценко Т.М, консультант українсько-канадського проекту «Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами в Україні».

ПРАВОВИЙ СТАТУС ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Волкова К.Ю.
студентка 2 курсу, спеціальність «Право»,
коледж «Освіта», Університет «Україна»
Науковий керівник: ***Орловська І.Г.****, к. ю. н, доцент кафедри конституційного*
права та теоретико-правових дисциплін,
Інститут права та суспільних відносин
Університету «Україна»
kristinavolkova200@gmail.com

Анотація. *Правовий статус особи з інвалідністю характеризується тим, що як громадянин держави така особа володіє всією повнотою конституційних прав, свобод і обов'язків, тобто володіє загальним правовим статусом; з іншого боку, як особа, яка має певні вади здоров'я, вона наділена додатковими правами та пільгами, або на неї покладені додаткові обмеженнями, тобто є володарем спеціального правового статусу.*

Annotation. *The legal status of a person with a disability is characterized by the fact that as a citizen of the state such person possesses all fullness of constitutional rights, freedoms and duties, that is, has a general legal status; on the other hand, as a person with certain health deficiencies, she is endowed with additional rights and privileges or is subject to additional restrictions, that is, he has a special legal status.*

***Законодавство України, яке регулює статус осіб з інвалідністю*:**
Конституція України;

– Закон України від 21.03.1991 №875-XII «Про основи соціальної захищеності інвалідів Україні»;

– Закон України від 06.10.2005 №2961-IV «Про реабілітацію інвалідів в Україні»;

– Закон України від 19.06.2003 №966-IV «Про соціальні послуги»;

– Закон України від 16.11.2000 №2109-III «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам»;

– Державна цільова програма «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 01.08.2012 №706

Міжнародне законодавство, яке регулює статус осіб з інвалідністю:

– Конвенція ООН про осіб з інвалідністю, яка ратифікована Україною 16.12.2009 і набрала чинності для України 06.03.2010;

– Конвенція про захист прав людини і основоположних свобод (1950), ратифікована Україною 17.07.1997 і набрала чинності для України 11.09.1997;

– Прецедентна практика Європейського суду з з прав людини;

Згідно із ст. 13 Конвенції держави-учасниці повинні забезпечувати інвалідам нарівні з іншими ефективний доступ до правосуддя, зокрема передбачаючи процесуальні та відповідні вікові корективи, які полегшують виконання ними своєї ефективної ролі прямих і опосередкованих учасників, у т.ч. свідків, на всіх стадіях юридичного процесу, зокрема на стадії розслідування та інших стадіях попереднього провадження(п.1). Щоб сприяти забезпеченню інвалідам ефективного доступу до правосуддя, держави-учасниці сприяють належному навчанню осіб, які працюють у сфері здійснення правосуддя, зокрема в поліції та пенітенціарній системі (п.2).

Згідно із ст. 5 Конвенції держави-учасниці визнають, що всі особи є рівними перед законом і за ним та мають право на рівний захист закону й рівне користування ним без будь-якої дискримінації. Держави-учасниці забороняють будь-яку дискримінацію за ознакою інвалідності й гарантують інвалідам рівний та ефективний правовий захист від дискримінації на будь- якому ґрунті.

Згідно із ст. 9 Конвенції щоб надати інвалідам можливість вести незалежний спосіб життя й усебічно брати участь у всіх аспектах життя, держави-учасниці вживають належних заходів для забезпечення інвалідам доступу нарівні з іншими до фізичного оточення, до транспорту, до інформації та зв'язку, зокрема інформаційно-комунікаційних технологій і систем, а також до інших об'єктів і послуг, відкритих або таких, що надаються населенню, як у міських, так і в сільських районах.

Рішення ЄСПЛ щодо інвалідів

Рішення по справі «Савіни проти України» (N39948/06)

від 18 грудня 2008 року, ЄСПЛ визнав факт невиправданого втручання у сімейне життя заявників (обидва сліпі з дитинства) рішенням про відібрання дітей від батьків, чим порушено статтю 8 Європейської конвенції з прав людини (право на повагу до сімейного життя)

Література

1. http://sr.cn.court.gov.ua/userfiles/Pravovuy_status.pdf.

КРОКИ ПО УДОСКОНАЛЕННЮ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ В ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ

Галко О.М.
старший викладач кафедри правознавства
Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»
GalkoOM@gmail.com

Анотація. *Досліджено ряд кроків по удосконаленню нормативно — правового регулювання інклюзивного навчання в закладах освіти. Ці кроки в першу чергу обумовлені приєднання України до Конвенції про права осіб з інвалідністю, яка визнає важливим доступність освіти для таких осіб. Безпосередніми кроками стало прийняття Кабінетом Міністрів України Державної цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року, Постанови «Про внесення змін до Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах» та нового Закону України «Про освіту». Усі вони спрямовані на покращення ситуації в сфері захисту та реалізації прав осіб з інвалідністю в сфері доступу до освіти.*

Annotation. *In this article a number of steps are being taken to improve the regulatory and legal regulation of inclusive education in educational institutions. These steps are primarily due to the accession of Ukraine to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, which recognizes the importance of access to education for such persons. The immediate steps were the adoption by the Cabinet of Ministers of the State Target Program «National Action Plan for the Implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities» for the period until 2020, the Resolution «On Amendments to the Procedure for the Inclusive Education in General Education Institutions» and the New Law of Ukraine «On Education». All of them are aimed at improving the situation in the field of protection and implementation of the rights of persons with disabilities in the field of access to education.*

Правові засади формування та розвитку інклюзивного освітнього середовища обумовлені, перш за все, вимогами міжнародних зобов'язань, взятими на себе Україною. Так, наша країна відповідально та послідовно виконує вимоги Конвенції про права осіб з інвалідністю — основоположної міжнародної угоди, що зобов'язує захищати права осіб з інвалідністю, в тому числі і в сфері освіти. Зокрема, у її преамбулі відмічено, що усі держави-учасниці цієї

Конвенції визнають важливою доступність освіти. Конвенція містить 50 статей, спрямованих на захист і заохочення прав осіб з інвалідністю, ліквідацію дискримінації стосовно них, серед яких, безперечно, чільне місце посідає і ст. 24, яка зобов'язує держав — учасниць забезпечити цим особам доступ до інклюзивної, якісної та безплатної початкової й середньої освіти в місцях свого проживання, а також доступ до загальної вищої освіти, професійного навчання, освіти для дорослих і навчання протягом усього життя без дискримінації та нарівні з іншими [1].

З метою всебічного та неухильного дотримання прав і задоволення потреб осіб з інвалідністю, Верховна Рада України 16 грудня 2009 року ратифікувала зазначену Конвенцію, яка набрала чинності для України 6 березня 2010 року.

Подальше впровадження в життя основоположних засад, закладених у цій Конвенції, було обумовлено прийняттям Кабінетом Міністрів України 1 серпня 2012 року Державної цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року. Нею передбачається як створення для осіб з інвалідністю з урахуванням їх індивідуальних можливостей, здібностей та інтересів безперешкодного доступу до освіти, так і приведення національного законодавства у відповідність вимогам Конвенції [2].

Так, в продовження послідовного курсу на задоволення осіб з інвалідністю в якісних освітніх послугах, Кабінетом Міністрів України 9 серпня 2017 року було прийнято Постанову «Про внесення змін до Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах», що зробить легшим доступ до освіти перш за все для дітей з особливими освітніми потребами. Внаслідок цього більше класів зможуть стати інклюзивними, а діти з особливими потребами матимуть кращий доступ до освіти.

«Для нас дуже важливо, щоб кожна дитина з особливими освітніми потребами мала змогу навчатися у колективі однолітків та не була відірвана від реального життя суспільства, якщо це можливо. При цьому надзвичайно важливо забезпечити таку дитину відповідним супроводом та переконатися, що для неї створено усі необхідні умови для навчання», — зазначила Міністр освіти і науки України Лілія Гриневич [3].

Цією постановою передбачається, що кожній дитині з особливими потребами у школі розроблятиметься індивідуальна програма розвитку, розклад уроків для таких дітей складатиметься з урахуванням

індивідуальних особливостей їх навчально-пізнавальної діяльності, динаміки розумової працездатності, а до розробки програми в обов'язковому порядку залучатимуться не тільки фахівці, але й батьки або законні представники дитини [4].

Особливо ж важливим кроком по впровадженню та закріпленню правових основ інклюзивного навчання стало прийняття нового Закону України «Про освіту» від 5 вересня 2017 року. Так, він визначив два основоположних поняття, а саме, інклюзивного навчання як системи освітніх послуг, гарантованих державою, що базується на принципах недискримінації, врахування багатоманітності людини, ефективного залучення та включення до освітнього процесу всіх його учасників, а також інклюзивного освітнього середовища як сукупності умов, способів і засобів їх реалізації для спільного навчання, виховання та розвитку здобувачів освіти з урахуванням їхніх потреб та можливостей [5].

Отож, прогресивність та спрямованість гуманістичних тенденцій, а також і міжнародні угоди і осучаснення національного законодавства в напрямку захисту та реалізації прав осіб з інвалідністю в сфері доступу до освіти вимагають якомога ґрунтовнішого правового регулювання саме інклюзивного навчання в закладах освіти, що повинно знайти вираження у нових принципових підходах до вирішення такої особливо актуальної проблеми, як всебічний розвиток інклюзивного освітнього середовища.

Література

1. Конвенція про права осіб з інвалідністю: Прийнята Резолюцією Генеральної Асамблеї Організації Об'єднаних Націй №3447 від 09 грудня 1975р. — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/995_g71.

2. Про затвердження Державної цільової програми «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року: Постанова Кабінету Міністрів України №706 від 01 серпня 2012 р. // Офіційний вісник України. — 2012. — №59. — Ст. 2369.

3. КМУ прийняв постанову, що зробить легшим доступ до освіти для дітей з особливими освітніми потребами. — [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://mon.gov.ua/usi-novivni/novini/2017/08/09/kmu-prijnyav-postanovu, -shho-zrobit-legshim-dostup-do-osviti-dlya-ditej-z-osoblivimi/.

4. Про внесення змін до Порядку організації інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах: Постанова Кабінету Міністрів України №588 від 29 серпня 2017 р. // Офіційний вісник України. — 2012. — №67. — Ст. 2004.

5. Про освіту: Закон України №2145-VIII від 05 вересня 2017 р. // Відомості Верховної Ради України. — 2017. — №38 — 39. — Ст. 380.

ДЕРЖАВНА ПОЛІТИКА У СФЕРІ ЗАХИСТУ ПРАВ І ІНТЕРЕСІВ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ. ГРОМАДЯНСЬКА СВІДОМІСТЬ

Гоч Ю.В.
студентка спеціальності «Міжнародна інформація»,
магістратура 6 курс, Інститут права та суспільних відносин,
Університет «Україна»
Науковий керівник: ***Орловська І.Г.****, к. ю. н, доцент кафедри конституційного*
права та теоретико-правових дисциплін,
Інститут права та суспільних відносин
Університету «Україна»
julia26051987@gmail.com

Анотація. *Досліджено напрям державної політики у сфері захисту прав та інтересів людей з інвалідністю, а саме забезпечення належного рівня життя, відчуття захищеності та власної свободи. Виявлено основні проблеми та проаналізовано «громадську свідомість» щодо ставлення до людей з інвалідністю в українському суспільстві.*

Annotation. *There were discovered the direction of national agenda in the field of protection of rights and interests of people with disabilities, particularly in providing necessary quality life, security and individual liberty. The main problems were found out, «the civic awareness» pertaining to people with disabilities in Ukrainian society was analysed.*

Здоров'я населення — це першочергове завдання держави і має бути основою державної політики. Турбота про громадян з обмеженими можливостями, вважається показником стабільності та цивілізованості держави. Найбільш життєво необхідними і важливими потребами та прагненнями для інвалідів є максимальне збереження активності та віри в свої сили.

Протягом останніх років відбулися істотні зміни у ставленні до інвалідів у суспільстві. Основою таких змін є визнання прав інвалідів на повноцінне життя в суспільстві і створення державою належних умов для їх інтеграції.

Багато зроблено для того, щоб люди з обмеженими особливостями почувалися повноцінними громадянами, а саме підписання міжнародних договорів, міжнародне співробітництво у сфері реабілітації, вдосконалення українського законодавства у вирішенні даних проблем на засадах соціальної справедливості, рівності, гласності, заходи щодо реалізації права на трудову діяльність, удосконалення та розширення закладів реабілітації.

Для повноцінного досягнення мети забезпечити гідне життя людей з інвалідністю, потрібно все таки довести теорію та практику до міжнародних стандартів, провести аналіз стану адаптації та реабілітації зазначеної категорії населення на сьогодення, і саме результати аналізу мають допомогти у визначенні шляхів розвитку та розробці планів щодо покращення ситуації у роботі з інвалідами на майбутнє та звичайно ж достатнє фінансування зазначених заходів.

Також, у сучасному суспільстві є нагальна потреба у вирішенні питання, щодо психологічних перешкод з обох сторін.

Має пропагуватися на рівні держави ідея рівності, пробудження громадської свідомості у суспільстві, щодо проблем інвалідів, які раніше здавалися для більшості з нас далекими і чужими, недостатньо актуальними, а саме із залученням громадян до волонтерських рухів, програм державного рівня та різного роду заходах, у сферах творчості, спорту тощо.

Підсумовуючи вище зазначене, можна зробити висновок, що одним із важливих питань державної політики має бути забезпечення виконання всіх необхідних заходів для покращення належних умов щодо реалізації громадянами з інвалідністю своїх конституційних прав, основаних на засадах справедливості і рівності та посприяти зміні негативних стереотипів в суспільстві і це буде являтися показником розвитку держави. Лише здорове суспільство здатне побудувати сильну, міцну, стабільну країну.

Література

1. Конституція України //ВВР України. — 1996. — №30. — с. 141.

2. Закон України «Про реабілітацію інвалідів в Україні» //ВВР України. — 2006. — №2961-IV. — с. 252.

4.Закон України «Про державні соціальні стандарти і соціальні державні гарантії»//ВВР України. — 2000. — №2017 — с. 409.

5. Закон України «Про соціальні послуги»//ВВР України. — 2016. — №4607. — с. 358.

6. Кравченко М.В. Актуальні проблеми соціального захисту інвалідів /М.В. Кравченко. — Режим доступу:http://www.nbuv.gov.ua/ejournals/dutp/2010.

7. Про становище інвалідів в Україні. Національна доповідь / Мінпраці України, Державна установа «Наук.-дослід. інст. соц. трудових відносин». — К., 2016. — 194 с.

ПРОТИДІЯ НЕЗАКОННОМУ ОБІГОВІ НАРКОТИЧНИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ: ЗАКОНОДАВЧЕ РЕГУЛЮВАННЯ

Дадерко Л.Ф.
к.ю.н., доцент, професор кафедри цивільного, господарського, адміністративного права та правоохоронної діяльності Інституту права та суспільних відносин Університету «Україна»

Анотація. *Протидія незаконному обігу наркотичних засобів та її законодавче регулювання. Ознаки для класифікації законодавства у сфері протидії незаконному обігу наркотичних засобів, характеристика законодавчого та нормативно-правового поля. Необхідність розробки та створення дієвої систематизації законодавчих у сфері протидії незаконного обігу наркотиків.*

Annotation. *Counteraction to illegal turnover of narcotic facilities and her legislative adjusting. Signs are for classification of legislation in the field of counteraction to illegal turnover of narcotic facilities, description of the legislative and normatively-legal field. A necessity of development and creation of effective systematization of legislative is in the field of counteraction of illegal turnover of drugs.*

1. Протидія незаконному обігу наркотичних засобів, недопущення розвитку таких антисоціальних явищ, як наркоманія та наркотизм є рисою розвиненого демократичного суспільства. Для подолання зазначеного негативного явища в чинному законодавстві України наявна ціла низка законодавчих актів, а також розгалужений ряд підзаконних нормативно-правових актів різних міністерств, державних комітетів, відомств, а також рішень та постанов органів місцевої влади та місцевого самоврядування. Разом із тим, зазначені нормативно-правові акти не уніфіковані

в єдину систему законодавчих актів по боротьбі із незаконним обігом наркотичних засобів. В них подекуди дублюються нормативно-правові приписи, іноді містяться суперечливі положення, а часом вимоги щодо боротьби із незаконним обігом наркотиків, які конфліктують із положеннями міжнародно-правових актів, ратифікованих Україною. Зазначене дає підстави приділити увагу дослідженню нормативно-правової основи протидії незаконному обігу наркотиків.

2. Діяльності державних органів у боротьбі із незаконним обігом наркотичних засобів, крім їхньої систематизації нормативних актів за юридичною силою, на нашу думку, може бути здійснена за їх предметним призначенням а саме:

– *законодавчі та нормативно-правові акти загального характеру* — містять концептуальні положення протидії незаконному обігу наркотичних засобів, а також законодавчі акти, що регулюють правовідносини у сферах, які безпосередньо не стосуються боротьби із незаконним обігом наркотиків, але нормативні положення яких можуть бути прямо чи опосередковано використані у цій сфері. До них можна віднести такі, як Основи законодавства України про охорону здоров'я», Господарський кодекс України, Цивільний кодекс України, Кодекс України про адміністративні правопорушення, Кримінальний кодекс України, Закони України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності», «Про лікарські засоби», «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», «Про захист населення від інфекційних хвороб та деякі інші;

– *спеціальні законодавчі та нормативно-правові акти*, тобто такі, які безпосередньо містять нормативні положення, що регулюють відносини у сфері обігу наркотичних засобів та протидії їх незаконному обігу, встановлюють права та обов'язки відповідних державних органів та недержавних організацій у цій сфері; процедури, правила, порядок діяльності у цій сфері, інструкції та приписи щодо одержання та використання ліцензій, дозволів, санкціонування здійснення будь-якої діяльності у сфері обігу наркотичних засобів тощо. При цьому їх можна поділити на дві підгрупи: нормативно-правові акти матеріального права та нормативно-правові акти процедурно-процесуального характеру. До них можна віднести такі, як Закони України від 15 лютого 1995 року «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» та «Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів,

психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними», Указ Президента України від 13.04.2011 №457/2011 «Питання Державної служби України з контролю за наркотиками», Постанови КМ України від 06.05.2000 №770»Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів», Постанови КМ України від 06.04.2016 №282 «Деякі питання ліцензування господарської діяльності з культивування рослин, включених до таблиці І переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого Кабінетом Міністрів України, розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, реалізації (відпуску), ввезення на територію України, вивезення з території України, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, включених до зазначеного переліку» тощо;

– *законодавчі та нормативно-правові акти відновлюваного характеру*, тобто такі, що спрямовані на врегулювання правовідносин, які виникають в процесі подолання негативних наслідків незаконного обігу наркотичних засобів та реабілітації осіб, які зловживають наркотичними засобами. До них можна віднести такі, як Постанову КМ України від 06.11.1997 №1238 «Про обов'язковий профілактичний наркологічний огляд і порядок його проведення», Наказ МОЗ України, МВС України, Генеральної прокуратури України, Мін'юсту України від 10.10.1997 №306/680/21/66/5 «Про затвердження Інструкції про порядок виявлення та постановки на облік осіб, які незаконно вживають наркотичні засоби або психотропні речовини» та ін.

Положення вище наведених законодавчих та нормативно правових актів повному обсязі поширюється на осіб з інвалідністю.

Наведений перелік характеристик законодавчих та нормативно-правових актів містить незначну частку нормативних документів, які містять положення щодо регулювання правовідносин у сфері боротьби із незаконним обігом наркотичних засобів, а це підкреслює необхідність подальшої наукової роботи щодо створення дієвої класифікації та систематизації законодавчих та нормативно-правових актів у сфері протидії незаконного обігу наркотиків.

ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАВ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Добуляк Є.А.
магістрант групи ЗПЗ-605/16м, спеціальність «Правознавство»,
Інститут права та суспільних відносин, Університет «Україна»
*Науковий керівник: **Фрицький Ю.О.**, д.ю.н., професор,*
завідувач кафедри конституційного права та теоретико-правових дисциплін,
Інститут права та суспільних відносин,
Університет «Україна»
lesjarusnak@rambler.ru

Анотація. *Тези присвячені дослідженню питань правовому забезпеченню прав дітей-інвалідів у сфері охорони здоров'я в Україні. Однією із проблем, яка постає в контексті цього завдання, це визначення та проведення правового аналізу медичного забезпечення дітей-інвалідів, що є одним із найважливіших та складних завдань державної політики у сфері охорони здоров'я України. Та на сьогоднішній день потребує на законодавчому рівні відповідного вдосконалення та гарантування.*

Annotation. *Theses are devoted to the issues of legal provision of the rights of children with disabilities in the health sector in Ukraine. One of the problems that arises in the context of this task is the definition and legal analysis of medical support for children with disabilities, which is one of the most important and complicated tasks of the state policy in the sphere of health protection of Ukraine. And today demands on the legislative level corresponding improvement and assurance.*

Одним з пріоритетних напрямків діяльності держави є сфера охорони здоров'я людини. Декларування у Конституції України [1] права на безкоштовну медичну допомогу передбачило обов'язок держави забезпечити належним чином реалізацію такого права. Кожна людина має природне невід'ємне і непорушне право на охорону здоров'я. Під охороною здоров'я законодавство розуміє систему заходів, спрямованих на забезпечення збереження і розвитку фізіологічних і психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності людини при максимальній біологічно можливій індивідуальній тривалості життя (ст. 3 Закону) [2, с. 4].

Держава гарантує дитині право на охорону здоров'я, безоплатну кваліфіковану медичну допомогу. Однак, стан здоров'я дітей в Україні є незадовільним з тенденцією до зростання захворюва-

ності, поширеності хвороб та інвалідності. Однією із проблем, яка постає в контексті цього завдання, це визначення та проведення правового аналізу медичного забезпечення дітей-інвалідів, що є одним із найважливіших та складних завдань державної політики у сфері охорони здоров'я України. Негативні тенденції в системі охорони здоров'я в Україні розпочалися ще з 1990 року, тому збереження життя і здоров'я кожної дитини, а особливо дитини з обмеженими можливостями набуває пріоритетного значення.

Проблеми правового забезпечення прав дітей з особливими потребами були предметом дослідження таких вчених, як В.І. Абрамова, С.С. Алексєєва, З.С. Гладуна, А.М. Колодія, Н.І. Матузова, О.М. Ільїної, Т.М. Матюшевої, М.А. Єгупової, П.Д. Пилипенка, Б.С. Стичинського, С.М. Синчук, С.Г. Стеценка, І.М. Сироти, В.С.Тарасенко, Л.П. Шумної, та ін.

Як показує аналіз опрацьованої нами наукової літератури, проблемам правового забезпечення прав дітей з особливими потребами у сфері охорони здоров'я науковцями увага приділялась не достатньо. Тому метою є проведення правового аналізу медичного забезпечення прав дітей-інвалідів, що є одним із найважливіших та складних завдань державної політики у сфері охорони здоров'я України.

Медичне забезпечення дітей-інвалідів є одним із найважливіших та складних завдань державної політики у сфері охорони здоров'я України. Міністерство охорони здоров'я України, відповідно до Закону «Про реабілітацію інвалідів в Україні», працює над впровадженням державних реабілітаційних стандартів і контролю за якістю реабілітаційних послуг. Дітям з особливими потребами повинна надаватися безоплатно державними та комунальними закладами охорони здоров'я необхідна медична допомога. Але реалізувати своє право на отримання допомоги у закладах охорони здоров'я вони не можуть, не сплативши кошти за лікування, здебільшого позбавлені можливості відвідувати медичні заклади у зв'язку їх відсутністю чи віддаленістю, тому їх конституційне право на безоплатну медичну допомогу у державних і комунальних медичних закладах охорони здоров'я фактично неможливо реалізувати [3].

Підсумовуючи вище викладене необхідно зауважити, що на даний час норма статті 49 Конституції України, відповідно до якої держава створює умови для ефективного і доступного медичного обслуговування, у повній мірі не забезпечується. Для більшості дітей-інвалідів отримання якісної медичної допомоги потребує значних витрат. Для сімей, де виховується така дитина, переважна

більшість яких належить до категорії малозабезпечених громадян, здійснення витрат на медичне обслуговування стає майже неможливим. Також вважаємо, що необхідно звернути увагу на охорону здоров'я дітей-інвалідів, які проживають у сільській місцевості, адже показники їх смертності значно вищі, порівняно з дітьми, що проживають у містах. Зважаючи на прийняття медичної реформи та втілення заходів з медичної, соціальної, фізичної реабілітації дітей-інвалідів, їх інтеграції до суспільства, доцільним є вирішення низки проблем, зокрема щодо інформування батьків дитини, яка народилася з вадами чи захворюваннями; про їхні права й можливості отримання допомоги від держави та громадських організацій ще на етапі встановлення дитині діагнозу; належного фінансування медико-соціального забезпечення дітей-інвалідів, зокрема щодо належного та вчасного фінансування реабілітаційних програм для запобігання розвитку тяжких наслідків.

Література

1. Конституція України від 28 червня 1996 р. // ВВР України. — 1996. — №30. — 141 с.

2. Основи законодавства України про охорону здоров'я: Закон України від 19.11.1992 р. №2801-XII із змінами станом на 01.01.2016р. // Голос України. — 2016. — №238. С. 3–40.

3. Концепції Державної програми «Здорова дитина на 2008-2017 роки» [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070713_0.html.

ПРАВО ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ НА УЧАСТЬ У ПОЛІТИЧНОМУ ТА СУСПІЛЬНОМУ ЖИТТІ

Довга І.В.
студентка 4 курсу, спеціальність «Правознавство», група ПЗ-43/15к, Інституту права та суспільних відносин, Університет «Україна»
*Науковий керівник: **Ізуїта П.О.**, к.ю.н., доцент, професор кафедри цивільного, господарського, адміністративного права та правоохоронної діяльності, Інститут права та суспільних відносин, Університет «Україна»*

***Анотація**. Відповідно до Конституції України особи з інвалідністю повинні мати можливість вільно обирати та бути обраними. Що стосується права вільно обирати, то його реалізація передбачає можливість бути повноцінним учасником виборчого процесу. Проте у зако-*

нах відсутня обов'язкова вимога щодо доступності приміщень та матеріалів, а також критерії такої доступності у процесі перевірки та уточнення списків виборців; особи з інвалідністю практично позбавлені можливості бути активним учасником цього етапу виборчого процесу.

Annotation. *In accordance with the Constitution of Ukraine, persons with disabilities should be free to choose and be elected. With regard to the right to freely choose, its implementation implies the possibility of being a full participant in the election process. However, in the laws there is no mandatory requirement regarding the availability of premises and materials, as well as the criteria for such availability in the process of verification and clarification of voter lists; Persons with disabilities are practically deprived of the opportunity to be active participants in this stage of the election process.*

Відповідно до Конституції України особи з інвалідністю повинні мати можливість вільно обирати та бути обраними. Що стосується права вільно обирати, то його реалізація передбачає можливість бути повноцінним учасником виборчого процесу. Проте у законах відсутня обов'язкова вимога щодо доступності приміщень та матеріалів, а також критерії такої доступності у процесі перевірки та уточнення списків виборців; особи з інвалідністю практично позбавлені можливості бути активним учасником цього етапу виборчого процесу.

Згідно Постанови Центральної виборчої комісії від 19 січня 2012 року №5, голосування повинно проходити у спеціально відведених та обладнаних приміщеннях, розташованих, як правило, на перших поверхах будівель, мати пандус, вільний вхід та вихід. Але це Положення не було виконано під час підготовки до виборів 2012 року у Верховну Раду України і залишається декларативним. Зазвичай приміщення для голосування розташовуються у школах, навчальних закладах, які є тотально архітектурно недоступними для маломобільних груп населення, включаючи осіб з інвалідністю.

Законодавство України передбачає, що передвиборна агітація може здійснюватися в будь-яких формах і будь-якими засобами, що не суперечать Конституції України, законам України. Однією з форм передвиборної агітації є проведення публічних заходів. Встановлюючи вимоги до проведення публічних заходів передвиборної агітації законодавство визначає, що органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування зобов'язані надавати приміщення, «придатні для проведення публічних заходів»

передвиборної агітації. Оскільки доступність (архітектурна) не є критерієм придатності для проведення публічних заходів, то особи з інвалідністю не мають гарантованого доступу до передвиборної агітації у формі таких публічних заходів.

Законодавство передбачає, що друкована продукція передвиборної агітації, друк інформаційних плакатів та матеріалів передвиборної агітації відбувається за рахунок коштів, що виділяються з державного бюджету України на підготовку і проведення виборів, а також за рахунок кандидатів, політичних партій та блоків — суб'єктів виборчого процесу. Центральна (територіальна) виборча комісія за рахунок коштів, що виділяються з державного бюджету України на підготовку і проведення виборів, забезпечує виготовлення інформаційних плакатів кандидатів, політичних партій та блоків, зареєстрованих відповідною виборчою комісією. Передбачається, що інформаційні плакати повинні бути однаковими за формою, розміром, поліграфічним виконанням, встановленими відповідною виборчою комісією, та повинні бути розміщені у приміщенні виборчої дільниці. Такий підхід до уніфікованого відображення кандидатів, партій та блоків на передвиборній друкованій продукції, що виготовляється за кошти державного бюджету, спрямований на гарантування як рівного відображення кандидатів, партій, блоків так і однакового донесення передвиборної агітації. При цьому немає жодних вимог щодо доведення за рахунок коштів державного бюджету друкованої передвиборної агітації до громадян із вадами зору.

Що стосується пристосованості самих виборчих бюлетенів, то лише у рамках виборів народних депутатів України для забезпечення голосування виборців з вадами зору Центральна виборча комісія виготовляє трафарети для бюлетенів рельєфно-крапковим шрифтом (за методом Брайля) з розрахунку по два трафарети на звичайну виборчу дільницю. Для спеціальних виборчих дільниць такі трафарети можуть виготовлятися за поданням окружної виборчої комісії. На жаль, це залишається тільки на папері — на виборах 2012 року до Верховної Ради України це не було застосовано.

Література

1. Кодекс законів про працю України. Електронний ресурс. Режим доступу: http://zakon.rada.gov.ua.

2. Закон України «Про статус ветеранів війни, гарантії їх соціального захисту». Електронний ресурс. Режим доступу:http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/3551-12.

3. Закон України «Про вибори Президента України» Електронний ресурс. Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/474-14.

4. Закон України Про місцеві вибори Електронний ресурс. Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/595-19.

5. Закон України «Про вибори народних депутатів України» Електронний ресурс. Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/ 4061-17.

СПЕЦІФІКА МЕНЕДЖМЕНТУ ЗАКЛАДУ ІНКЛЮЗИВНОЇ ОСВІТИ

Євась Т.В.
старший викладач кафедри економіки та менеджменту
Вінницького інституту Університету «Україна»
evasss2017@gmail.com

Анотація. *У роботі визначається сутність інклюзивного навчального закладу. Формулюються особливості освітнього менеджменту в умовах інклюзії. Визначається його роль в системі управління навчальним закладом. Розглядається зміст інноваційної діяльності керівників закладу освіти. Досліджуються специфічні функції менеджменту закладу інклюзивної освіти.*

Annotation. *The article defines the essence of an inclusive educational institution. The peculiarities of educational management in terms of inclusion are formulated. It determines its role in the management system of the educational institution. The content of the innovation activity of the heads of the educational institution is considered. The specific functions of the institution's management of inclusive education are explored.*

Сьогодні демократизація та гуманізація суспільства, розвиток національної системи освіти та її орієнтація на інклюзію, обумовлюють вдосконалення організації та управління навчальними закладами, що повинні підтримувати інклюзивну культуру, реалізовувати інклюзивну політику та практику. При цьому основою ефективного функціонування і розвитку закладу інклюзивної освіти стає якісний освітній менеджмент на всіх рівнях управління.

Інклюзивний навчальний заклад — це освітня організація, що складається з групи людей (викладачі, студенти, батьки), діяльність

яких координується (директором — менеджером), для досягнення поставлених загальних цілей (отримання здобувачами якісних освітніх послуг). Сьогодні якість освітніх послуг напряму стала залежати як від якості управлінської діяльності менеджерів навчальних закладів [1, с. 156–157].

Тому особливості менеджменту закладу інклюзивної освіти полягають в тому, що це комплекс організаційних форм, цілеспрямованих впливів керівника на діяльність персоналу та прийомів управління взаємодією освітніх процесів, до яких належать навчально-виховний, навчально-пізнавальний та самоосвітній процеси [2, с. 33].

Серед сучасних принципів управління закладами інклюзивної освіти значне місце посідає принцип інноваційності, який характеризується наявністю в керівників спрямованості на необхідність постійного застосування психолого-педагогічних інновацій, зміст якого розкривається через підтримку інноваційної ініціативи, творчості, самодіяльності й самостійності суб'єктів управління. Інноваційні функції управління сприяють формуванню відповідного середовища в закладі освіти (середовища, де панують засади інклюзивної освіти) [3, с. 63].

Пошук організаційних, педагогічних, психологічних умов для організації навчально-виховного процесу на засадах інклюзивної освіти потребує від керівників навчальних закладів додаткових знань і вмінь, постійного внесення новизни (інновації) в усі напрями освітнього процесу — навчальний, виховний, управлінський [3, с. 62].

Для забезпечення отримання здобувачами якісних освітніх послуг менеджери навчальних закладів повинні мати чітке уявлення про зміст управлінської діяльності, що відображається у функціях освітнього менеджменту. При цьому, поряд із загальними функціями (планування, організація, мотивування, контролювання і регулювання) виділяють специфічні функції менеджменту освіти, що виникають унаслідок горизонтального поділу праці в освітній системі будь-якої держави та визначають спрямованість на конкретний об'єкт управління.

Специфічні функції менеджменту освіти можна класифікувати за:

1) ознакою рівнів управління — загальнодержавний; регіональний (управління освітньою сферою території); локальний (рівень місцевого управління та самоврядування);

2) ознакою освітніх рівнів — управління дошкільною; професійною; вищою, позашкільною; післядипломною підсистемами освіти;

3) ознаками об'єктів управління — управління навчальними закладами різних видів та типів (дитсадками, школами, ліцеями, гімназіями, коледжами, інститутами, університетами, академіями тощо);

4) ознакою процесів управління — навчально-методичною роботою; навчально-виховним процесом; роботою з керівниками та науково-педагогічними кадрами; підвищенням кваліфікації і перепідготовки кадрів; науковою діяльністю у вищих навчальних закладах; налагодженням і розширенням міжнародного співробітництва в освітній сфері; розвитком соціальної та матеріально-технічної бази освіти тощо [4, с. 58–59].

Отже, побудова дієвої системи управління інклюзивним навчальним закладом повинна базуватись не лише на класичних основах менеджменту, але й враховувати специфіку організації та поділу управлінської праці в освіті, цілі та завдання інклюзії як особливої системи навчання. Ефективність менеджменту інклюзивного закладу освіти повинна визначатись інноваційністю та якістю створених умов для успішного отримання здобувачами освітніх послуг та їх подальшою реалізацією на користь суспільства.

Література

1. Ковальчук О.С. Забезпечення ефективності шкільного менеджменту через делегування повноважень / О.С. Ковальчук // Витоки педагогічної майстерності. Збірник наукових праць Полтавського національного педагогічного університету імені В. Г. Короленка. — Випуск 8. Частина ІІ. — Полтава, 2011. — Серія «Педагогічні науки». — 348 с. — С. 154–162.

2. Даниленко Л.І. Управління інклюзивною школою на засадах менеджменту освітніх інновацій / Інклюзивна школа: особливості організації та управління: Навчально — методичний посібник / Кол. авторів: А.А. Колупаєва., Ю.М. Найда, Н.З. Софій та ін.; за заг. ред. Л.І. Даниленко. — К.: ЦІППО, 2007. — 128 с.

3. Авдєєва С.О. Теоретичний аналіз проблеми управління закладами інклюзивної освіти / С.О. Авдєєва // Проблеми сучасної психології. — 2013. — №2. — С. 60–65.

4. Антонюк О. Менеджмент в освітянській сфері: концептуальні засади / О. Антонюк // Персонал. — 2006. — №10. — С. 58–66.

ОСОБИ З ІНВАЛІДНІСТЮ — НЕВІД'ЄМНА ЧАСТИНА УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА

Євтушенко В.В.
Студентка 5 курсу, спеціальність «Правознавство»,
Інститут права та суспільних відносин, «Університет «Україна»
Науковий керівник: ***Орловська І.Г.****, к.ю.н., доцент кафедри конституційного права та теоретико-правових дисциплін*
Інституту права і суспільних відносин
hencko@ukr.net

Анотація. *Інвалідність в сучасному світі — це справжній виклик для людини. Бар'єри, стереотипи, дискримінація в освіті, в охороні здоров'я, в побуті, загроза бідності та соціальна неадаптованість — ось що чекає на людину із інвалідністю. І дуже часто причина цього криється не в самій людині, а в суспільстві, яке її оточує. Чи створені умови для повноцінного життя людей із інвалідністю? Чи подолані стереотипи по відношенню до цієї групи громадян з боку оточуючих та влади? Чи держава забезпечує можливості для розвитку та активного суспільного життя для людини з інвалідністю? Відповіді на зазначені питання так само важливі для повноцінного життя людини із інвалідністю, як і її власна суспільна позиція, сила волі та любов до життя.*

Annotation. *Disability in the modern world is a real challenge for a person. And barriers, stereotypes, discrimination in education, health, life, the threat of poverty and social non-adaptability — that's what awaits a person with disabilities. And very often the reason for this lies not in the person himself, but in the society that surrounds him. Are conditions created for the full life of people with disabilities? Are stereotypes over this group of citizens overcome by the people and authorities? Does the state provide opportunities for development and active social life for a person with a disability? Answers to these questions are just as important for a person with a disability as a full-fledged life, as well as her own social position, willpower and love for life.*

Згадаємо про проголошені в Статуті Організації Об'єднаних Націй принципи, в яких достоїнство й цінність, притаманні всім членам людської сім'ї, і рівні та невід'ємні їхні права визнаються за основу свободи, справедливості й загального миру. Визнаючи, що Організація Об'єднаних Націй проголосила й закріпила в Загальній декларації прав людини та в Міжнародних пактах про права людини, що кожна людина має всі передбачені в них права й свободи без будь-якого розрізнення. Підтверджуючи загальність, неподіль-

ність, взаємозалежність і взаємопов'язаність усіх прав людини й основоположних свобод, а також необхідність гарантувати особам з інвалідністю повне користування ними без дискримінації.

В українському законодавстві, в Законі України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» дається наступне визначення осіб з інвалідностю — це «міра втрати здоров'я та обмеження життєдіяльності, що перешкоджає або позбавляє конкретну особу здатності чи можливості здійснювати діяльність у спосіб та в межах, що вважаються для особи нормальними в залежності від вікових, статевих, соціальних і культурних факторів». В даному визначенні не враховується той факт, що інвалідність — це проблема суспільна, і відповідальність за її вирішення лягає на плечі суспільства і держави, а не тільки на людину, яка стала жертвою інвалідності. Частіше суспільству потрібно нагадувати про те, що інвалідність — це не тільки особиста проблема людини.

За останнє десятиріччя соціальна політика багатьох європейських країн стосовно осіб з інвалідністю зазнала суттєвих змін. Ставлення до цієї соціальної групи людей, як до пацієнтів, якими необхідно лише опікуватися, і які не можуть долучатися до активного суспільного життя, змінилося на ставлення до них, як до повноправних членів суспільства, що мають рівні права з іншими громадянами країни. Однак, ще чимало країн, в тому числі й Україна, при формуванні державної соціальної політики стосовно людей з інвалідністю не враховують цих змін, надають пріоритетного значення «медичному», а не «соціальному» підходу до проблеми, що позначається на змісті та якості заходів, спрямованих на зменшення негативних наслідків «інвалідності». І найголовніше — не сприяє ширшому залученню людей з інвалідністю до участі у суспільному житті, реалізації їхніх прав, як громадян країни.

Зміна акцентів у трактуванні концепції інвалідності призводить до необхідності забезпечення комплексного підходу у створенні умов, які б сприяли реалізації прав осіб з інвалідністю на рівні з іншими громадянами країни.

Держава, попри декларування рівного захисту всіх громадян, дуже часто залишає без уваги тих, хто не завжди може себе захистити самостійно, використовуючи виправдання, влада по факту позбавляє життєво необхідних ресурсів найуразливіші категорії громадян. Політика держави у цій сфері має базуватися на вже існуючих тенденціях світових інноваційних підходах до розв'язання проблем інвалідності, та кращому практичному досвіді.

Для цього потрібно здолати існуючі перешкоди невлаштованого соціуму, удосконалити законодавство і посилити контроль за його дотриманням, змінити у ряді випадків ставлення суспільства до проблеми інвалідності.

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОХОРОНИ ПРАЦІ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Єлістратов Д.Д.
студент 1 курсу, спеціальність «Право», група ПЗ-11,
Інститут права та суспільних відносин Університету «Україна»
Науковий керівник: ***Орловська І.Г.****, к.ю.н., доцент кафедри конституційного права та теоретико-правових дисциплін Інституту права та суспільних відносин Університету «Україна»*
elistratov.denic@gmail.com

Анотація. *У тезах узагальнено сучасний стан законодавчого врегулювання охорони праці інвалідів в Україні. Досліджені питання проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності інвалідів, розвитку визначення поняття робочого місця інвалідів. Запропоновані авторські пропозиції щодо удосконалення законодавства щодо охорони праці інвалідів в Україні. Вказано доцільний напрямок подальших наукових розробок у цьому напрямку.*

Annotation. *The thesis summarizes the current state of the legislative regulation of labor protection of the disabled in Ukraine. The issues of conducting medical and social examination of invalids' disability, development of the definition of the working place of the disabled are studied. Proposed author's proposals on improving the legislation on the protection of the disabled people in Ukraine. An expedient direction of further scientific developments in this direction is indicated*

Охорона праці інвалідів врегульована ст. 12 Закону України «Про охорону праці» та іншими нормативно-правовими актами. Так, підприємства, які використовують працю інвалідів, зобов'язані створювати для них умови праці з урахуванням рекомендацій медико-соціальної експертної комісії та індивідуальних програм реабілітації, вживати додаткових заходів безпеки праці, які відповідають специфічним особливостям цієї категорії працівників.

Порядок організації та проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 4 квітня 1994 р. №221. Критерії встановлення ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках, особливостей працевлаштування хворих та інвалідів, затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України 5 серпня 1998 №2

Згідно зі ст. 2 Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 21 березня 1991 р., інвалідом є особа зі стійким розладом функцій організму, зумовленим захворюванням, Положення про робоче місце інваліда і про порядок працевлаштування інвалідів, затверджене постановою Кабінету Міністрів України від 3 травня 1995 р. №314.

наслідком травм або з уродженими дефектами, що призводить до обмеження життєдіяльності, до необхідності в соціальній допомозі й захисті.

Інвалідність як ступінь втрати здоров'я визначається шляхом експертного обстеження в органах медико-соціальної експертизи Міністерства охорони здоров'я України1.

Згідно зі ст. 12. Закону України «Про охорону праці», у випадках, передбачених законодавством, роботодавець зобов'язаний організувати навчання, перекваліфікацію і працевлаштування інвалідів відповідно до медичних рекомендацій.

Робоче місце інваліда — це окреме робоче місце або ділянка виробничої площі на підприємстві (об'єднанні), в установі та організації (далі — підприємство) незалежно від форм власності та господарювання, де створено необхідні умови для праці інваліда.

Робочим місцем інваліда може бути звичайне робоче місце, якщо за умовами праці та з урахуванням фізичних можливостей інваліда воно може бути використане для його працевлаштування; спеціалізоване робоче місце інваліда — робоче місце, обладнане спеціальним технічним оснащенням, пристосуваннями і пристроями для праці інваліда залежно від анатомічних дефектів чи нозологічних форм захворювання та з урахуванням рекомендації медико-соціальної експертної комісії (МСЕК), професійних навичок і знань інваліда. Це робоче місце може бути створено як на виробництві, так і вдома.

Слід врахувати, що робоче місце інваліда вважається створеним, якщо воно відповідає встановленим вимогам робочого місця для інвалідів відповідної нозології, атестоване спеціальною комісією за участю представників МСЕК, органів Держнаглядохорон-

праці, громадських організацій інвалідів і введено в дію шляхом працевлаштування на ньому інваліда.

Відповідно до ст. 12 Закону України «Про охорону праці», залучення інвалідів до надурочних робіт і робіт у нічний час не допускається.

Законодавством про працю передбачено й інші гарантії у сфері охорони праці (у широкому розумінні) жінок, неповнолітніх осіб із зниженою працездатністю.

Порядок організації та проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 4 квітня 1994 р. №221. Критерії встановлення ступеня стійкої втрати професійної працездатності у відсотках, особливостей працевлаштування хворих та інвалідів, затверджені наказом Міністерства охорони здоров'я України 5 серпня 1998 №238.

Література

1. Правове регулювання охорони праці інвалідів. Начальник управління юстиції Я. І. Мельник. 2012. Електронне посилання. Режим доступу: http://rda.if.ua/n/news/2012/07/09/1089/view.

ПРАВО НА ДОСТУП ДО ІНФОРМАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Зубрицька Д.В.
студентка 6 курсу, спеціальність «Правознавство», група ПЗ-61/1бм,
Інститут права та суспільних відносин
Університету «Україна»
Науковий керівник: ***Орловська І.Г.****, к.ю.н., доцент кафедри конституційного права та теоретико правових дисциплін*
Інституту права та суспільних відносин
Університету «Україна»

Анотація. *Право на інформацію одне з найнеобхідніших у сучасному світі. А її оновлення, накопичення чи збереження допомагає людям з інвалідністю знати більше про навколишній світ. Тому наше інформаційне суспільство не може обійтися без інформації, а ті обмеження, що досліджені у тезах, створюють перешкоди для інвалідів.*

Annotation. *The right to information is one of the most essential in the modern world. And its updating, accumulation or preservation helps people with disabilities know more about the surrounding world. Therefore, our*

information society can not do without information, and the restrictions that are studied in the theses, create obstacles for the disabled.

Чинне законодавство гарантує людям з інвалідністю доступ до інформації. Поряд з тим існують суттєві недоліки у практичному вирішенні питань, гарантованих в тому числі і ст. 21 Конвенції про права інвалідів. Питання доступу до інформації осіб з інвалідністю комплексно не досліджувалося на рівні держави. Можна говорити лише про окремі сфери аналізу. Так, при введенні субтитрування у системі Національної телекомпанії ведеться облік часу, який у відповідності із державним замовленням відведено на субтитри та сурдопереклад.

Зокрема, Українським товариством глухих проведено дослідження щодо критеріїв та форм використання жестової мови. Навчально-інформаційним центром Українського товариства сліпих разом з Національною Асамблеєю інвалідів України проведено дослідження доступності веб-сторінок центральних органів виконавчої влади, інших органів державної влади та міжнародних громадських організацій. У результаті проведених досліджень можна зробити висновок, що інтернет сторінки-органів державної влади, центральних органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування можна вважати частково доступними для незрячих, що свідчить про неналежний рівень інформування зазначеної категорії про нормативне забезпечення та характер надання публічних, адміністративних послуг.

За даними Українського товариства сліпих у періодичні видання для незрячих шрифтом Брайля почали видаватись тільки у жовтні 2011 року; за 2011 рік читачі не отримали жодної книги на електронних носіях, що було пов'язано з системою фінансування, а також з відсутністю механізму тиражування цієї літератури (механізм захисту авторських прав при тиражуванні аудіокниг на дисках чи цифрових носіях).

За даними Державного Комітету телебачення і радіомовлення у 2016 році державні телерадіокомпанії забезпечили адаптування програм для сприйняття людьми з проблемами слуху у обсязі 6460 годин на рік, що становить усього 35 хвилин на день. Хоча, згідно з даними Міністерства культури України та Закону України «Про кінематографію», зарубіжні фільми перед розповсюдженням в Україні обов'язково озвучуються чи субтитруються державною мовою. Проте цей стандарт не застосовується до фільмів чи розважальних програм, які виробляються в Україні.

Згідно з даними Національної Асамблеї Інвалідів України, найбільші обмеження у доступі до інформації відчувають особи з інтелектуальною недостатністю, люди з проблемами психічного здоров'я. Використання методів «спрощеного читання» для людей з інтелектуальними вадами знаходиться на низькому рівні й ініціюється тільки громадськими організаціями.

Абетка Брайля використовується лише через часткову підтримку засобів масової інформації та видань рельєфно-крапковим шрифтом. Позитивним є факт розповсюдження офіційної інформації через канали радіо, однак обмеження лише одним джерелом інформації не вирішує проблему інформування про надання публічних послуг.

Таким чином, можна зробити висновок, що в Україні відсутня державна політика щодо надання інформації для людей з інвалідністю, що стає причиною їх виключення із інформаційного життя суспільства.

ПРАВОВІ ПІДСТАВИ ЗВІЛЬНЕННЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ ЗА ІНІЦІАТИВОЮ РОБОТОДАВЦЯ

Ізуїта П.О.
К.ю.н., доцент, професор кафедри цивільного, господарського, адміністративного права та правоохоронної діяльності Інституту права та суспільних відносин Університету «Україна»

Анотація. *В тезах розглядається питання визнання рівності прав осіб з інвалідністю на повноцінне життя у суспільстві та створення реальних умов для реабілітації та соціальної захищеності. Факт установлення працівникові групи інвалідності не може слугувати підставою для звільнення працівника з ініціативи власника чи уповноваженого ним органу за п. 2 ст. 40 КЗпП України. Водночас такий факт не є перешкодою для звільнення працівника за іншими підставами, установленими законодавством про працю, серед них і з ініціативи самого працівника.*

Annotation*. The theses addresses the issue of recognizing the equality of the rights of persons with disabilities to a full-fledged life in society and creating real conditions for rehabilitation and social protection. The fact of estab-*

lishing a worker of a disability group can not serve as the basis for the dismissal of an employee on the initiative of the owner or the body authorized by him under paragraph 2 of Art. 40 Labor Code of Ukraine. At the same time, such a fact is not an obstacle to the dismissal of an employee on other grounds established by labor legislation, among them on the initiative of the employee himself.

Інвалідність є соціальним явищем, уникнути якого не може жодне суспільство. Особа з інвалідністю — людина, яка потребує допомоги та підтримки від держави не лише у грошовому еквіваленті, а й особливого планування житла, облаштування під'їздів, громадського транспорту, забезпечення технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення, сприяння у здобутті освіти та працевлаштуванні.

Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» визначає основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні і гарантує їм рівні з усіма іншими громадянами можливості для участі в економічній, політичній і соціальній сферах життя суспільства, створення необхідних умов, які дають можливість особам з інвалідністю ефективно реалізувати права та свободи людини і громадянина та вести повноцінний спосіб життя згідно з індивідуальними можливостями, здібностями і інтересами.

Одним з головних пріоритетів державної політики у відношенні до осіб з інвалідністю є їх трудова зайнятість як важлива сторона кожного громадянина. Робота має позитивний вплив на життя цих людей, допомагає відчути себе потрібними суспільству, допомагає упоратися з наслідками інвалідності, сприяє реабілітації.

Факт установлення працівникові групи інвалідності не може слугувати підставою для звільнення працівника з ініціативи власника чи уповноваженого ним органу за п. 2 ст. 40 КЗпП України. Водночас такий факт не є перешкодою для звільнення працівника за іншими підставами, установленими законодавством про працю, серед них і з ініціативи самого працівника. Якщо працівник подав заяву з проханням звільнити його з роботи за власним бажанням у зв'язку з неможливістю проживання у цій місцевості за станом здоров'я, підтвердженим медичним висновком, роботодавець, відповідно до ч. 1 ст. 38 КЗпП, зобов'язаний звільнити такого працівника з роботи в зазначений у заяві день, попри те що цьому працівникові висновком медико-соціальної експертної комісії (МСЕК) установлено групу інвалідності.

Відповідно до п. 2 ст. 40 КЗпП, роботодавець має право звільнити працівника лише в разі виявлення його невідповідності займаній посаді чи виконуваній роботі внаслідок стану здоров'я.

Слід наголосити, що про таку невідповідність не могло бути відомо на час укладання трудового договору — протипоказання стану здоров'я виявлені після його укладення. За умови, якщо групу інвалідності із зазначенням непрацездатності працівника встановлено до укладення трудового договору, одначе працівник, оформлюючись на роботу, приховав цей факт, його мають звільнити згідно зі ст. 7 і ч. 6 ст. 24 КЗпП України.

Варто зазначити, що відповідно до ст. 170 КЗпП України на роботодавця покладено обов'язок перевести працівників, які за станом здоров'я потребують надання іншої, легшої роботи, на таку роботу за їх згодою та відповідно до медичного висновку тимчасово або без обмеження строку. Крім того, звільнення за п. 2 ст. 40 КЗпП України допускається за умови, якщо працівника, стосовно якого виявлено невідповідність займаній посаді або виконуваній роботі внаслідок стану здоров'я, неможливо перевести за його згодою на іншу роботу, яка відповідає його стану здоров'я.

До того ж необхідно врахувати: покладаючи на роботодавця обов'язок стосовно переведення працівників на іншу, легшу роботу, указані законодавчі норми не вимагають від нього створювати нове робоче місце для працівника, щодо якого виявлено невідповідність займаній посаді чи виконуваній роботі внаслідок стану здоров'я.

Таким чином, у ситуації, коли МСЕК установила працівникові групу інвалідності, роботодавець насамперед має вжити заходів щодо встановлення факту виявленої невідповідності такого працівника займаній посаді чи виконуваній роботі. Відтак він повинен запропонувати працівникові роботу, яка б відповідала його стану здоров'я. Лише після цього, якщо працівник відмовився від переведення на іншу, легшу роботу, роботодавець може звільнити працівника, якому встановлено групу інвалідності, за п. 2 ст. 40 КЗпП України.

Для того щоб установити факт виявленої невідповідності працівника займаній посаді або виконуваній роботі внаслідок стану здоров'я, роботодавець повинен передусім керуватися довідкою до акта огляду МСЕК, на зворотному боці якої зазначається висновок про умови та характер праці, а також індивідуальною реабілітаційною програмою інваліда, копію якої в установлених законодавством випадках надсилає МСЕК на адресу підприємства за місцем роботи працівника-інваліда.

Якщо існує індивідуальна реабілітаційна програма інваліда, роботодавець зобов'язаний здійснити трудову реабілітацію інваліда. Тобто згідно зі ст. 172 КЗпП України роботодавець зобов'язаний організувати навчання, перекваліфікацію та працевлаштування інваліда відповідно до медичних рекомендацій МСЕК, установити на прохання інваліда неповний робочий день або неповний робочий тиждень і створити пільгові умови праці. Зазначене унеможливлює звільнення працівника-інваліда за п. 2 ст. 40 КЗпП України.

Якщо ж немає індивідуальної реабілітаційної програми інваліда, роботодавець має право звернутися до МСЕК, рішенням якої працівникові встановлено групу інвалідності, з проханням надати висновок щодо відповідності чи невідповідності фактичних умов праці цього працівника його стану здоров'я. Таке звернення надзвичайно важливе в ситуації, коли в довідці до акта огляду МСЕК, яку обов'язково видають інвалідові на підтвердження факту встановленої групи інвалідності, у розділі «Висновок про умови та характер праці» указано, що інвалід може працювати в спеціально створених умовах без конкретизації таких умов, або коли в названому розділі взагалі нічого не зазначено. Водночас потреби звертатися до МСЕК із проханням надати згаданий вище висновок немає.

Література

1. Кодекс законів про працю України [Електроний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/322-08.

2. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» [Електроний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/875-12.

ОКРЕМІ ПИТАННЯ РОЗВИТКУ МІЖНАРОДНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ СТАТУСУ ДИТИНИ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

Кальян О.С.
к.ю.н., доцент, завідувач кафедри правознавства,
Полтавський інститут економіки і права Університету «Україна»

Анотація. *У тезах обґрунтовується, що міжнародно-правове регулювання статусу дитини з обмеженими можливостями незважаючи на напрацювання численної бази відповідних актів нормативного*

характеру потребує вдосконалення категоріального апарату та адаптації до суспільних змін.

Annotation. *The theses argue that the international legal regulation of the status of a child with disabilities, despite the development of a large base of relevant normative acts, requires the improvement of the categorical apparatus and adaptation to social changes.*

Аналіз нормативних документів засвідчує, що права дітей з порушеннями розвитку на сьогодні закріплені в багатьох міжнародних нормативно-правових актах, таких як: Декларація про права інвалідів, Конвенція про права дитини, Конвенція Ради Європи про захист дітей від сексуальної експлуатації та сексуального розбещення, Всесвітня декларація «Освіта для всіх», Конвенція про права дитини та участь неповнолітніх у збройних конфліктах, Всесвітня програма дій стосовно інвалідів, Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів. Вищезазначені нормативні документи регламентують удосконалення освітньої галузі та забезпечення усіх прав і свобод дітей фізичними або психічними порушеннями на ведення гідного життя.

Слід відзначити, що серед міжнародно-правових актів стосовно дітей з обмеженими можливостями одним з найважливіших є Декларація прав дитини від 20 листопада 1959 року, яка визнала своєю метою забезпечення щасливого дитинства дітям і гарантування їм прав і свобод, які передбачені в декларації. Також цей документ закликає батьків, чоловіків і окремих осіб, а також громадські організації, місцеву владу і національні уряди до визнання і дотримання цих прав, шляхом законодавчих та інших заходів, поступово прийнятих відповідно до принципів, встановлених в Декларації. Основним принципом декларації є те, що дитина, внаслідок її фізичної і розумової незрілості, потребує спеціальної охорони і піклування, включаючи належний правовий захист як до, так і після народження [1]. Безумовно, що саме Декларація з прав дитини є базовим та найвищим за юридичною силою нормативно-правовим документом щодо визнання та правового регулювання статусу дітей взагалі, та дітей з обмеженими можливостями зокрема. Конвенція ООН про права дитини визначає, що дитиною є кожна людська істота до досягнення 18-річного віку, якщо за законом, застосовуваним до даної особи, вона не досягає повноліття раніше. Дія Конвенції поширюється на всіх держав-учасниць (Україна ратифікувала Конвенцію 21 лютого 1990 року), які в свою

чергу, поважають і забезпечують всі права за кожною дитиною, яка перебуває в межах їх юрисдикції, без будь-якої дискримінації незалежно від раси, кольору шкіри, статі, мови, релігії, політичних або інших переконань, національного, етнічного або соціального походження, майнового стану, стану здоров'я і народження дитини, її батьків чи законних опікунів або яких-небудь інших обставин, та вживають всіх необхідних заходів для забезпечення захисту дитини від усіх форм дискримінації або покарання на підставі статусу, діяльності, висловлюваних поглядів чи переконань дитини, батьків дитини, законних опікунів чи інших членів сім'ї [2]. Цей нормативний документ визначає повноваження та обов'язки держави щодо повного забезпечення прав та свобод дитини. Європейська конвенція про здійснення прав дітей [3], ратифікована 3 серпня 2006 року, спираючись на Конвенцію ООН про права дитини, спрямована на підтримку прав дітей, надання їм процесуальних прав та сприяння здійсненню ними цих прав шляхом забезпечення становища, при якому діти особисто або через інших осіб чи органи поінформовані та допущені до участі в розгляді судовим органом справ, що їх стосуються [4].

П'ятдесят восьма сесія Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я, заслухавши доповідь про інвалідність (в тому числі й дитячу), включаючи введення та реабілітацію закликає держави — члени зміцнювати національні програми, політику і стратегії з метою здійснення прийнятих Організацією Об'єднаних Націй Стандартних правил забезпечення рівних можливостей для людей з обмеженими можливостями, сприяти зростанню усвідомлення широкою громадськістю значення питання інвалідності та координувати зусилля всіх груп населення, спрямовані на участь у заходах щодо запобігання інвалідності; розвивати свою наукову базу знань з метою зміцнення та захисту прав і гідності інвалідів та забезпечувати їх повну участь у житті суспільства, особливо шляхом стимулювання навчання та охорони робочих місць [5, с. 19–20].

Інший міжнародний нормативно-правовий акт Декларація про права інвалідів, яка була прийнята Резолюцією Генеральної Асамблеї ООН 9 грудня 1975 року, також надає загальне визначення інваліда, як особи, яка не може цілком чи частково самостійно забезпечити потреби нормального особистого і (чи) соціального життя через недолік (вроджений, надбаний, фізичні чи розумові відхилення) [6, ст.1]. Схоже визначення людей з інвалідністю містить й Конвенція про права інвалідів, яка визнає їх

такими, хто має стійкі фізичні, розумові, інтелектуальні чи сенсорні порушення, які під час взаємодії з різними бар'єрами можуть заважати їхній повній і дієвій участі у житті суспільства на рівні з іншими [7].

Викладене вище дозволяє зробити висновок, що правовий статус особи з фізичними або розумовими вадами визначається у міжнародних нормативно — правових актах незалежно від обсягу дієздатності та корисності для соціуму, з урахуванням особливостей надання їй соціальної допомоги і піклування. Як наслідок цілком обґрунтованою є необхідність удосконалення нормативної бази в цій сфері з метою забезпечення належних умов життєдіяльності дитини з обмеженими можливостями та максимальної самореалізації у сфері суспільних відносин. Відзначимо, що більшість нормативних актів, які встановлюють заходи соціальної підтримки дітей з обмеженими можливостями в більшості своїй характеризуються відсутністю однакового застосування категоріального апарату та неточністю формулювань.

Література

1. Декларація прав дитини від 20 листопада 1959 року // Законодавство України. [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=995_384.

2. Конвенція про права дитини від 20.11.1989 року // Законодавство України. [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://zakon1.rada.gov.ua/cgibin/laws/main.cgi?nreg=995_021.

3.Європейська конвенція про здійснення прав дітей від 25.01.1996 року // Законодавство України. [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main. cgi?nreg=994_135.

4. Третий доклад Комитета В. 58 сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения 24 мая 2005 г. // Всемирная организация здравоохранения. [Електронний ресурс] — Режим доступа: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/ A58_59-ru.pdf.

5. Декларація про права інвалідів від 09.12.1975 // Законодавство України. [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://zakon1.rada.gov.ua/ cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=995_117.

6. Конвенція про права інвалідів від 13.12.2006 // Законодавство України. [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=995_g71.

7. Конвенція про професійну реабілітацію та зайнятість інвалідів від 20.06.1983 // Законодавство України. [Електронний ресурс] — Режим доступу: http://zakon1.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/ main.cgi?nreg=993_065

ІНСТИТУЦІОНАЛЬНІ ВИЗНАЧЕННЯ У ГОСПОДАРСЬКОМУ ПРАВІ

Кияшко К.Ю.
студент 4 курсу, спеціальність «Правознавство», група ПЗ-41,
Інститут права та суспільних відносин,
Університет «Україна»
Науковий керівник: ***Лебеденко В.І.****, к.ю.н., доцент,*
доцент кафедри цивільного, господарського,
адміністративного права та правоохоронної діяльності
Інституту права та суспільних відносин
Університету «Україна»

Анотація. *Упорядковані знання про державно-правові явища, закономірності їх існування і розвитку. Поняття, категорії, дефініції, визначення в господарському праві. Категоріально-понятійний апарат господарського права, його межі та загальна характеристика.*

Annotation. *Well-organized knowledge are about the state legal phenomena, conformities to law of their existence and development. A concept, categories, definitions, determinations, is in an economic right. Category-concept vehicle of economic right, his limit and general description.*

Відомо, що юридична наука за своїм змістом становить відносно розвинену систему упорядкованих знань про державно-правові явища, закономірності їх існування і розвитку. Системоутворюючими елементами цієї науки є наукові гіпотези, правові ідеї і теорії, концепції, методи, методики і принципи наукового пізнання, правові інститути, норми і юридичні конструкції, факти і явища правової реальності. Як галузь специфічних знань юридична наука має притаманну їй упорядковану систему взаємопов'язаних і взаємодіючих понять і категорій, які за суттю і змістом визначаються предметом цієї науки і одночасно забезпечують логіко-юридичну організацію знань у сфері держави і права. У своїй єдності правові поняття і категорії утворюють категоріально-понятійний апарат юридичної науки. Правові категорії і поняття відображають певний рівень (зріз) знань (інформації) у галузі державно-правових явищ, незалежно від того, включені чи не включені ці категорії і поняття у позитивне право, у закони чи підзаконні нормативно-правові акти. Спірним є твердження, що поняття визнаються правовими тільки за допомогою правових норм, що в галузі права визнаються («мають авторитет») лише ті

поняття, які встановлені законодавством. Така позиція веде до ігнорування активної ролі правової науки (а також і юридичної практики) у розробці її понятійного апарату, не відображає активного впливу науки на правотворчість і тому з нею не можна погодитися. *Правові поняття* — це основні одиниці розумової діяльності людини.

Категорія — це загальне філософське поняття, яке відображає універсальні властивості і відношення об'єктивної дійсності, загальні закономірності розвитку всіх матеріальних, природних і духовних явищ. Згідно з іншою точкою зору категорія — це сукупність думок, що відображають в узагальненому вигляді деякий спосіб існування в постійній взаємодії і розвитку явищ буття, що дає можливість пізнання руху таких явищ. У кожній категорії відображені закономірності існування та еволюції цілого класу явищ, що знаходяться в тісній і постійній взаємодії, в результаті чого вони власне і утворюють систему. Один і той же термін може виступати й у ролі категорії, і в ролі поняття.

Поняття — це форма мислення, яка відображає істотні властивості, зв'язки і відношення предметів і явищ в їхній суперечності і розвитку, думка або система думок, що узагальнює, виділяє предмети деякого класу за визначеними загальними і в сукупності специфічними для них ознаками.

Поняття з часом може перетворитися на *категорію*, але в цьому випадку істотно змінюються його функції як інструмента пізнання, а також роль і місце серед інших інструментів пізнання. У той же час необхідно пам'ятати, що в основі кожного *поняття* перебуває група взаємопов'язаних *категорій*, а змістовна інтерпретація поняття означає виявлення його категоріальної структури. Взаємовідносини між категорією і поняттям носять діалектичний характер. Системність виступає в якості однієї з властивостей категорій.

Термін «*категоріально-понятійний апарат юридичної науки*» є умовним і по суті є «збірним поняттям», до обсягу якого входять як правові поняття, так і правові категорії. Розглядаючи категоріально-понятійний апарат господарського права в якості базисного елементу науки господарського права, необхідно зазначити, що комплексно це питання в Україні ще не досліджувалось Більше того, до сьогодні науковцями не було здійснено формалізованих спроб привнести до єдиного тотожного розуміння синонімічні поняття в галузі господарського права, визначити основні катего-

рійні поняття, надати їм юридично значиме тлумачення та характеристики, які б їх виділяли як інструментарій господарського права.

Окреслюючи межі категоріально-понятійного апарату господарського права спираємось на такі твердження:

– господарське право нерозривно пов'язане з іншими галузями права і є комплексною галуззю права;

– господарське право використовує поняття і категорії, які є загальновживаними для всієї юридичної науки;

– господарське право має універсальну для всіх галузей права форму побудови норм;

– господарське право визнане регулятором суспільних відносин шляхом прийняття законів;

– господарське право передбачає виключне судове застосування правових норм.

Виходячи із наведеного, *категоріально-понятійний апарат господарського права* — це узагальнені визначення певних понять, які є базовими для розуміння сутності та призначення господарського права. Не викликає сумніву і те, що категоріально-понятійний апарат господарського права виступає джерелом формування відповідних узагальнених знань про господарську діяльність, її нормативно-правове регулювання та теорію. Прикладом може слугувати визначення особи з інвалідністю, яка займається підприємницькою діяльністю, тобто це особа зі стійким розладом функцій організму, що при взаємодії із зовнішнім середовищем може призводити до обмеження її життєдіяльності. Внаслідок цього держава зобов'язана створити умови для реалізації такою особою прав на здійснення підприємницької діяльності нарівні з іншими громадянами.

Література

1. Григорчук М.В. Проблеми формування понятійного апарату господарського права країни. // Юридичний науковий електронний журнал, 2016, №4.

2. Панов М. Проблеми методології формування категорійно-понятійного апарату юридичної науки.. // Право України. 2013, №1.

ВДОСКОНАЛЕННЯ ЗАКОНОДАВСТВА ПО ЗАХИСТУ ПРАВ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Коргунова Г.М.
студентка І курсу, спеціальність «Право»,
Інститут права та суспільних відносин
Університету «Україна»
Науковий керівник: ***Орловська І.Г.****, к.ю.н., доцент кафедри конституційного права та теоретико правових дисциплін Інституту права та суспільних відносин Університету «Україна»*
halinka1804@ukr.net

Анотація. *Взагалі, у всіх країнах світу, будь-де є інваліди. Їх кількість у світі чимала, і з кожним роком вона збільшується. Причини та наслідки інвалідності у різних країнах різні. Означені відмінності пояснюються різними соціально-економічними умовами та різними заходами держав із забезпечення. Держава повинна розглянути можливість створення офіційних механізмів подання позовів в законодавчому порядку для захисту інтересів інвалідів.*

Навчальні заклади зобов'язані надавати освітні послуги інвалідам нарівні з іншими громадянами, у тому числі шляхом створення належного кадрового, матеріально-технічного забезпечення та забезпечення розумного пристосування, що враховує індивідуальні потреби інваліда.

Annotation. *In general, in all countries of the world, wherever there are invalids. Their number in the world is considerable, and with each passing year it increases. The causes and consequences of disability in different countries are different. These differences are explained by various socio-economic conditions and various measures taken by the states to provide.The state should consider creating an official mechanism for filing lawsuits in order to protect the interests of the disabled.*

Educational institutions are obliged to provide educational services to disabled persons on an equal footing with other citizens, including through the creation of adequate personnel, logistical support and ensuring a reasonable adaptation that takes into account the individual needs of the disabled.

Однією із складових діяльності держави щодо забезпечення прав і можливостей інвалідів нарівні з іншими громадянами є соціальний захист інвалідів, який виражається шляхом надання пенсії, державної допомоги, компенсаційних та інших виплат, пільг, соціальних послуг, здійсненні реабілітаційних заходів, встановленні опіки (піклування) або забезпеченні стороннього догляду.

До Конвенції про права осіб з інвалідністю внесено довгоочікувані редакційні зміни, які вилучили з тексту міжнародного документу термін «інвалід», замінивши його на більш прийнятний — «особа з інвалідністю». Наступним кроком, відповідно до Плану заходів з реалізації Національної стратегії у сфері прав людини, має стати приведення термінів українського законодавства до вимог Конвенції.

Держава, взагалі, несе відповідальність за створення правової основи для проведення заходів з метою забезпечення широкої участі інвалідів у житті суспільства та їх рівноправності. До розв'язання цієї проблеми необхідно вжити такі заходи: По-перше, в Конституції в якій визначені права і обов'язки громадян, повинні викладатися, також права і обов'язки інвалідів. Взагалі, держава повинна задіяти участь організацій інвалідів у розробленні національного законодавства.

По-друге, можливість створення офіційних механізмів подання позовів в законодавчому порядку для захисту інтересів інвалідів.

Для забезпечення прав і можливостей інвалідів для участі в суспільному житті

нарівні з іншими громадянами державою створюються правові, економічні, політичні, соціальні, психологічні та інші умови, які полягають у:

– виявленні, усуненні перепон і бар'єрів, ⎫ що перешкоджають забезпеченню прав і задоволенню потреб інвалідів, у тому числі щодо доступу ними до об'єктів громадського та цивільного призначення, благоустрою, транспортної інфраструктури, транспорту, дорожнього сервісу, інформації та зв'язку, а також до освіти, праці, культури, фізичної культури і спорту (з урахуванням індивідуальних можливостей, здібностей та інтересів інвалідів);

– охороні здоров'я;

– соціальному захисті;

– забезпеченні виконання індивідуальної програми реабілітації інвалідів;

– наданні пристосованого житла;

– сприянні громадській діяльності.

На моє переконання можна внести зміни в постанову КМУ в п. 18 Положення про медико-соціальну експертизу затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 3 грудня 2009 р. №1317 передбачає, що відповідальність за якість медичного обстеження, своєчасність та обґрунтованість направлення громадян на медико-

соціальну експертизу покладається на керівника лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я.

Тільки за направлення лікувально-профілактичного закладу охорони здоров'я та після проведення повного обстеження, громадянин може звернутися до медико-соціальної експертизи для встановлення інвалідності.

Доповнити, що особа самостійно може звертатися до відповідних органів із клопотанням про прийняття рішення щодо встановлення інвалідності.

Більш широко інформувати про повноваження, місце розташування, інші контакти, порядок дій, документи, які необхідно подавати щодо медико-соціальної експертизи, порядок оскарження рішення, дій, бездіяльності комісій на доступних офіційних веб-сайтах МСЕ або ж органів державної влади, яким вони підпорядковані.

Створити безкоштовну «гарячу телефонну лінію» для усіх телефонних мереж стосовно діяльності МСЕК та здійснення медико-соціальної експертизи.

Створення гарячої телефонної лінії сприятиме швидкому реагуванню щодо проблем та порушень прав осіб із обмеженими можливостями у сфері медико-соціальної експертизи та реабілітації. Також вона сприятиме збору проблем реалізації експертизи у різних регіонах, типових проблем її реалізації для швидкого вирішення та системного моніторингу.

Проводити не менш як щороку громадське обговорення, організоване МОЗ, за участю представників громадських організацій інвалідів, інших зацікавлених інститутів громадянського суспільства, експертів щодо питань медико-соціальної експертизи та реабілітації. Налагодження співпраці із громадськими правозахисними приймальнями, громадськими приймальнями організацій інвалідів щодо стану дотримання прав осіб із обмеженими можливостями в цій сфері.

Таким чином, важливим є налагодити співпрацю із засобами масової інформації, які готуються і поширюються громадськими організаціями інвалідів, через системне поширення інформації про експертизу.

Література

1. ЗАКОН УКРАЇНИ Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні, http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T087500.html.

2. Пропозиції щодо покращення законодавчих, інформаційних, організаційних умов здійснення медико-соціальної експертизи та залучення громадськості. Пропозиції щодо законодавчих умов. http://www.moz.gov.ua/ua/portal/publicexam_20140130_0.html

3. Права інвалідів в українському законодавстві. http://obljustif.gov.ua/wp-content/uploads/2014/06/Prava-invalidiv-v-ukrayinskomu-zakonodavstvi-1.pdf.

4. УДК 340.134:34.037-056.26 «Шляхи вдосконалення законодавства із захисту прав інвалідів», І.М.Співак (Білоцерківська філія Університету «Україна»).

ПРАВО ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ НА ЗДОБУТТЯ ВИЩОЇ ОСВІТИ

Корінна І.В.
студентка 6 курс, спеціальність «Правознавство», група ЗПЗ-605/16м, Інститут права та суспільних відносин Університету «Україна»
Науковий керівник: ***Орловська І.Г.****, к.ю.н., доцент кафедри конституційного права та теоретико- правових дисциплін Інституту права та суспільних відносин Університету «Україна»*

Анотація. *Знання, які ми отримуємо в процесі освіти, часто стають фундаментом, на якому будується все наше життя. За останні роки у нас освіта стає трендом для суспільства. Хороша робота, гідна зарплата, влаштоване життя і достаток — це ті чинники, які штовхають людей вчитися. Аналогічне право є і для осіб з інвалідністю.*

Annotation. *The knowledge we receive in the education process often becomes the foundation upon which our entire life is built. In recent years, education has become a trend for society. Good work, decent salary, life and wealth are the factors that push people to learn. A similar right exists for persons with disabilities.*

Державна політика щодо інвалідів ґрунтується на законодавчому регулюванні, а реалізація та розв'язання проблем інвалідів відбувається через соціальні проекти і програми. Соціальний захист людей з інвалідністю — це система гарантованих державою економічних, соціальних і правових заходів, що забезпечують особам з обмеженими можливостями умови для подолання та компенсації існуючих у них обмежень шляхом надання необхідної допомоги, матеріального обслуговування, соціально-побутового, медичного

забезпечення і створюють умови для отримання ними освіти, професійної підготовки, забезпечення зайнятості, з метою створення рівних можливостей у суспільному житті з іншими громадянами.

13 грудня 2006 року Генеральна Асамблея ООН прийняла Конвенцію ООН про права інвалідів. Метою цієї Конвенції є заохочення, захист і забезпечення повного і рівного користування всіма людьми з інвалідністю усіма правами людини та основоположними свободами, а також в заохочені поваги до властивої їм гідності.

В ст. 24 Конвенції ООН Про права осіб з інвалідністю роз'яснено права осіб з інвалідністю щодо отримання освіти та обов'язки держав-учасниць щодо забезпечення ними цього права. Держави-учасниці визнають право осіб з інвалідністю на освіту. Для цілей реалізації цього права без дискримінації й на підставі рівності можливостей держави-учасниці забезпечують інклюзивну освіту на всіх рівнях і навчання протягом усього життя, прагнучи при цьому:

a) до повного розвитку людського потенціалу, а також почуття достоїнства та самоповаги та до посилення поваги до прав людини, основоположних свобод і людської багатоманітності;

b) до розвитку особистості, талантів і творчості осіб з інвалідністю, а також їхніх розумових і фізичних здібностей у найповнішому обсязі;

c) до надання особам з інвалідністю можливості брати ефективну участь у житті вільного суспільства.

Під час реалізації цього права держави-учасниці забезпечують, щоб:

a) особи з інвалідністю не виключалися через інвалідність із системи загальної освіти, а діти з інвалідністю — із системи безплатної та обов'язкової початкової або середньої освіти;

b) особи з інвалідністю мали нарівні з іншими доступ до інклюзивної, якісної та безплатної початкової й середньої освіти в місцях свого проживання;

c) забезпечувалося розумне пристосування, що враховує індивідуальні потреби;

d) особи з інвалідністю отримували всередині системи загальної освіти необхідну підтримку для полегшення їхнього ефективного навчання;

e) в умовах, які максимально сприяють засвоєнню знань і соціальному розвиткові, відповідно до мети повного охоплення, вживались ефективні заходи з організації індивідуалізованої підтримки.

Щоб сприяти забезпеченню реалізації цього права, держави-учасниці вживають належних заходів для залучення до роботи вчителів, зокрема й учителів з інвалідністю, які володіють жестовою мовою та (чи) абеткою Брайля, та для навчання спеціалістів і персоналу, що працюють на всіх рівнях системи освіти. Таке навчання охоплює освіту в питаннях інвалідності й використання підхожих підсилювальних і альтернативних методів, способів та форматів спілкування, навчальних методик і матеріалів для надання підтримки особам з інвалідністю.

Держави-учасниці забезпечують, щоб особи з інвалідністю могли мати доступ до загальної вищої освіти, професійного навчання, освіти для дорослих і навчання протягом усього життя без дискримінації та нарівні з іншими. Із цією метою держави-учасниці забезпечують, щоб для осіб з інвалідністю забезпечувалося розумне пристосування.

ЗАКОНОДАВЧЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ У СФЕРІ ОСВІТИ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Кузьменко А.С.
Аспірантка ІІІ року навчання спеціальності «Політичні проблеми міжнародних систем та глобального розвитку»,
Інститут права та суспільних відносин
Університету «Україна»
Науковий керівник: ***Бебик В.М.****, д.політ.н., професор,*
завідувач науково-дослідної кафедри суспільно-політичних наук,
глобалістики та соціальних комунікацій
Інститут права та суспільних відносин
Університету «Україна»
aluna46@ukr.net

Анотація. *Очевидно, що політика сучасної України в сфері освіти дітей з інвалідністю потребує максимального залучення держави. Однак, незважаючи на те, що в Україні розроблена законодавча база для здобуття освіти дітьми з інвалідністю, механізми реалізації цього процесу не достатньо налагоджені, що негативно позначилось на розбудові інклюзивної освіти.*

Annotation. *Obviously, the policy of modern Ukraine in the field of education of children with disabilities requires the maximum involvement of the*

state. However, despite the fact that Ukraine has developed a legislative framework for the education of children with disabilities, the mechanisms for implementing this process are not well established, which adversely affected the development of inclusive education.

Законодавство України у галузі освіти відповідає міжнародним документам у сфері прав людини, тому що вони гарантують людині права на безкоштовну освіту. Зараз питання освіти для дітей з інвалідністю, регулюється не лише законодавством про освіту, а й законодавством про права інвалідів та законодавством про права дітей з інвалідністю.

Законодавство України про загальну середню освіту базується саме на Конституції України і складається з Закону України «Про освіту», Закону України «Про загальну середню освіту», а також на інших нормативно-правових актів і міжнародних договорів України.

Розглядаючи в комплексі Закони України про освіту, можна дійти висновку, що вони окреслюють завдання держави щодо надання рівного доступу до освіти дітям з інвалідністю. Разом з тим, цілком очевидно, що ці закони не узгоджені між собою в питаннях освіти для дітей з особливими потребами ні термінологією, ні систематизацією.

Нормативні акти України у сфері освіти та з питань інвалідів (щодо реалізації права на освіту).

Акти Кабінету Міністрів України:

1. Державна типова програма реабілітації інвалідів, затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 8 грудня 2006 р. №1686.

Додаток 1 до цієї постанови, містить Переліки послуг (за окремими категоріями), що надаються інвалідам з ураженням опорно-рухового апарату та центральної і периферичної нервової системи, з ураженням органів слуху, зору, внутрішніх органів. Серед них «освітні послуги: колективна форма навчання, в тому числі інтегроване та інклюзивне навчання»; спеціальні засоби для освіти: меблі спеціального призначення для навчальних закладів всіх типів».

2. Концепція Державної програми розвитку освіти на 2006-2010 роки, схвалена розпорядженням Кабінету Міністрів України від 12 липня 2006 року №396-р.

Серед інших цілей і завдань передбачає: створення умов для здобуття якісної освіти дітьми-сиротами та дітьми, позбавленими

батьківського піклування, інвалідами; забезпечення варіативності здобуття якісної базової, повної загальної середньої, професійно-технічної, вищої освіти відповідно до здібностей та індивідуальних можливостей громадян з обмеженими можливостями, орієнтованої на інтеграцію їх у соціально-економічне середовище.

Можна розглянути безліч питань національного законодавства у сфері освіти дітей з інвалідністю, беручи до уваги такі нормативні акти як Укази Президента України, Постанови Кабінету Міністрів України, Розпорядження Уряду, Накази Міністерства освіти і науки України, тощо.

ЄДИНИЙ ГОСПОДАРСЬКИЙ ПРАВОПОРЯДОК

Лебеденко В.І.
к.ю.н., доцент, доцент кафедри цивільного, господарського, адміністративного права та правоохоронної діяльності Інституту права та суспільних відносин Університету «Україна»

Анотація. *Єдиний господарський правопорядок конституціональне поняття господарського права. Інтегруючий метод господарсько-правового регулювання економічних відносин в Україні. Призначення, ознаки, характерні риси конституційна основа становлення та розвитку економіки держави незалежно від форми державного правління, устрою, політичного режиму.*

Annotation.*An only economic law and order are a constitutional concept of economic right. An integrating method of the господарсько-правового adjusting of economic relations is in Ukraine. Setting, signs, personal touches is constitutional basis of becoming and development of economy of the state regardless of form of state rule, mode, political mode.*

1. Необхідно зазначити, що важливою складовою частиною концепції створення господарського права є з'ясування його регулятивної спрямованості, тобто нормативно-правового регулювання відносин у сфері економіки. Сутність цього є створення рівних стартових можливостей для усіх суб'єктів, які здійснюють діяльність у сфері господарювання. При цьому, метою зазначених нормативно-правових положень головним чином є забезпечення стабільності правовідносин, що виникають в процесі здійснення

господарської діяльності, їх розвиток в напрямі підвищення їхньої ефективності та убезпечення від правопорушень. По суті, зазначене і складає змістовну частину поняття «єдиний господарський правопорядок» (далі — ЄГП). У теорії господарського права ЄГП визначається як система правових та економічних засобів, що заснована та ґрунтується на нормативних положеннях чинного законодавства та реальних суспільних інтересах та яка спрямована на забезпечення стабільності та ефективності сфери господарювання, задоволення та захист прав і законних інтересів господарюючих суб'єктів, споживачів та інших учасників господарських правовідносин. Із зазначеного визначаємо, що ЄГП є інтегруючим методом господарсько-правового регулювання економічних відносин в Україні, а саме:

– за допомогою цього методу опосередковується взаємодія приватних та суспільних інтересів;

– він є джерелом такого роду за яким визначаються характеристики взаємозв'язку суспільства, держави та права у господарській діяльності;

– під його впливом дії усіх учасників господарських правовідносин стають опосередкованими, скоординованими, ініціативними та правомірними.

Крім цього, *ЄГП має на меті*:

– *правові цілі*, що передбачає встановлення однакового (тотожного) правового регулювання господарських правовідносин для всіх СГД незалежно від їх підпорядкування, майнової основи господарювання та організаційно-правової форми існування. Так, наприклад, господарсько-правові норми визначають правомірність поведінки СГД з позиції того чи відповідає вона приписам, дозволам, регламентам, заборонам і т. ін. відповідного поводження у сфері господарювання, які знаходяться в конкретних нормах права;

– *економічні цілі*, що передбачає досягнення позитивних та корисних результатів від здійснення господарської діяльності, у тому числі і у встановленні підвищеної мотивації для дієвого розвитку та впровадження в господарську діяльність нових інноваційних способів її здійснення;

– *психологічні цілі*, що проявляється у створені комфортабельної та довірчої обстановки для практичної діяльності СГД.

2. ЄГП обумовлює та визначає способи та методи правового впливу та регулювання господарських правовідносин, тобто формулює загальноприйнятну систему дій, що застосовується при вчи-

ненні юридично значимих дій у сфері господарських правовідносин, а саме:

– *загально дозвільний* — «дозволено те, що не заборонено законом» [2, ч. 1 ст. 43], тобто СГД мають право вчиняти у сфері господарських правовідносин будь-які дії, навіть такі, що непередбачені нормами чинного законодавства, якщо вони не суперечать існуючим у суспільстві моральним принципам та засадам поведінки;

– *загально зобов'язуючий* –»дозволено те, що прямо прописано» [1, ст. 19], тобто СГД зобов'язані вчиняти те, що на них прямо покладено чинним законодавством.

Зазначене трансформується у відповідні приписи:

– *дозволи* — надання права на вчинення відповідних дії;

– *зобов'язання* — покладання обов'язку на вчинення відповідних дії та надання права вимагати їх вчинення;

– *заборони* — покладання обов'язку утриматися від вчинення певних конкретних дій у відповідних для цього обставинах;

– *ліцензії* — це певний дозвіл, тобто документ державного зразка, що засвідчує право ліцензіата на провадження зазначеного в ньому виду господарської діяльності протягом визначеного строку за умови виконання ліцензійних умов;

– *санкції* — це спеціальні економічні та інші обмежувальні заходи, дозволи та або схвалення якихось дій, а також заходи впливу, покарання за порушення закону та приписів нормативно-правових актів, договорів і т. ін.;

– *інструкції* — це правовий акт, який створюється органами державного управління для встановлення правил, що регулюють організаційні, науково-технічні, технологічні, фінансові та інші спеціальні види діяльності та відносин установ, організацій, закладів, підприємств, службових та посадових осіб тощо. Інструкція має реквізити, назву документа (інструкція); гриф затвердження; заголовок (сюди іноді входить назва документа); дату; індекс; місце видання; текст; підпис посадової особи, яка затвердила інструкцію;

– та інші подібні нормативні документи інше.

При цьому, визначення конкретного способу правового впливу та/або методу правового регулювання господарських правовідносин обумовлюється існуючим ЄГП і здійснюється в його межах, що забезпечує рівноправну участь усіх учасників господарської діяльності в їх реалізації.

Під методом правового регулювання розуміється сукупність способів, прийомів та засобів, що використовуються для досягнення

регулюючого впливу норм господарського права на поведінку суб'єктів господарювання. До найбільш поширених методів правового регулюванням у господарському праві відносять такі методи, як: автономних рішень (узгодження, дозвіл); приписів, (наказ, заборона); рекомендацій (пропозиції, оферти, бажана поведінка).

Додержання вимог ЄГП для осіб з інвалідністю, які займаються підприємництвом є обов'язковим.

ЄГП має своє відображення і в чинному законодавстві та його засади визначаються як «*конституційні основи правопорядку у сфері господарювання*» [2, ст. 5].

Література

1. Конституція України: Закон від 28.06.1996 №254к/96-ВР. // Відомості Верховної Ради України. — 1996. — №30. — Ст. 141 (Редакція від 02.08.2017).

2. Господарський кодекс України. // Відомості Верховної Ради України. — 2003. — №18–22. — Ст. 144 (Редакція від 30.09.2016).

СОЦІАЛЬНІ ПРОГРАММИ ДЛЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Макаров В.О.
студент 2 курсу, спеціальність «Право»,
Інститут права та суспільних відносин, Університет «Україна»
Науковий керівник: ***Орловська І.Г.****, к.ю.н., доцент кафедри конституційного права та теоретико-правових дисциплін*
Інституту права та суспільних відносин, Університет «Україна»
romulerem@gmail.com

Анотація. *Відповідно до ст.23 «Загальної декларації прав людини» кожна людина має право на працю, вільний вибір роботи на справедливі і сприятливі умови праці та захист від безробіття. Саме тому, темою даної роботи є висвітлення деяких державних соціальних програм, які допомагають людям з інвалідністю інтегруватися у суспільстві та ефективно працевлаштуватися.*

Annotation. *In accordance with Article 23 of the Universal Declaration of Human Rights, every person has the right to work, free choice of work for fair and favorable conditions of work and protection against unemployment. That is why the theme of this work is to highlight some of the state social programs that help people with disabilities integrate in society and effectively work.*

Невід'ємним правом інвалідів є право на працю, незважаючи на обмежену працездатність. Право інвалідів на працю встановлено законами України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» та «Про зайнятість населення», які спрямовані на створення інвалідам реальних можливостей продуктивно працювати і передбачають конкретні механізми їх реалізації. У Законі України «Про зайнятість» і Кодексі про працю визначаються загальні засади зайнятості та працевлаштування населення.

У Законі «Про основи соціальної захищеності інвалідів» в розд. IV висвітлюється порядок працевлаштування, освіти і професійної підготовки інвалідів. У ст. 17 зазначається, що з метою реалізації творчих і виробничих здібностей інвалідів та з урахуванням індивідуальних програм реабілітації їм забезпечується право працювати на підприємствах (в об'єднаннях), в установах і організаціях зі звичайними умовами праці, в цехах і на дільницях, де застосовується праця інвалідів, а також займатися індивідуальною та іншою трудовою діяльністю, яка не заборонена законом. Держава захищає інвалідів від різних форм дискримінації. Відмова в укладенні трудового договору або в просуванні по службі, звільнення за ініціативою адміністрації, з мотивів інвалідності не допускається, за винятком випадків, коли за висновком медико-соціальної експертизи стан його здоров'я перешкоджає виконанню професійних обов'язків, загрожує здоров'ю і безпеці праці інших осіб або продовження трудової діяльності чи зміна її характеру та обсягу загрожує погіршенню здоров'я.

У ст.19 і 20 визначається норматив робочих місць для інвалідів. Для підприємств (об'єднань), установ та організацій незалежно від форми власності й господарювання встановлюється норматив робочих місць для забезпечення працевлаштування інвалідів у розмірі 4% від загальної чисельності працівників, а якщо працює від 15 до 25 осіб — у кількості одного робочого місця. Керівники підприємств (об'єднань), установ і організацій незалежно від форми власності та господарювання у разі незабезпечення зазначених нормативів несуть відповідальність у встановленому законом порядку. Підприємства (об'єднання), установи та організації незалежно від форми власності і господарювання, де кількість працівників-інвалідів менша, ніж установлено нормативом, передбаченим частиною першою ст. 19 Закону «Про основи соціальної захищеності інвалідів», щороку сплачують відповідним відділенням Фонду соціального захисту інвалідів штрафні санкції, сума яких визначається

у розмірі середньої річної заробітної плати на відповідному підприємстві (в об'єднанні), в установі, організації за кожне робоче місце, не зайняте інвалідом. Важливою віхою у забезпеченні прав інвалідів у сфері працевлаштування є Національна програма професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями на 2001–2005 роки, яку затверджено Указом Президента України від 13 липня 2001 р. №519/2001. Програму прийнято з метою посилення соціального захисту осіб з обмеженими фізичними можливостями, створення сприятливих соціально-економічних, медичних, організаційних та правових умов для реалізації ними прав на освіту, професійну орієнтацію та добровільну посильну працю.

Метою програми є створення сприятливих соціально-економічних, медичних, психологічних, організаційних та правових умов і гарантій для реалізації прав осіб з обмеженими фізичними можливостями на професійну орієнтацію та підготовку, освіту, добровільну посильну працю.

Основними завданнями програми є забезпечення:

– реалізації державної політики у сфері професійної реабілітації та зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, сприяння їх широкій інтеграції у суспільство;

– реалізації особами з обмеженими фізичними можливостями їх конституційних прав на професійну орієнтацію та навчання, освіту, зайнятість;

– розроблення економічного та організаційно-правового механізму створення нових і збереження існуючих робочих місць для зазначених осіб;

Соціальна реабілітація інвалідів — це система заходів, орієнтованих на поліпшення життєдіяльності інвалідів, відновлення їх соціального статусу, досягнення матеріальної незалежності та всебічної інтеграції у суспільство. Програми реабілітації передбачають індивідуальну допомогу інвалідам для підтримання спроможності вести повноцінне соціальне життя: умови обслуговування і засоби, які б гарантували як фізичну, так і психологічну незалежність.

Література

1. Соціальна робота: технологічний аспект: Навч. посіб. / За ред. проф. А.Й. Папської. — К.: Центр навч. літ., 2004. — С. 172–197.

2. Тюптя Л.Т., Іванова І.Б. Соціальна робота (теорія і практика): Навч. посіб. — К.: ВМУРОЛ «Україна», 2004. — С. 338–380.

3. Яре кал-Смирнова. Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами. — СПб.: Питер, 2004. — 316 с.

4. Актуальні проблеми виховання та навчання студентів з особливими потребами: 36. наук, праць / За заг. ред. П.М. Таланчука, Г.В. Онкович. — К.: Вид-во «Університет «Україна», 2000. — 384 с.

5. Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами: Зб. наук. пр. / За заг. ред. П.М. Таланчука, Г.В. Онкович. — К.: Вид-во «Університет «Україна», 2002. — N22. — 339 с.

ФОРС-МАЖОРНІ ОБСТАВИНИ (ОБСТАВИНИ НЕПЕРЕБОРНОЇ СИЛИ)

Матусевич А.Д.
аспірант кафедри міжнародного права, міжнародних відносин та соціально-гуманітарних дисциплін Інституту права та суспільних відносин, Університет «Україна»
Науковий керівник: ***Лебеденко В.І.****, к. ю. н., доцент, доцент кафедри цивільного, господарського, адміністративного права та правоохоронної діяльності Інституту права та суспільних відносин Університету «Україна»*

Анотація. *Форс-мажорні обставини (обставини непереборної сили) як підстава для звільнення від юридичної відповідальності. Поняття, характеристика, перелік. Визначення обставин, що не відносяться до форс-мажору. Порядок засвідчення настання форс мажорних обставин, документальне оформлення одержання сертифікату про настання форс мажорних обставин.*

Annotation. *Force-majeure circumstances(acts of God) as founding are for a release from legal responsibility. Concept, description, list. Determination of circumstances that does not behave to the force-majeure. An order of attestation of offensive is force of major circumstances, documentary registration of receipt of certificate about an offensive force of major circumstances.*

1. Підставою господарсько-правової відповідальності учасника господарських відносин є вчинене ним правопорушення у сфері господарювання. Суб'єкт господарської діяльності за вчинення ним господарського правопорушення несе юридичну відповідальність, тобто відповідає за невиконання або неналежне виконання господарського зобов'язання чи порушення правил здійснення

господарської діяльності, якщо не доведе, що ним вжито усіх залежних від нього заходів для недопущення господарського правопорушення [1, ст. 218]. У випадку, коли суб'єкт господарювання доведе, що належне виконання зобов'язання виявилося неможливим внаслідок дії непереборної сили, тобто настання надзвичайних і невідворотних обставин за даних умов для здійснення господарської діяльності, то він звільняється від юридичної відповідальності.

2. Обставини непереборної сили в теорії господарського права отримали назву *«форс-мажор» (обставини непереборної сили)*. Перелік таких обставин визначений у Регламенті (нова редакція) засвідчення Торгово-промисловою палатою України та регіональними торгово-промисловими палатами форс-мажорних обставин (обставин непереборної сили) [3]. У відповідності до цього Регламенту такими обставинами є загроза війни, збройний конфлікт або серйозна погроза такого конфлікту, включаючи, але не обмежуючись ворожими атаками, блокадами, військовим ембарго, дії іноземного ворога, загальна військова мобілізація, військові дії, оголошена та неоголошена війна, дії суспільного ворога, збурення, акти тероризму, диверсії, піратство, безлади, вторгнення, блокада, революція, заколот, повстання, масові заворушення, введення комендантської години, експропріація, примусове вилучення, захоплення підприємств, реквізиція, громадська демонстрація, блокада, страйк, аварія, протиправні дії третіх осіб, пожежа, вибух, тривалі перерви в роботі транспорту, регламентовані умовами відповідних рішень та актами державних органів влади, закриття морських проток, ембарго, заборона (обмеження) експорту/імпорту тощо, а також викликані винятковими погодними умовами і стихійним лихом, а саме: епідемія, сильний шторм, циклон, ураган, торнадо, буревій, повінь, нагромадження снігу, ожеледь, град, заморозки, замерзання моря, проток, портів, перевалів, землетрус, блискавка, пожежа, посуха, просідання і зсув ґрунту, інші стихійні лиха тощо [3, ст. 14-1].

Не вважаються форс-мажорними обставинами (обставинами непереборної сили) фінансова та економічна криза, дефолт, зростання офіційного та комерційного курсів іноземної валюти до національної валюти, недодержання/порушення своїх обов'язків контрагентом боржника, відсутність на ринку потрібних для виконання зобов'язання товарів, відсутність у боржника необхідних коштів тощо [4, п. 3.1].

3. Для засвідчення наявності форс-мажорних обставин суб'єкт господарювання повинен отримати *сертифікат про настання форс-*

мажорних обставин, тобто документ установленої форми, який засвідчує настання форс-мажорних обставин та видається Торгово-промисловою палатою України або її регіональними підрозділами згідно з чинним законодавством, умовами договору (контракту, угоди тощо). Слід також зазначити, що у деяких договорах, законодавчих і нормативно-правових актах синонімічним та тотожним поняттям до сертифікату використовуються терміни «висновок», «довідка», «підтвердження» про настання форс-мажорних обставини. Але підтвердженням настання форс-мажорних обставин є вищенаведений сертифікат. Сертифікат про форс-мажорні обставини видається українською або російською мовою, за бажанням заявника, з зазначенням про це в заяві. Відповідно до звернення заявника сертифікат може бути видано додатково іноземною мовою (мовою договору, контракту, угоди), з зазначенням про це в заяві.

4. *Форс-мажорні обставини засвідчуються за зверненням суб'єктів господарської діяльності та фізичних осіб підприємців* по кожному окремому договору, податковим та/чи іншим зобов'язанням/обов'язкам, виконання яких настало згідно з умовами договору, контракту, угоди, законодавчих чи інших нормативних актів і виконання яких стало неможливим через наявність зазначених обставин.

Заява про засвідчення форс-мажорних обставин подається за підписом керівника підприємства, організації та з відбитком печатки підприємства, або за його дорученням — довіреною особою. Заява фізичної особи подається за її підписом особисто або за її дорученням — довіреною особою. У заяві, зокрема, вказуються, які саме зобов'язання за договором, контрактом, угодою та/або законом, нормативним актом не можуть бути виконані у встановлений термін внаслідок настання форс-мажорних обставин, форс-мажорні обставини з посиланням і наданням доказів таких обставин, початок їх виникнення і термін дії, які на думку заявника унеможливили виконання цих зобов'язань у встановлений договором, контрактом, угодою та/або законом, нормативним актом термін та інші відповідні відомості. У заяві зазначаються також телефонні номери для зв'язку, електронна адреса, спосіб отримання сертифіката (особисто, через уповноважену особу, кур'єрською чи звичайною поштою тощо), тобто тягар доказування настання форс-мажорних обставин (обставин непереборної сили) покладений на заявника [4, п. 6.5].

Інваліди в Україні володіють усією повнотою соціально-економічних, політичних, особистих прав і свобод, закріплених

Конституцією України, законами України та міжнародними договорами, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України [2, ст. 1]. Тому, у випадках коли засновником або учасником суб'єкта господарювання, чи фізичною особою підприємцем є особи з інвалідністю, то на такий суб'єкт господарювання в повному обсязі розповсюджуються вищенаведені положення.

Література

1. Господарський кодекс України. // Відомості Верховної Ради України. — 2003. — №18–22. — Ст. 144 (Редакція від 02.08.2017).

2. Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні: Закон України від 21.03.1991 №875-XII. // Відомості Верховної Ради УРСР. — 1991. — №21. — Ст. 252 (редакція від 07.05.2017).

3. Про торгово-промислові палати в Україні: Закон України від 02.12.1997 №671/97-ВР. // Відомості Верховної Ради України. — 1998. — №13. — Ст. 52 (редакція від 01.01.2016).

4. Регламент (нова редакція) засвідчення Торгово-промисловою палатою України та регіональними торгово-промисловими палатами форс-мажорних обставин (обставин непереборної сили). // Рішення Президії Торгово-промислової Палати України від 18 грудня 2014 №44(5).

ОСОБЛИВОСТІ ПРАВОВОЇ АКТИВНОСТІ ГРОМАДЯН З ІНВАЛІДНІСТЮ

Мозолюк-Боднар Л.М.
к.ю.н., доцент кафедри правознавства
Хмельницького інституту соціальних технологій
Університету «Україна»
lmbodnar@ukr.net

Анотація. *Однією з важливих закономірностей розвитку громадянського суспільства є зростання правової активності громадян з інвалідністю. Найчастіше громадяни з інвалідністю реалізовують свою правову активність шляхом звернення щодо надання пільг на оплату житлово-комунальних послуг, на придбання медичних препаратів, проїзд тощо. Водночас, багато положень законодавства щодо захисту прав людей з інвалідністю залишаються лише декларативними гаслами. Тому, є потреба в створенні державою реальних механізмів для осіб з інвалідністю бути активними учасниками в громадському та державному житті.*

Annotation. *One of the important regularities of the development of civil society is the growth of legal activity of citizens with disabilities. Most often, citizens with disabilities realize their legal activity by applying for privileges to pay housing and communal services, for the purchase of medical products, travel, etc. At the same time, many provisions of the legislation on the protection of the rights of people with disabilities remain only declarative slogans. Therefore, there is a need for the state to create real mechanisms for persons with disabilities to be active participants in public and public life.*

Однією з важливих закономірностей розвитку громадянського суспільства є зростання правової активності громадян з інвалідністю для участі їх у громадських та державних справах. В сучасний період розвитку України громадянам з інвалідністю дуже важко проявляти свою правову активність. Вони фактично ізольовані від суспільства. Це люди з обмеженими можливостями в русі, незрячі чи з проблемами із слухом, з ДЦП чи іншими вадами здоров'я. Саме вони найбільш суттєво відчувають на собі дискримінацію та несправедливість. Особливо, коли в країні йде війна, нужденність, низький рівень медичного обслуговування, фізичні, соціальні та інші перешкоди. Всі ці обставини викликають підвищення та навіть «сплески» правової активності громадян з інвалідністю.

На правову активність громадян з інвалідністю впливають різні чинники. В результаті виховання у даної категорії громадянин формуються правові потреби, установки, ціннісні орієнтації, які в значній мірі зумовлюють вибір відповідних дій і вчинків. Правова потреба активізує суб'єкта, спонукає його оцінювати правову дійсність, систематично звертати увагу на правові явища і предмети, які, так чи інакше, сприяють її задоволенню. У зв'язку з цим формуються інтереси — важливий компонент соціально-психологічної регуляції правомірної поведінки. Вони пов'язані з осмисленням об'єктивних умов, в яких існує норма права, способів належної реалізації наданих прав, виконання юридичних обов'язків, що є вкрай важливим в умовах становлення правової держави.

Починаючи з 2014 року, одним з наболілих питань у суспільстві є забезпечення прав людей, які отримали інвалідність під час Революції Гідності. Як повідомляють засоби масової інформації на урядову «гарячу лінію» з питань соціального захисту надійшло велика кількість звернень від людей з інвалідністю. Більшість з них — від жителів Донецької, Дніпропетровської, Одеської областей та м. Київ.

Події, які відбуваються в Донецькій, Луганській областях показують, що відсутні механізми інформування про ситуацію та система сповіщення для глухих та незрячих осіб. Крім цього, тотальна архітектурна недоступність будівель, бомбосховищ не дала можливості людям з порушенням опорно-рухового апарату скористатись ними. Тому, цим людям складно в такій ситуації активізувати свою правову активність.

Однак, найчастіше все ж таки люди з інвалідністю реалізовують свою правову активність шляхом звернення щодо надання пільг, зокрема на оплату житлово-комунальних послуг, на придбання медичних препаратів та проїзд. Здебільшого це пов'язано з внесенням змін до законів України щодо вилучення права окремих категорій громадян на пільговий проїзд та пільгову оплату житлово-комунальних послуг та затвердженням Порядку надання пільг окремим категоріям громадян з урахуванням середньомісячного сукупного доходу сім'ї. Також зазначена категорія громадян просить сприяти у наданні матеріальної допомоги, у тому числі на лікування та вирішення соціально-побутових проблем. Не залишилося поза увагою людей з інвалідністю і питання надання житлових субсидій. Крім того, громадяни з інвалідністю звертались стосовно отримання соціальної допомоги по інвалідності.

З метою підвищення рівня правової активності Конституція України надає кожному право будь-якими не забороненими законом способами захищати свої права і свободи від порушень і протиправних посягань [1]. Таким чином, громадяни з інвалідністю є активними учасниками суспільних відносин.

Для розвитку правової активності людей з інвалідністю важливого значення набуває толерантність з боку суспільства. Толерантність — це важлива ціннісна установка, яку суспільство має формувати по відношенню до людей з інвалідністю та всіляко сприяти реалізації позитивної правової активності цих громадян. Адже, у реальній життєвій ситуації може трапитися й так, що людина з високим рівнем інтелектуального розвитку, політичних і моральних переконань здійснює неправомірний вчинок, діяння через відсутність знань про дотримання правової норми або через неприйняття розповсюдження норм як належного, необхідного, оскільки її потреби не збігаються з вимогами природного права. Тобто її правова активність буде негативною. Можливо й зворотне явище. Наявність правових знань і переконань може і не реалізуватися у вигляді позитивної суспільно активної поведінки людини через низький рівень її світогляду, індивідуального

досвіду, відсутність духовних і моральних переконань. Тут також зростає небезпека появи в людини помилкових поглядів, хибних переконань, вона може потрапити під антисуспільний й аморальний вплив, як наслідок, — вибирати різні варіанти антисуспільної поведінки [2].

16 грудня 2009 року Верховна Рада України ратифікувала Конвенцію ООН про права інвалідів та Факультативний протокол до неї, а 6 березня ці договори набули чинності на території України [3]. В дані документах зазначається про права людей з інвалідністю на участь у політичному та суспільному житті. Хоча, на практиці, особи з інвалідністю практично позбавлені можливості бути активним учасником виборчого процесу. Тому, багато положень законодавства щодо захисту прав людей з інвалідністю залишаються лише декларативними гаслами. Відповідно, гострою залишається потреба в створенні державою реальних механізмів для осіб з інвалідністю бути активними учасниками в громадському та державному житті.

Література

1. Конституція України: прийнята на V сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 року [Електронний ресурс] / Верховна Рада. — К.: Вид-во «Право», 1996 р. — Режим доступу: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/Z960254K.html.

2. Честнов И.Л. Постклассическая теория права: моногр. / И.Л. Честнов. — СПб.: Алеф-ПРЕСС, 2012. — 650 с.

3. Конвенція про права осіб з інвалідністю. Режим доступу: http://www.zakon2.rada.gov.ua/laws/show/995_g71

ПРАВА ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇХ ЗАХИСТУ В РІЗНИХ КРАЇНАХ

Орличенко В.В.
студент 2 курсу, спеціальність «Право», група ПЗ-21,
Інститут права та суспільних відносин Університету «Україна»
Науковий керівник: ***Фаст О.О.****, доцент кафедри конституційного права та теоретико-правових дисциплін,*
Інститут права та суспільних відносин Університету «Україна»
sivol.val@gmail.com

Анотація. *Людина, яка обмежена в своїх можливостях і не наділена здатністю «піддержувати систему», адже сама потребує допомоги з боку «системи» (держави). Найчастіше це буває тому, що*

інваліди стикаються з дискримінацією і перешкодами, які заважають їм брати участь в повсякденному житті суспільства нарівні з іншими. Їм відмовляють у їх правах вчитися в загальноосвітніх установах, найматися на роботу, жити незалежно в співтоваристві, вільно переміщатися, голосувати, брати участь в спортивних і культурних заходах, користуватися соціальним захистом, мати доступ до правосуддя, вибирати медичне лікування і вільно вступати в правові відносини, такі як покупка або продаж майна.

Annotation. *Man is limited in his ability and is not endowed with the ability to «maintain the system» because he himself needs help from the «system» (state). This is most often the case because people with disabilities face discrimination and obstacles that prevent them from participating in everyday life of society on an equal footing with others. All of the above mentioned countries retain the status of leading countries, maintain a level of comfort. By overcoming discrimination and obstacles that impede people with disabilities from participating in everyday life of society on an equal footing with others, they show an example to the whole society.*

В Ізраїлі законодавством передбачені заходи, що стимулюють осіб з інвалідність до трудової діяльності. До них можна віднести право зазначених осіб на отримання компенсацій або дотацій на придбання особистих транспортних засобів, які для працюючих осіб з інвалідніс вдвічі вище, ніж для непрацюючих. Передбачено переобладнання автомобіля з урахуванням можливостей господаря. Ізраїль у ставленні до осіб з інвалідністю схожий на країни Європи. Тут прийнято цілу низку законів і постанов, спрямованих на допомогу людям з інвалідністю. Але, не знаючи своїх прав, багато сімей не мають змоги отримувати блага, належні їм за законом.

У Польщі діють організації, що спеціалізуються в області захисту прав людини (Гельсінський фонд по захисту прав людини або польська філія «Amnesty International»). Вони здійснюють моніторинг за дотриманням прав людини і громадянських прав у Польщі, і діють на захист прав (в тому числі — прав ув'язнених) в тих державах, які визнані недемократичними. До найбільших неурядових організацій, які займаються гуманітарною діяльністю, відносяться: Фонд SOS — опікує людей, що знаходяться в особливо тяжких матеріальних і життєвих ситуаціях, ініціює і реалізує акції соціальної допомоги. В Польщі зручно поставлена реабілітація осіб з інвалідністю та інтеграція їх у середовище здорових

людей. Є спеціальні законодавчі акти, що регулюють виключно питання працевлаштування людей з інвалідністю, забезпечення рівних прав і можливостей у цій сфері.

В Швеції 1980-90-і роки в країні були ліквідовані всі інтернати для проживання дітей з інвалідністю. Вище вказані особи проживають з батьками. При цьому дуже розвинене дошкільне виховання. Дитина може ходити і до муніципальним «денним мамам», і в дитсадки. Сироту прилаштовують в фінансують соціальні сім'ї, де він росте до вступу в права спадкування. До речі, якщо в якості такої сім'ї виступають родичі, вони також отримують допомогу.

У США існує Національна рада з питань осіб з інвалідністю. Орган тісно взаємодіє з Національним науково-дослідним інститутом з проблем людей з інвалідністю. Взагалі, мета ради полягає в тому, щоб зробити американських осіб з інвалідністю повноцінними членами їх сімей та місцевих громад. До речі, в США прийнятий Акт про освіту дітей з інвалідністю, згідно з яким жодній дитині не може бути відмовлено в прийомі в державну школу. Він також розширив організацію спеціальних програм навчання, права батьків по навчанню дітей з інвалідністю.

Люди з інвалідністю в Німеччині перебувають під патронажем Міністерства праці, охорони здоров'я та соціальної політики країни, їх обслуговують державні реабілітаційні установи, а підприємці та бізнесмени пропонують різні товари та послуги. В 2009 році в Німеччині офіційно було зареєстровано понад 6, 6 млн осіб з інвалідністю. Заборона на їх дискримінацію закріплений в Конституції, хоча самі німці, незважаючи на зусилля держави і громадських організацій, не вважають що інтегрування людей з інвалідністю у суспільство йде повсюдно. Вони визнають, що сьогодні в Німеччині людям з розумовими та фізичними вадами утруднено повноцінну участь у багатьох сферах життя.

Всі вище зазначені країни зберігши статус провідних країн, підтримують рівень комфортності. Відповідно подолавши дискримінацію і перешкоди, які заважають людям з обмеженими можливостями брати участь в повсякденному житті суспільства нарівні з іншими, вони показують приклад всьому суспільству.

Ми дослідили, що країни Європи ефективно побороли проблему прав осіб з інвалідністю, де створили максимально комфортні умови для людей яким тяжко від народження влитися в соціальне середовище. Кожна країна вибрала для себе свій тип рішення, але всі добились неперевершених результатів.

Література

1. Конвенція про права осіб з інвалідністю №1767-VI від 16.12.2009 // Офіційний вісник України — 2010 р. — №17. — №101. — стор. 93, стаття 799. — код акту 50027/2010.

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ САМОРЕАЛІЗАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ У СУЧАСНОМУ СУСПІЛЬСТВІ

Орловська І.Г.
к.ю.н., доцент кафедри конституційного права
та теоретико-правових дисциплін
Інституту права і суспільних відносин
Університету «Україна»

Анотація. *Інвалідність є соціальним явищем світового масштабу, адже люди із інвалідністю є серед населення будь-якої держави. Відповідно до Конституції України особи з інвалідністю повинні мати ті ж самі права і обов'язки, що й інші громадяни. Сучасні інваліди стикаються із безліччю проблем, які роблять їх життя неможливим, незважаючи на рівень законодавчого врегулювання даної проблеми. Забезпечити контроль за виконанням чинного законодавства з метою рівності прав, свобод та законних.*

Annotation. *Disability is a social phenomenon of a worldwide scale, because people with disabilities are among the population of any state. In accordance with the Constitution of Ukraine, persons with disabilities must have the same rights and obligations as other citizens. Modern handicapped people face a lot of problems that make their life impossible, despite the level of legislative regulation of this problem. Ensure control over the implementation of the current legislation in order to ensure equality of rights, freedoms and legal rights.*

У всьому світі майже кожна десята людина зазнає тих чи інших обмежень, з них майже 470 млн. людей працездатного віку. Ці дані засвідчують масштабність та глобальний характер проблеми інвалідності. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів проголошують, що кожна людина та її потреби важливі для суспільства [1]. Так, згідно ст. 3 Конституції України людина, її життя і здоров'я, честь і гідність, недоторканність і безпека визнаються в Україні найвищою соціальною цінністю [2].

У Радянському Союзі імідж здорового суспільства створювався за рахунок ізоляції людей з інвалідністю. Україна успадкувала цю

систему, таким чином люди з інвалідністю рідко зустрічаються серед широкого загалу. Десятиліттями система реабілітації була спрямована в основному на медичну реабілітацію, залишаючи поза увагою соціальну та трудову реабілітації. Як правило, люди з інвалідністю були працевлаштовані на спеціальних закритих та субсидованих підприємствах, що сприяло їх подальшій ізоляції від суспільства. Негативні наслідки перехідного періоду вплинули на них більше ніж на інші соціальні групи. Сьогодні, людям з інвалідністю досить важко знайти точку опори на ринку праці. Наразі лише 22% людей з інвалідністю працездатного віку працевлаштовані [3].

Основним міжнародним документом є Декларація про права інвалідів, прийнята Генеральною асамблеєю ООН у грудні 1971 року. Головним міжнародним документом, що забезпечує концептуальний підхід до роботи з людьми, що мають психофізичні вади, є прийняті Генеральною Асамблеєю ООН у грудні 1993 року «Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів». Згідно цього документа особлива увага приділяється таким групам населення, як діти, жінки, люди похилого віку, малозабезпечені прошарки населення, особи з кількома видами інвалідності, біженці-інваліди.

Конвенція про права інвалідів та Факультативний протокол до неї були прийняті 13 грудня 2006 року в Центральних установах Організації Об'єднаних Націй у Нью-Йорку і були відкриті для підписання 30 березня 2007 року. Конвенцію підписали 82 сторони при одній ратифікації.

Це був глобальний договір XXI століття світової громади у галузі прав і свобод людини і є першою конвенцією відкритої для підписання регіональними організаціями, що знаменує собою вироблення підходів до проблем інвалідів.

Україна ратифікувала Конвенцію про права інвалідів та Факультативний протокол до неї 16 грудня 2009 р., а з 6 березня 2010 р. Конвенція та Факультативний протокол стали частиною Українського законодавства. Те, що наша держава ратифікувала Конвенцію, означає, що вона зобов'язалася гарантувати права і свободи, встановлені Конвенцією, своєму громадянинові, а також іноземній особі, що знаходиться на її території.

Омбудсмен із року в рік звітує про структуру населення України і відзначають 5–7% із загальної чисельності громадян України є інвалідами. Окрім цього ми постійно стикаємося із великою кількістю повідомлень від людей із інвалідністю про порушення їхніх права і свобод (соціально-економічних, гуманітарних,

права на судовий захист, катувань від жорстокого поводження). Кількість інвалідів постійно збільшується у зв'язку із проходженням АТО та банальною неможливістю виїхати із зони військового конфлікту. Ось чому набуває всебільшої актуальності набувають нові проблеми неналежної медичної допомоги, недостатньої реабілітаційної підтримки, недоступного навколишнього середовища, проблем із освітою, працевлаштуванням та іншим.

Але виникає питання чому кожен день наші громадяни страждають? Світове співтовариство розробило найбільш глобальний документ для вирішення цього питання, але у дієвості ми сумніваємося просто дивлячись новини чи живучи. Не знаю, як складеться майбуття людей, але сподіваюся вони зможуть із однаковою цінністю ставитися до життя, здоров'я, честі, гідності усіх без винятку громадян України усвідомивши це та сприймаючи за норму не тільки для держави і її посадових осіб, але й звичайних людей у повсякденному житті.

Література

1. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів. Резолюція Генеральної Асамблеї ООН №48/96, прийнята на сорок восьмій сесії Г А ООН — 40 с.

2. Конституція України, прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р.// Відомості Верховної Ради України. — 1996. — №30. — Ст. 141.

3. Пірог Л.А. Сучасний стан проблем осіб з особливими потребами [Електронний ресурс] // Режим доступу: http://www.rusnauka.com/1_NIO_2012/Philosophia/3_98599.doc.htm.

ОСВІТА ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УКРАЇНІ

Панасюк О.
Студентка 4 курсу, спеціальність «Право»,
група ПЗ-43/15К, коледж «Освіта»,
Університет «Україна»
*Науковий керівник: **Федоренко Т.В.**, к.ю.н., доцент кафедри цивільного, господарського, адміністративного права та правоохоронної діяльності Інституту права та суспільних відносин Університету «Україна»*
olesa6739@ukr.net

***Анотація.** Сучасна освіта людей з інвалідністю, як вища, так і спеціальна, нерозривно пов'язана із загальною та спеціальною психо-*

логією. Психологічні дослідження засвідчили, що для студентів з інвалідністю вибір професії, набуття знань та професійних навичок, майбутня робота за фахом і подолання соціальної ізоляції — особливо значимі проблеми. Саме тому освіта для людини з інвалідністю — це насамперед шлях до інтеграції, до здобуття економічної незалежності.

Annotation. *The current education of people with disabilities, both higher and special, is inextricably linked with general and special psychology. Psychological research has shown that for students with disabilities, the choice of profession, the acquisition of knowledge and professional skills, future work on the specialty and overcoming social isolation — especially significant problems. That is why education for a person with a disability is first and foremost a way to integration, to gain economic independence.*

Здобуття вищої освіти — важливий фактор соціалізації та інтеграції людей з особливими потребами. Сьогодні саме якісна освіта виступає передумовою успішної самореалізації людини в суспільстві.

У Конституції закріплено право кожного громадянина на розвиток особистості і здобуття освіти. Відповідно до статті 53 Основного Закону України, кожен має право на освіту. Тобто держава забезпечує доступність і безоплатність дошкільної, повної загальної середньої, професійно-технічної, вищої освіти в державних і комунальних навчальних закладах; розвиток дошкільної, повної загальної середньої, позашкільної, професійно-технічної, вищої і післядипломної освіти, різних форм навчання; надання державних стипендій та пільг учням і студентам. Усі громадяни мають право безоплатно здобути вищу освіту в державних і комунальних навчальних закладах на конкурсній основі [1].

Так, у Наказі Міністерства освіти і науки України «Про затвердження умов прийому до вищих навчальних закладів України» [2] регламентовані особливості прийому людей з інвалідністю до вищих навчальних закладів.

Зокрема, в цьому наказі визначено, що: громадяни України мають право на безоплатну освіту в усіх державних та комунальних навчальних закладах незалежно від статі, раси, стану здоров'я, місця проживання та інших обставин, їм гарантується здобуття на конкурсній основі вищої освіти всіх освітньо-кваліфікаційних рівнів у вищих навчальних закладах за кошти державного бюджету в межах вимог державних стандартів, якщо вищу освіту за цим освітньо-кваліфікаційним рівнем громадянин здобуває вперше. Громадяни України, які за станом здоров'я втратили можливість

виконувати службові та посадові обов'язки за отриманою раніше кваліфікацією, мають право безкоштовно отримати вищу освіту за другим напрямом (спеціальністю) у державних та комунальних навчальних закладах за наявності висновків медико-соціальної експертної комісії [2].

В Україні для отримання повної середньої шкільної освіти, були створені спеціальні школи, оснащені спеціальним обладнанням, медикаментами та кваліфікованими фахівцями. Зрозуміло, якщо дитина з обмеженими можливостями захоче отримувати освіту у звичайній школі, її з радістю приймуть, але якщо мова йде про фізичний і психологічний комфорт, то найкращим варіантом все ще залишаються такі спецшколи.

Дещо гірше знаходиться ситуація все таки вищої освіти для інвалідів в Україні. В основному це проявляється в непристосованому оточенні. У більшості ВНЗ України немає необхідного обладнання та адаптації до фізичних потреб.

На сьогодні в Україні існує декілька ВНЗ, які послідовно впроваджують у життя принципи рівного доступу та рівних можливостей у сфері вищої освіти молоді з особливими потребами. Одним із таких закладів є Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна» — це вищий навчальний заклад інтегрованого типу, метою якого є забезпечення рівного доступу до якісної освіти всім членам суспільства, зокрема людям з інвалідністю. Він має всі необхідні умови для людей з обмеженими можливостями, у мірах можливостей піклуючись і допомагаючи їм під час вступу та навчання в своїх стінах. Можна вважати, що Університет «Україна» став науковою базою для розроблення й упровадження у навчальний процес системи супроводу навчання студентів з інвалідністю, яка передбачає створення необхідних умов для їх успішного навчання та виховання в інтегрованому освітньому середовищі.

Але все ж таки, найбільш пристосованими навчальними установами на території України з навчання інвалідів вважаються спеціалізовані інтернати, де приймають учнів з різними обмеженнями (зір, слух та інші) і надають безкоштовне проживання та харчування. Таких інтернатів у нас в країні близько десяти. При цьому для всіх інвалідів, що вступають на вищу освіту, діє система пільг, яка певною мірою полегшує навчання таким людям.

По-перше, абітурієнти-інваліди першої та другої групи при проходженні ЗНО зараховуються на навчання за обраною спеціальністю позачергово (якщо навчання за даною спеціальністю не може

нашкодити їм за станом здоров'я). По-друге, навчання і перекваліфікація людей з обмеженими можливостями в певних випадках частково або повністю оплачується державою [3].

Отже, основою набуття вищої освіти є певні державні освітні стандарти, обов'язкові для всіх студентів незалежно від стану їх здоров'я. Тільки при такому підході до навчання людей з інвалідністю вони як професіонали надалі можуть бути конкурентоспроможними на ринку праці.

У деяких ВНЗ класичного типу на виконання державного замовлення також можуть формуватися окремі академічні групи спеціального типу зі студентів однієї нозології, при цьому за межами навчального процесу студенти знаходяться у звичайному студентському середовищі, в яке можуть інтегруватись.

Навчання у ВНЗ інтегрованого типу передбачає спільне навчання студентів, які мають функціональні обмеження, з іншими студентами. Така форма навчання визнає за людьми з інвалідністю рівні права на отримання освіти і потребує здійснення політики рівних можливостей. Навчання та виховання студентів з інвалідністю здійснюються в інтегрованих групах, які можуть розглядатися як мікро модель соціального середовища. Особливістю навчання студентів з інвалідністю в інтегрованому освітньому середовищі є те, що, сприймаючи їх як рівних, до них висувають такі ж вимоги з боку ВНЗ, як і до інших студентів. В інтегрованій групі не можна, наприклад, на потребу студента з інвалідністю уповільнювати темп лекції, зменшувати кількість пар та їх тривалість, спрощувати чи скорочувати обсяг навчального матеріалу, так як це знижує якість фахової підготовки [4].

Загалом, вища освіта для людини з обмеженими фізичними можливостями — це, насамперед, можливість самостійно заробляти на життя, реалізовувати себе в професійній сфері, громадському житті. У цьому комплексному процесі важливими ланками є здобуття освіти та професії, здатних суттєво підвищити її конкурентоспроможність на ринку праці. Фізичні дефекти можуть значною мірою утруднювати контакти людей з інвалідністю з довкіллям, обмежувати їхню участь у житті суспільства. У людей з інвалідністю зароджується почуття неспокою, невпевненості в собі, що призводить до формування комплексу неповноцінності, егоцентричних та антисоціальних психологічних настанов. У зв'язку з цим проблема адаптації людей з інвалідністю є важливою гуманітарною, соціальною проблемою державної значущості.

Література

1. Конституція України: Закон України від 28.06.1996 №254к/96-ВР // Відомості Верховної Ради — 1996. — №30, ст. 141.
2. Про затвердження Умов прийому на навчання до вищих навчальних закладів України в 2017 році: Наказ МОН від 13.10.2016 №1236 [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1515.
3. Вища освіта для інвалідів в Україні [Електронний ресурс]. — Режим доступу: https://uk.nure.info/blog/202-vyscha-osvita-dlya-invalidiv-v-ukrayini.html
4. Нікуліна Г.Ф. Супровід навчання студентів з особливими потребами в інтегрованому освітньому середовищі [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://pandia.ru/text/78/362/126.php.

ДЕЯКИЙ АНАЛІЗ ПІДСТАВ ПРИЙНЯТТЯ КОНВЕНЦІЇ ПРО ПРАВА ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ 2006 РОКУ

Панфілова Ю.М.
к.ю.н., доцент, професор кафедри міжнародного права, міжнародних відносин та соціально-гуманітарних дисциплін
Інституту права та суспільних відносин Університету «Україна»
jpanfilova13@gmail.com

Анотація. *У всіх країнах світу та в будь-якій групі суспільства існують інваліди і їх кількість продовжує збільшуватись. Глобальність і гострота проблеми вимагали її загальносвітового вирішення. Саме тому під егідою ООН в 2006 році була прийнята Конвенція про права осіб з інвалідністю та Факультативний протокол до неї. Генеральна Асамблея ООН прийняла цей договір, ґрунтуючись на переконанні, що «всеосяжна і єдина міжнародна конвенція про заохочення та захист прав і гідності інвалідів буде важливим внеском у подоланні глибоко несприятливого соціального становища інвалідів». Прийняття Конвенції — універсального, юридично обов'язкового, міжнародного договору — стало важливою віхою в розвитку всієї всесвітньої системи прав людини. У галузі прав людини почався процес формування нового міжнародно-правового інституту захисту прав інвалідів.*

Annotation. *In all countries of the world and in any group of society there are disabilities and their number continues to increase. The global and acuteness of the problem demanded its worldwide solution. That is why the United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its*

Optional Protocol were adopted in 2006. The UN General Assembly adopted this treaty based on the conviction that «a comprehensive and single international convention on the promotion and protection of the rights and dignity of persons with disabilities will be an important contribution to overcoming the deeply disadvantaged social situation of persons with disabilities.» The adoption of the Convention — a universal, legally binding, international treaty — has become an important milestone in the development of the entire world system of human rights. In the field of human rights, the process of forming a new international legal institute for the protection of the rights of disabled people has begun.

10% населення Землі є людьми з обмеженими фізичними можливостями. Ця цифра з кожним роком зростає, як через збільшення числа і старіння населення, поширення інфекційних захворювань і низького рівня надання медичної допомоги, так і через стихійні лиха і техногенні катастрофи, збройні конфлікти, транспортні аварії. Інваліди є найчисленнішими і в той же час найменш захищеними у світі.

Під терміном «інвалід» в сучасному суспільстві розуміється людина, яка внаслідок захворювання потребує різних видів допомоги. Поняття «інвалід» в суспільній свідомості часто має негативний відтінок. В основі такого підходу лежить уявлення про те, що індивід з певним важким захворюванням, аномаліями в розвитку (психічному, фізичному) не здатний самостійно забезпечувати себе, бути повноцінним учасником суспільних відносин, робити внесок у суспільний розвиток.

Згідно визначення Конвенції «Про права осіб з інвалідністю», яка була прийнята в м. Нью-Йорк 13 грудня 2006 року на 61-й сесії Генеральної Асамблеї ООН (Україна ратифікувала конвенцію 16.12.2009 р.) інвалідність — це поняття, яке еволюціонує, і що інвалідність є результатом взаємодії, яка відбувається між людьми, які мають порушення здоров'я, і відносницькими та середовищними бар'єрами і яка заважає їхній повній та ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими [2].

Перші норми міжнародного права, які регулювали права інвалідів з'явились в 70-х роках. З тих пір міжнародна спільнота прийняла ряд документів, які закріплюють права інвалідів, серед яких можна зазначити наступні:

– Декларація соціального прогресу і розвитку 1969 року, в якій іде мова, що медичне обслуговування, соціальне забезпечення

і соціальне піклування повинні бути доступними для всіх осіб. Зазначені положення спрямовані на реабілітацію осіб з розумовими та фізичними вадами в цілях сприяння їх інтеграції в суспільство;

– Декларація про права розумово відсталих осіб 1971 р. в якій, зокрема зазначається, що розумово відсталі мають ті самі права, що і всі інші члени суспільства;

– Декларація про права інвалідів 1975 р. спрямована на захист прав та інтересів осіб, які не можуть самостійно забезпечити повністю або частково потреби нормального особистого і/або соціального життя внаслідок вроджених чи набутих вад або своїх фізичних чи розумових здібностей;

– Всесвітня програма дій стосовно інвалідів 1982 р. метою якої є сприяння найбільш повній участі інвалідів у соціальному житті і розвитку суспільства в усіх країнах [1];

– Конвенція МОП про професійну реабілітацію та зайнятість інвалідів 1983 р. вказує на обов'язок держави розробляти, здійснювати й періодично переглядати національну політику в царині зайнятості і професійної реабілітації інвалідів, що включає забезпечення таким людям можливості отримати, зберігати підходящу роботу й просуватися по службі;

– Резолюція ГА ООН «Принципи захисту психічно хворих осіб і поліпшення психіатричної допомоги» 1992 р. метою якої є забезпечення захисту від зловживань з боку різних установ (зловживання або некоректне застосування фізичних обмежень, примусова ізоляція, стерилізація та інші види лікування, що являють собою втручання або призводять до незворотних наслідків).

– Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів 1993 р. спрямовані на те, щоб діти, чоловіки і жінки, які є інвалідами, як члени суспільства мали б ті ж права і обов'язки, що й інші люди [3];

– Конвенція про права осіб з інвалідністю 2006 р. визначає, яким чином всі категорії прав людини можуть бути застосовані до людини з інвалідністю, вказуються сфери, в яких права порушуються і які вимагають внесення змін до національного законодавства та зміцнення правозахисних механізмів, що дозволять людям з інвалідністю ефективно реалізувати власні права й права людини.

На Саміті тисячоліття ООН, що проходив у вересні 2000 р, глави держав і урядів висловили намір співпрацювати для досягнення такої мети, як викорінення крайньої бідності і голоду. Зазначалося,

що більше 50% випадків настання інвалідності можна запобігти, оскільки вони пов'язані з бідністю.

Рішення щодо розробки міжнародно-правового акту, який би був присвячений захисту прав інвалідів, було викликано тим, що, незважаючи на теоретичне закріплення за ними всіх прав людини, на практиці інваліди виявляються позбавлені багатьох основних прав і свобод (наприклад, право на свободу пересування, отримання освіти, доступ до інформації, право на працю). Фактичне виключення людей з інвалідністю з повноцінного життя і підтримання їх залежності від різних соціальних виплат є дуже дорогою практикою, як для членів їх сімей, так і для держави в цілому. Тому надання таким людям можливості в максимальному ступені реалізовувати свої права і робити внесок в розвиток суспільства, безумовно, вигідно і з економічної точки зору.

Початком розробки Конвенції про права інвалідів слід вважати 2001 рік, коли Уряд Мексики запропонував ГА ООН створити спеціальний комітет, який би займався розглядом пропозицій щодо створення універсального міжнародного договору. В 2002 році відбулося перше засідання цього комітету, а в серпні 2006 року робота з підготовки проекту міжнародного договору була завершена, що в подальшому дозволило ГА ООН 13 грудня 2006 році прийняти текст Конвенції про права осіб з інвалідністю (Конвенція 2006 р.) та Факультативний протокол до неї.

Сьогодні інвалідність визначається як бар'єр, що перешкоджає повноцінній участі людини, яка має порушення здоров'я, в житті суспільства (наприклад, людина в інвалідному кріслі може зіткнутися з труднощами при спробі влаштуватися на роботу не через стан свого здоров'я або рівня кваліфікації, а через існуючі бар'єри, такі, як непристосований громадський транспорт, вхід в приміщення і т.ін.). До інвалідів в свою чергу відносяться особи зі стійкими фізичними, психічними, інтелектуальними або сенсорними порушеннями, взаємодія яких з різними бар'єрами може заважати їх повній і ефективній участі в житті суспільства нарівні з іншими. Це принципово важливий, на наш погляд, момент, оскільки наведене визначення не є вичерпним, воно не закріплює чітко коло осіб, захисту яких присвячена Конвенція 2006 р. Причина цього в тому, що людина з тими чи іншими порушеннями здоров'я в одній державі може визнаватися інвалідом, а в іншій — ні. Іншими словами, розробники Конвенції виходили з того, що коло осіб, які перебувають під її захистом, в різних державах є неоднаковою.

Однак, незважаючи на зміни, що відбуваються в міжнародному регулюванні правового становища інвалідів, проблема заохочення і захисту прав цієї соціально вразливої групи населення не перестає бути актуальною.

Міжнародно-правові аспекти заохочення і захисту прав інвалідів, в тому числі правове становище інвалідів в суспільстві, потребують сьогодні переосмислення і переоцінення у зв'язку з глобальними змінами, що відбуваються в даний час в світі.

Література

1. Всесвітня програма дій стосовно людей з інвалідністю від 3 грудня 1982 року / [Електронний ресурс]: Режим доступу: http://www.zakon.rada.gov.ua/.

2. Конвенція про права інвалідів прийнята 13 грудня 2006 року/ [Електронний ресурс]: Режим доступу: http:// www.zakon.rada.gov.ua/.

3. Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів/ Міжнародні стандарти повноцінної життєдіяльності. — К.: Амос, 2006.

ПРАВА ЖІНОК З ІНВАЛІДНІСТЮ В УКРАЇНІ

Розпутня Я.О.
студентка 6 курсу, спеціальність «Правознавство», група ЗПЗ-605/16м,
Інститут права та суспільних відносин
Університету «Україна»
Науковий керівник: ***Орловська І.Г.****, к.ю.н., доцент кафедри конституційного*
права та теоретико- правових дисциплін
Інституту права та суспільних відносин
Університету «Україна»

Анотація. *Проголошення гендерної рівності цінністю передбачає досягнення рівного становища жінок і чоловіків у всіх сферах життєдіяльності суспільства шляхом правового забезпечення рівних прав і можливостей жінок і чоловіків, ліквідації гендерної дискримінації, застосування спеціальних тимчасових заходів, спрямованих на усунення дисбалансу між можливостями жінок і чоловіків реалізовувати рівні права.*

Annotation. *The proclamation of gender equality by value implies the achievement of an equal position of women and men in all spheres of society's life through the legal provision of equal rights and opportunities for women and men, the elimination of gender discrimination, the application of special temporary measures aimed at eliminating the imbalance between the opportunities of women and men to exercise equal rights.*

На сьогодні в Україні не існує державної стратегії щодо забезпечення прав жінок з інвалідністю згідно зі стандартами Конвенції про права інвалідів. В державному звіті до Комітету ООН з прав людей з інвалідністю не відстежується розкриття виконання статті 6 Конвенції про права інвалідів, яка гарантує жінкам з інвалідністю забезпечення повної та рівної реалізації їх прав. На жаль, забезпечення та реалізація прав жінок з інвалідністю на рівні держави не досліджувалися, не було це зроблено і після ратифікації Конвенції про права інвалідів. Аналіз щодо становища жінок з інвалідністю в окремих регіонах України проводили громадські організації людей з інвалідністю, зокрема, Національна Асамблея інвалідів України.

У Державній цільовій програмі «Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів» на період до 2020 року не передбачено плану дій щодо реалізації статті 6 КПІ. Конституція та законодавство України гарантують забезпечення реалізації прав жінок. У Законі України «Про забезпечення рівних прав та можливостей жінок і чоловіків» від 8.09.2005р №2866-IV визначено основні положення щодо правового забезпечення рівних прав та можливостей жінок та чоловіків. Поряд з тим усі законодавчо-нормативні акти, які орієнтовані на забезпечення прав жінок, не враховують потреби у забезпеченні та реалізації прав жінок з інвалідністю.

Жінки та дівчата з інвалідністю нерідко зазнають дискримінації і не завжди можуть скористатися своїми правами. Особливо це стосується жінок з психічними та розумовими порушеннями, які знаходяться у соціальних закладах опіки та у сім'ях і які зазнають насильства, наруги та жорстокого поводження, не маючи можливості самостійно відстояти свої права.

На рівні країни не існує державних офіційних даних щодо насильства над жінками з інвалідністю, й це викликає стурбованість громадських організацій, що захищають права людей з інвалідністю. Закон України «Про попередження насильства у сім`ї» не передбачає спеціальних процедур щодо врахування особливостей жінок з інвалідністю. При створенні кризових центрів (вони створюються державними адміністраціями за поданням спеціального уповноваженого органу виконавчої влади) не враховуються потреби цієї групи населення. Не проводиться просвітницька робота з цих питань.

Жінки з інвалідністю практично не задіяні у процесах прийняття рішень, не представлені в органах законодавчої та виконавчої влади. Згідно з офіційними даними у 2012 р. у Верховній Раді

України серед 450 депутатів тільки 32 жінки, з них жодної жінки-інваліда, яка б могла лобіювати інтереси цієї групи населення. В усій Україні всього одна жінка-депутат міської Ради, яка користується інвалідним візком. Також відсутня державна статистика щодо залучення жінок з інвалідністю до державної служби, роботи в органах виконавчої влади, в освітній сфері, у сфері охороні здоров'я тощо.

Існує недостатня поінформованість дівчаток та жінок з інвалідністю щодо питань репродуктивного здоров'я, планування сім`ї, статі та інвалідності. Існуюча державна політика у цій сфері не розглядає цю групу як цільову. Національна Асамблея Інвалідів України відзначає, що для жінок з різними формами інвалідності відсутні професійні психологічні та медичні консультації. Архітектурна недоступність лікарень, неякісні медичні послуги не дають можливості жінкам з інвалідністю користуватися послугами охорони здоров'я на рівні з іншими жінками, реалізувати своє право мати сім`ю, бути матір'ю. Існує недостатня поінформованість медичного персоналу щодо потреб жінок з інвалідністю. В Україні порушуються права дівчаток та жінок з інвалідністю на охорону здоров'я.

Не існує жодної жіночої консультації, яка була б архітектурно доступною для жінки в інвалідному візку, мала архітектурно доступний вхід, сучасне медичне обладнання, зручне для жінки з проблемами опорно-рухового апарату.

За даними ЛОМГО «АМІ-СХІД», жінки з втратою зору не мають можливості орієнтуватися у лікарнях без супроводжуючого — не існує елементів доступності для незрячих людей; для жінок з втратою слуху існує велика проблема спілкування з лікарями. Пологові будинки є тотально недоступними — входи, палати, санвузли, відсутність ліфтів.

Необхідно зазначити, що держава не приділяє достатньої уваги питанням матерів з інвалідністю, які виховують здорових дітей, а також сім'ям, які виховують дітей з інвалідністю. Не існує професійних психологічних консультацій для жінок з інвалідністю та сімей де виховується дівчинка з інвалідністю, що створює нові бар'єри щодо інтеграції жінок та дівчат з інвалідністю у суспільство.

Таким чином, можна зробити висновок, що в Україні відсутня державна політика щодо забезпечення та реалізації прав жінок з інвалідністю, їх включення в життя суспільства. Жінки з інвалідністю зазнають дискримінації на підставі інвалідності та статі.

ФОРМУВАННЯ ТОЛЕРАНТНОСТІ ДО ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ В ПЕРІОД КИЇВСЬКОЇ РУСІ

Савич І.О.
старший викладач кафедри міжнародного права, міжнародних відносин і соціально-гуманітарних дисциплін,
Інститут права та суспільних відносин
Університету «Україна»
savich_ua@bigmir.net

Анотація. *Автор аналізує зародження толерантного відношення до людей з інвалідністю в період Київської Русі. Розкриваються освітні настанови єпископів в літописах щодо рівності всіх людей. Особлива увага приділяється пропагуванню терпимості правителями, оскільки їхня діяльність і ставлення сприймалася народом за норматив.*

Annotation. *The author analyzes the emergence of a tolerant attitude towards people with disabilities during the Kievan Rus. The educational guidelines of bishops in the annals concerning the equality of all people are revealed. Particular attention is paid to the promotion of tolerance by rulers, since their activities and attitudes were perceived by the people as a norm.*

Політична толерантність розцінюється як одне з номінальних значень сучасного суспільства. З тих пір, як згода була досягнута лише у вузькому діапазоні проблем, громадяни демократичних суспільств живуть і активно взаємодіють поруч з людьми, які мають особливі потреби. В сучасній Україні інколи зустрічаються прояви нетерпимості до індивідів з інвалідністю, що можна пояснити економічним, культурним та політичним становищем на території держави. Така ситуація виникає в результаті низького рівня політичної культури, який необхідно підвищувати через інклюзивність освітнього середовища. Тому сучасне життя вимагає звернутись до пам'яток минулого для вивчення історії культури українського народу і пошуку шляхів вирішення конфліктів, що й визначає актуальність даного дослідження.

Одним з основних чинників формування терпимості на території України виступає саме географічний, адже Київська Русь знаходилась на перетині торгівельних шляхів Балтійського і Чорноморського регіонів, а також Східної і Західної Європи, що проявлялось у зіткненні різноманітних культур. Ярослав Мудрий, Володимир Мономах, Лука Жидята, Христофор Філалет та інші представники Давньоруської держави пропагували ідею терпимості,

спираючись на Біблію та ідею рівності всіх перед Богом. «І якщо будете жити в любові між собою, і Бог буде з вами, і підгорне під вас ворогів ваших, і будете мирно жити. Та коли будете в ненависті жити, в сварках і міжусобицях, то й самі загинете, і землю батьків і дідів своїх погубите, яку здобули трудом великим. Але слухайте брат брата, живіть мирно» [2]. Такими словами Ярослав Мудрий в «Повчанні временних літ» звертається до своїх синів.

Розширений принцип братолюбства і терпимого відношення до інших людей проголошуються і в »Повчанні архієпископа Луки до братії» єпископа Луки Жидяти, які справили значний вплив на князя Володимира Мономаха (1053–1125): «Любов майте до будь-якої людини, а найбільше до братії, і не має бути так, щоб одне на серці, а інше на вустах... Не можна сварити між собою інших, щоб не назвали тебе сином диявола, але примиряй — і будеш сином Бога. Не осуджуй брата навіть у думках, пам'ятай про свої гріхи...» [1]. Такі заклики відповідали християнській традиції того часу.

В період розквіту Давньоруської держави князь сприймався як ідеал мужності, вірності і справедливості. Тому ідею терпимості, миру і злагоди в першу чергу пропагували саме правителі. Зокрема такі поради зустрічаються у «Повчанні дітям» Володимира Мономаха: «У нікчемному сьому житті научися, віруючий чоловіче, діяти благочестиво, научися, за євангельським словом, «очима управляти», язик здержувати, ум смиряти, тіло упокорювати, гнів подавляти, помисел чистий мати, спонукаючи себе на добрі діла господа ради; тебе позбавляють — не мсти, ненавидять — люби, гонять — терпи, хулять — благай, умертви гріх» [3].

Отже, толерантність як тип індивідуального і суспільного ставлення до фізичних і психічних відмінностей можна розглядати як одну з фундаментальних ознак цивілізованості та рівня політичної культури. В період Київської Русі провідну роль в пропагуванні терпимого відношення до людей з інвалідністю надавалася князям.

Література

1. Лука Жидята. Повчання архієпископа Луки до братії [Електронний ресурс]. — Джерело доступу: http://izbornyk.org.ua/oldukr2/oldukr55.htm

2. Повість врем'яних літ: Літопис (За Іпатським списком) / Пер. з давньоруської, післяслово, комент. В. В. Яременка.— К.: Рад. письменник, 1990.—558 с. [Електронний ресурс]. — Джерело доступу: http://litopys.org.ua/pvlyar/yar06.htm

3. Поучення Володимира Мономаха / Пер. Л.Махновця [Електронний ресурс]. — Джерело доступу: http://izbornyk.org.ua/litop/lit27.htm.

ПОДАТКОВЕ СТИМУЛЮВАННЯ НАВЧАННЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Сарана С.В.
к.ю.н., доцент, завідувач кафедри цивільного, господарського, адміністративного права та правоохоронної діяльності, Інститут права та суспільних відносин Університету «Україна»
saranaserg@ukr.net

Анотація. *Розглядаються питання підтримки надання освітніх послуг особам з інвалідністю. Аналізується оподаткування питань пов'язаних з діяльністю організацій інвалідів. Пропонується поширити податкові пільги, які надаються організаціям інвалідів на навчальні заклади, що забезпечують навчання таких осіб. І на основі цього додатково стимулювати навчання осіб з інвалідністю, забезпечивши їм найкращі умови отримання освіти.*

Annotation. *Issues of support for the provision of educational services to persons with disabilities are considered. The taxation of issues related to the activities of organizations of persons with disabilities is analyzed. It is proposed to extend the tax privileges granted to disabled organizations to educational institutions providing training for such persons. And on the basis of this, in addition to stimulating the training of people with disabilities, providing them with the best conditions for education.*

Питання рівних прав та можливостей для осіб з інвалідністю у суспільстві завжди є та буде залишатися актуальним перш за все з огляду на те, що дані особи не мають тих самих фізичних можливостей, ступеня мобільності, рівня працездатності для рівноправного конкурування з фізично здоровими особами. Це зумовлює необхідність втручання держави у процеси їх соціальної підтримки, працевлаштування, навчання тощо.

З приводу останнього, то незважаючи на декларування у статті 21 Конституції України рівності прав всіх людей та у статті 53 права на освіту [1] на практиці навряд чи особа з інвалідністю може в рівній мірі з іншими особами скористатися даним правом як з огляді на її фінансові можливості, так і доступ до навчальних закладів, значна частина з яких не обладнані для пересування інвалідів та перебування даних осіб у них тривалий час, що необхідно для забезпечення процесу навчання. І для приведення яких у відповідність слід витрачати значний обсяг фінансових ресурсів, проводити масштабні реконструкції тощо.

Відповідно більш доцільним вбачається створити бази у окремих навчальних закладах для навчання осіб з інвалідністю, забезпечивши їм належну державну підтримку, в тому числі у сфері оподаткування.

Згідно ст. 142 Податкового кодексу України (далі — ПК України) підлягає звільненню від оподаткування прибуток підприємств, які засновані громадськими організаціями інвалідів і є їх повною власністю, отриманий від продажу (постачання) товарів, виконання робіт і надання послуг, крім підакцизних товарів та деяких інших видів операцій [2]. Аналогічна норма міститься і у п.197.6 ст. 197 ПК України, щодо звільнення від оподаткування ПДВ таких підприємств інвалідів [3, с. 841]. Також ч. з) п.п. 266.2.2. п. 266.2. ст. 266. передбачено, що об'єкти житлової та нежитлової нерухомості, які перебувають у власності громадських організацій інвалідів та їх підприємств звільняються від сплати податку на нерухоме майно, відмінне від земельної ділянки [2].

Вказані норми доцільно було б поширити і на навчальні заклади, які забезпечують навчання осіб з інвалідністю на тій основі, що зекономлені таким чином кошти вони можуть спрямовувати на розширення своєї матеріальної бази і забезпечення кращих умов навчання таких осіб. В той же час, з метою уникнення можливих зловживань та нецільового використання коштів, слід запровадити цільове призначення використання даних фінансових ресурсів (виключно на розширення та покращення матеріальної бази навчальних закладів в частині забезпечення навчання осіб з інвалідністю) та забезпечити належний податковий контроль, як на цьому, зокрема, наголошується у дослідженні проведеному М.М. Чинчиним [4], що є цілком слушним у сучасних економічних і правових реаліях.

Таким чином, надання податкових пільг для навчальних закладів, які здійснюють навчання осіб з інвалідністю, в частині звільнення від податку на прибуток, ПДВ, податку на нерухоме майно, що виступають аналогом пільг для підприємств, які засновані громадськими організаціями інвалідів сприятиме покращенню їх матеріальної бази, за умови належного податкового контролю за цільовим використанням даних коштів.

Література

1. Конституція України від 28 червня 1996 року №254к/96-ВР [Електронний ресурс] // Офіційний сайт Верховної Ради України. — Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/254%D0%BA/96-%D0%B2%D1%80.

2. Податковий кодекс України від 2 грудня 2010 року №2755-VI [Електронний ресурс] // Офіційний сайт Верховної Ради України. — Режим доступу: http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2755-17.

3. Науково-практичний коментар до Податкового кодексу України: в 3т. / кол. авторів; заг. редакція М.Я. Азарова. — 2-ге вид., доп. та перероб. — К.: Міністерство фінансів України, Національний університет ДПС України, 2011. — Т.2 — 942 с.

4. Чинчин М.М. Правові основи податкового адміністрування в Україні: дисертація ... кандидата юридичних наук / М.М. Чинчин. — Ірпінь: Національний університет державної податкової служби України, 2013. — 203 с.

КРИМІНАЛЬНО-ПРАВОВІ ТА ПРОЦЕСУАЛЬНІ АСПЕКТИ ВРЕГУЛЮВАННЯ ПРАВ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ В УКРАЇНІ

Сердюк В.П.
к.ю.н., доцент кафедри цивільного, господарського, адміністративного права та правоохоронної діяльності
Інституту права та суспільних відносин
Університету «Україна»

Анотація. *У тезах узагальнено сучасний стан кримінального правового та процесуального врегулювання прав інвалідів в Україні. Проаналізовано відповідні законодавчі акти та зроблені висновки щодо сучасного положення інвалідності у цьому напрямку. Запропоновані авторські пропозиції щодо зміни кримінального процесуального законодавства з метою поліпшення захисту прав інвалідів. Вказано доцільний напрямок подальших наукових розробок.*

Annotation. *The thesis summarizes the current state of criminal legal and procedural regulation of the rights of persons with disabilities in Ukraine. The relevant legislative acts and conclusions about the current disability situation in this direction are analyzed. Proposed author's suggestions for the change of criminal procedural legislation in order to improve the protection of the rights of persons with disabilities. An expedient direction of further scientific development is indicated.*

За даними Державного комітету статистики України, на початок 1999 року в Україні налічувалося понад 2, 5 мільйони осіб офіційно визнаних інвалідами, тобто близько 5% усього населення країни. На початку 1990-х років загальна кількість інвалідів у країні

становила трохи менше 3% населення (близько 1, 5 мільйони осіб). Станом на 1 січня 2002 року вона становила 2 мільйони 659 тисяч, що дорівнювало 5, 5% від населення України.[5] Станом на 2008 рік в Україні працювало понад 500 тис. осіб з обмеженими можливостями, що становить 20% загальної чисельності інвалідів або 38% чисельності інвалідів працездатного віку [1].

Закономірність росту кількості даної категорії осіб у нашій країні потребує посиленої уваги зі сторони держави з різних направлень і також, у кримінальних правових та кримінальних процесуальних відносинах.

Аналіз діючого КК України свідчить, що законодавець виділив лише, одну норму у якій диспозиція закріплює поняття інваліда у такому вигляді: «Незаконне звільнення працівника з роботи з особистих мотивів чи у зв'язку з повідомленням ним про порушення вимог Закону України «Про засади запобігання і протидії корупції» іншою особою, а також інше грубе порушення законодавства про працю, тягнуть за собою кримінальну відповідальність. А, ті самі дії, якщо вони вчинені повторно, або щодо неповнолітнього, вагітної жінки, одинокого батька, матері або особи, яка їх замінює і виховує дитину віком до 14 років або дитину-інваліда тягнуть за собою посилену кримінальну відповідальність» (ст. 172 КК України). Іншої згадки щодо осіб з обмеженими потребами у кодексі не знайдено. А це означає, що кримінальна відповідальність таких громадян наступає на загальних підставах [2].

Кримінальний процесуальний кодекс України не має жодної згадки щодо врегулювання правовідносин з участю осіб з обмеженими потребами (можливостями). І тому, такі особи на загальних підставах приймають участь у кримінальному провадженні. Хоча, на наш погляд, дана категорія людей у залежності від рівня інвалідності могла б, розміститися у списку осіб, щодо яких здійснюється особливий порядок кримінального провадження визначених ст. 480 КПК України. Але, законодавець, чомусь оминув такий важливий прошарок людей нашого суспільства [3].

Вивчення динаміки прийняття щорічних Законів про амністію в Україні які відносяться до систем кримінально-правових норм свідчить про те, що особи з інвалідністю регулярно входять в коло осіб які підлягають визначеному виду звільнення.

Так, згідно Закону України «Про амністію у 2016 році» керуючись принципом гуманізму Верховна Рада України постановила звільнити від відбування покарання у виді позбавлення волі на пев-

ний строк та від інших покарань, не пов'язаних з позбавленням волі, осіб, визнаних винними у вчиненні умисного злочину, який не є тяжким або особливо тяжким відповідно до статті 12 Кримінального кодексу України, осіб, визнаних винними у вчиненні необережного злочину, який не є особливо тяжким відповідно до статті 12 Кримінального кодексу України, а також осіб, кримінальні справи стосовно яких за зазначеними злочинами розглянуті судами, але вироки стосовно них не набрали законної сили:

в) не позбавлених батьківських прав, які на день набрання чинності цим Законом мають дітей, яким не виповнилося 18 років, дітей-інвалідів та/або повнолітніх сина, дочку, визнаних інвалідами;

г) яких на день набрання чинності цим Законом в установленому порядку визнано інвалідами першої, другої чи третьої групи, а також хворими на активну форму туберкульозу (диспансерні категорії 1–4), онкологічні захворювання (III, IV стадії за міжнародною класифікацією TNM), СНІД (III, IV клінічні стадії за класифікацією ВООЗ) та інші тяжкі хвороби, що перешкоджають відбуванню покарання та підпадають під визначення Переліку захворювань, які є підставою для подання до суду матеріалів про звільнення засуджених від подальшого відбування покарання, затвердженого у додатку 12 до Порядку організації надання медичної допомоги засудженим до позбавлення волі, затвердженого наказом Міністерства юстиції України, Міністерства охорони здоров'я України від 15 серпня 2014 року №1348/5/572 (ст.1 Закону про амністію в 2016 році) [4].

У Рекомендаціях 1185 до реабілітаційних програм 44-й сесії Парламентської Асамблеї Ради Європи від 05 травня 1992 р. інвалідність визначається як обмеження в можливостях, обумовлені фізичними, психологічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими й іншими бар'єрами, які не дозволяють людині, що має інвалідність, бути інтегрованим у суспільство й брати участь у житті родини або суспільства на таких же підставах, як і інші члени суспільства [5].

Висновок. Є необхідність глибшого наукового дослідження поставлених в тезах питань щодо кримінальних правового та процесуального вдосконалення врегулювання прав осіб з інвалідністю для ширшого забезпечення їх правового захисту.

Література

1. Інвалідність.Вільна енциклопедія. Електронне посилання. Режим доступу: https://uk.wikipedia.org/wiki/Інвалідність.

2. Кримінальний кодекс України 5 квітня 2001 р. — Верховна Рада України; Закон від 05.04.2001 №2341-III (Редакція станом на 03.09.2017).

3. Кримінальний процесуальний кодекс України. Верховна Рада України; Кодекс від 13.04.2012 №4651-VI (Редакція станом на 03.08.2017).

4.Закон про амністію в 2016 році. (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2017, №37, ст. 378).

5.Рекомендації №1185 до реабілітаційних програм 44 сесії Парламентської Асамблеї Ради Європи від 05.05.1992 р. // Інформаційно-пошукова система «ЛІГА».

АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВИБОРЧИХ ПРАВ ГРОМАДЯН З ІНВАЛІДНІСТЮ

Сердюк Є.В.
к.ю.н., доцент кафедри конституційного права та теоретико-правових дисциплін,
Інститут права та суспільних відносин Університету «Україна»
ldpr@ukr.net

Анотація. *У роботі викладено результати емпіричного дослідження правового забезпечення виборчих прав громадян України з інвалідністю. Аналіз законодавства засвідчив, що питаня проведення виборів в Україні потребує подальшого наукового дослідження та законодавчого вдосконалення.*

Annotation. *The paper presents the results of an empirical study of legal support for the electoral rights of Ukrainian citizens with disabilities. The analysis of legislation has shown that the issue of holding elections in Ukraine needs further scientific research and legislative improvement.*

Людей з інвалідністю в Україні дуже багато, і їх кількість постійно зростає. Отже ми повинні вирішувати цілий комплекс проблем, щоб сприяти повноцінній інтеграції людей у соціальне середовище.

Будь-які обмеження виборчих прав не допускаються, і держава має забезпечити громадянам можливість вільного волевиявлення. Відповідно до Закону України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні», люди з інвалідністю володіють усією повнотою соціально-економічних, політичних, особистих прав і свобод, закріплених Конституцією України та іншими законодавчими актами.

Отже, відповідно до міжнародно-правових актів, Конституції України, та законодавства України громадяни з інвалідністю повинні мати рівне з іншими громадянами забезпечення права на участь у виборах.

Так, ст. 3 Закону України «Про вибори Президента України» гарантує інвалідам рівні права на участь у виборах. Ст. 76 цього Закону надає право на можливість допомоги людям з інвалідністю іншими особами крім членів виборчої комісії, представників кандидатів та офіційних спостерігачів у заповненні і вкиданні до скриньки виборчого бюллетеня. Ст. 77 забезпечує голосування за межами виборчої дільниці виборців, які не можуть прибути для голосування за станом здоров'я.

Частина 5 статті 85 Закону про вибори народних депутатів вказує, що «Виборець, який внаслідок фізичних вад не може самостійно заповнити виборчий бюлетень, має право з відома голови або іншого члена дільничної виборчої комісії скористатися допомогою іншого виборця, крім члена виборчої комісії, кандидата у депутати, його довіреної особи, уповноваженої особи партії, офіційного спостерігача». Частина 6: «Для забезпечення голосування виборців з вадами зору Центральна виборча комісія виготовляє трафарети для виборчих бюлетенів рельєфно-крапковим шрифтом (за методом Брайля) з розрахунку по два трафарети на звичайну виборчу дільницю. Для спеціальних виборчих дільниць такі трафарети можуть виготовлятися за поданням окружної виборчої комісії».

Проте цих норм недостатньо для забезпечення рівних прав наприклад, інвалідам по зору які не можуть читати опубліковані у засобах масової інформації законодавчі акти та офіційні повідомлення, що регулюють проведення виборів, їм також недоступна інформація, що адресується усім виборцям, що суперечить принципам рівності всіх громадян при здійсненні їх виборчих прав.

Особи з руховими вадами, потребують допомоги, щоб дістатися до місця голосування, іноді щоб заповнити бюлетень.

Відомо, що робота у виборчих комісіях часто виснажлива, особливо під кінець чергування. Однак і життя людей з інвалідністю також не є простим.

Література

1. Конституція України. Прийнята на п'ятій сесії Верховної Ради України 28 червня 1996 р. // Відомості Верховної Ради України. — 1996. — №30. — Ст. 141.

2. Про вибори народних депутатів України. Закон України від 17 листопада 2011 року у редакції Закону України від 16 лютого 2016 р. // ВВР, 2016, №11, ст. 126.

3. Про вибори Президента України. Закон України від 5 березня 1999 р. у редакції Закону України від 23 грудня 2015 р. // ВВР, 2016, №4, ст. 44.

4. Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні. Закон України від 21 березня 1991 року у редакції Закону України від 17 січня 2017 року // ВВР, 2017, N 7-8, ст. 51.

5. Сердюк Є.В. Адміністративно-правове забезпечення виборчих прав громадян України: дис... канд. юрид. наук /. — Київ, 2013. — 16 с.

СУПРОВІД НАВЧАННЯ ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Середа К.
студентка 3 курсу, спеціальність «Право», група ПЗ-31,
Інститут права та суспільних відносин, Університет «Україна»
Науковий керівник: ***Федоренко Т.В.****, к.ю.н., доцент кафедри цивільного, господарського, адміністративного права та правоохоронної діяльності Інституту права та суспільних відносин Університету «Україна»*

Анотація. *Інвалідність є соціальним явищем, уникнути якого не може жодне суспільство, і кожна держава. Важливою проблемою для осіб з особливими потребами є їх інтеграція у колектив та пристосування оточуючого середовища до їх потреб. Одним із засобів якісної та швидкої інтеграції інвалідів у суспільство є їх становлення та розвиток в інститутах соціалізації, зокрема під час навчання у вищих навчальних закладах.*

Annotation. *Disability is a social phenomenon, which can not be avoided by any society, and every state. An important problem for people with special needs is their integration into the team and the adaptation of the environment to their needs. One of the means of qualitative and rapid integration of people with disabilities into society is their formation and development in the institutes of socialization, in particular, during studies in higher educational institutions.*

Побудова соціально орієнтованої ринкової економіки та інтеграція України у світовий економічний простір потребують здійснення ряду першочергових заходів щодо посилення соціального захисту та забезпечення розвитку вразливих верств населення, в тому числі, осіб з обмеженими можливостями. Прогресивні краї-

ни світу, на шляху до інтегрованого цивілізованого суспільства, керуються загальною стратегічною метою — забезпечення повноцінної участі людей з інвалідністю в суспільному житті та вирішення питань, пов'язаних із їх залученням до усестороннього активного життя.

Саме для інтеграції людей з особливими потребами і є здобуття вищої освіти. У сучасних умовах доступність вищої освіти для інвалідів являє собою гостру соціальну і педагогічну проблему. Українська молодь з вадами розвитку не має можливостей реалізувати своє право на рівний доступ до освіти.

Відповідно до Закону України «Про вищу освіту», який зазначає, що соба з особливими освітніми потребами — це особа з інвалідністю, яка потребує додаткової підтримки для забезпечення здобуття вищої освіти; тому навчальні заклади зобов'язані створити та забезпечити рівні умови доступу до вищої освіти, у тому числі забезпечення осіб з особливими освітніми потребами спеціальним навчально-реабілітаційним супроводом та створення для них вільного доступу до інфраструктури ВНЗ з урахуванням обмежень життєдіяльності, зумовлених станом здоров'я [1].

Загалом, вітчизняне законодавство у сфері соціальної інтеграції відповідає міжнародним стандартам забезпечення рівності можливостей, а бар'єри підвищення доступності вищої освіти інвалідів варто шукати не в нормативно-правових актах, а тільки в механізмі їх реалізації.

Саме тому, організація навчального процесу студентів з особливими потребами в інститутах здійснюється в інтегрованих групах. Така інтеграція студентів з інвалідністю в навчальне середовище передбачає взаємну адаптацію, з одного боку, студентів, які приходять до інституту зі спеціалізованих навчальних закладів чи сімейного кола до нових умов навчання в інтегрованому освітньому середовищі, а також самого ВНЗ до потреб студентів з інвалідністю.

Інтеграція таких студентів забезпечується через упровадження спеціальних освітніх технологій і засобів навчання, а також педагогічного, психологічного, соціального, медико-реабілітаційного й фізкультурно-спортивного супроводу. Інклюзія — це особлива система навчання, яка передбачає індивідуальний підхід до студентів усіх нозологій, відповідно до їхніх освітніх потреб, вимагає змін на всіх рівнях освіти та, передусім, формування безбар'єрного освітнього середовища [2, с. 75].

Крім того, важливим напрямом інклюзивної вищої освіти є створення інклюзивного архітектурного середовища: відсутність архітектурних бар'єрів, порогів, перепадів рівнів підлоги; на кожному поверсі обладнання спеціалізованих санітарно-гігієнічні кімнат; облаштування спеціальних ліфтів, з кнопками, доступними для людей з вадами зору та на візках; коридори, двері та проходи між партами достатні для вільного проїзду візків; на території університету розміщення необхідних позначок для студентів з інвалідністю; обладнання спеціалізованих робочих місць для студентів з особливими освітніми потребами. Також на сучасному етапі інклюзія неможлива без упровадження в навчальний процес та позааудиторну діяльність інформаційних і комп'ютерних технологій [3].

Тобто має бути певний супровід від ВНЗ для тих осіб з особливими потребами, які виявили бажання здобути вищу освіту.

Під таким супроводом навчання студентів з інвалідністю розуміється система певних заходів, яка має забезпечити рівний доступ до навчання, тобто знищити або принаймні мінімізувати проблеми студентів з особливими потребами у процесі їх практичної підготовки. ВНЗ має запропонувати таким студентам ряд послуг, якими вони можуть користуватися самостійно або з чиєюсь допомогою, щоб потім надалі бути успішними у навчанні. Але на сьогодні немає єдиного та завершеного списку заходів та послуг, який би задовольняв потреби усіх студентів незалежно від виду інвалідності.

Саме для формування та визначення специфіки супроводу студентів з інвалідністю у процесі навчання велике значення мають знання про середовище, в якому перебував цей студент до вступу у ВНЗ, також група інвалідності та інформованість про його хворобу, фізичний стан цього студента та реальні його можливості, а також психологічні особливості особистості такого студента, майстерність і готовність викладача співпрацювати зі студентом-інвалідом [4, с. 30].

Отже, забезпечення супроводу навчання осіб з інвалідністю має велике значення, адже дозволить їм діяти на рівних з іншими студентами і не буде перевагою по відношенню до інших студентів.

Література

1. Про вищу освіту: Закон України від 01.07.2014 р. №1556-VII [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1556-18

2. Чижик В.В. Організація навчального процесу студентів з інвалідністю: метод. посіб. для викладачів / В.В. Чижик, А.М. Середюк, І.Я. Іванюк [та ін.]. — Луцьк: ПВД Твердиня, 2011. — 75 с.

3. Соціальний супровід осіб з обмеженими можливостями в освітньому просторі вищих навчальних закладів як форма комплексної соціальної допомоги [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/bitstream/lib/423/1

4. Іванюк І.Я. Адаптація студентів з обмеженими можливостями в умовах інтегрованого навчання / І.Я. Іванюк // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими проблемами: зб. наукових праць. — К.: Університет «Україна», 2009. — №6 (8). — С. 24–32.

ФОРМУВАННЯ КРЕДИТНОГО ПОРТФЕЛЮ БАНКІВСЬКОЇ УСТАНОВИ

Сіліверстова В.В.
студентка групи ЗФН-17/61,
спеціальність «Фінанси, банківська справа та страхування»,
Інститут економіки та менеджменту Університету «Україна»
*Науковий керівник: **Дубас А.О.**, к.е.н., доцент,*
завідувач кафедри фінансів та банківської справи,
Інститут економіки та менеджменту Університету «Україна»
allaAD@ukr.net

Анотація. *Представлений матеріал містить основні напрями, методи та етапи формування ефективного кредитного портфелю банківської установи. Головними критеріями цього процесу є забезпечення максимізації дохідності, мінімізації ризикованості та підвищення ліквідності банку. Розглянуто різноманітні джерела формування кредитного портфелю в сучасних умовах. Зазначено особливості кредитування фізичних осіб з обмеженими фізичними потребами та очікувані результати від їх залучання в якості клієнтів.*

Annotation. *The presented material contains basic directions, methods and stages of forming an effective credit to the brief-case of bank establishment. The main criteria of this process are providing of maximization of дохідності, minimization of risk and increase of liquidity of bank. The various sources of forming a credit to the brief-case are considered in modern terms. The features of crediting of physical persons with limit physical necessities and expected results are marked from their bringing in as clients.*

Кредитування є найважливішим видом діяльності банків, а кредитний портфель, як правило, становить від третини до половини всіх активів банку. Кредитний портфель банку є одним із найвагоміших компонентів структури відсоткових доходів. Головна

мета управління кредитним портфелем банку полягає в забезпеченні максимальної дохідності за певного рівня ризику. Питанню організації системи формування кредитного портфелю банку присвячено значну кількість праць українських та зарубіжних вчених, але існує необхідність поглиблення питання кредитування окремих категорій фізичних осіб.

Метою даного досідження є формування ефективної кредитної політики та аналіз системи управління кредитним портфелем банку.

Кредитний портфель банку — це сукупність кредитів, наданих банком на певну дату з метою одержання доходу у вигляді відсотків.

Управління кредитним портфелем є одним із основних пріоритетних напрямів у діяльності банку. Оптимальний якісний кредитний портфель впливає на надійність банку та його ліквідність. Фінансова нерівновага банків знижує загальну довіру до кредитної системи держави, а це впливає й на інші сектори економіки. До заборгованості за кредитними операціями, що становлять кредитний портфель банку, входять: кредити, які надані іншими банками, та сумнівна заборгованість за ними; кошти, надані суб'єктами підприємницької діяльності за овердрафтом, за факторинговими операціями та прострочена заборгованість за факторинговими операціями; кошти, надані суб'єктами підприємницької діяльності за операціями репо тощо.

Основними цілями формування кредитного портфеля є: дотримання необхідної ліквідності кредитного портфеля; мінімізація рівня ризиків кредитного портфеля; високий рівень доходу в поточному періоді; високий темп очікуваного доходу в майбутньому, зокрема в довгостроковій перспективі.

Банк може видавати кредити, укладаючи угоду з позичальником, або купувати позику чи частину позики, яка була видана іншими кредиторами, шляхом укладання угоди з позичальником. Надання кредиту може відбуватися у формі позик, облігацій, простих векселів, векселів, строк сплати яких уже настав, банківських акцептів та інших аналогічних зобов'язань.

Кредитний портфель включає агреговану вартість усіх кредитів, у т.ч. і прострочених, пролонгованих та сумнівних до повернення кредитів. Якість кредитного портфеля істотно впливає на рівень ризикованості та надійності банку.

Виділяють п'ять послідовних етапів управління кредитним портфелем:

– вибір кредитної політики;

– аналіз ринку кредитів;
– формування кредитного портфеля;
– перегляд кредитного портфеля;
– оцінка ефективності кредитного портфеля.

Управління кредитним портфелем слід розглядати як процес, що відбувається за такою схемою: формування кредитного портфеля відповідно до існуючих вимог і кредитної політики банку; оцінка сформованого кредитного портфеля щодо дохідності й ризиків, що являє собою не разову дію, а постійний моніторинг із виявлення проблемних кредитів та інших недоліків кредитного портфеля; корегування кредитного портфеля, що передбачає підвищення його якості; вирішення питань із проблемними кредитами і включення нових кредитів.

Особливої уваги слід приділити кредитуванню фізичних осіб з певними фізичними обмеженнями. Для цього слід внести корективи в існуючу нормативно-правову базу, в яких передбачити понижену відсоткову ставку за користування кредитними коштами такою категорією громадян. Для узагальненого розміру дохідності банкової установи це буде сприятливий напрям, оскільки дасть можливість залучити більшу кількість клієнтів.

Отже, основною метою кредитної політики є забезпечення оптимальної структури кредитного портфеля банку з наявністю внутрішніх резервів та інших умов, в яких він функціонує. Кредитний портфель формується за допомогою ефективної кредитної політики банку, яка виступає інструментом банку у сфері грошово-кредитної політики.

СОЦІАЛЬНО-ПРАВОВА ПРАЦЯ З ОСОБАМИ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Сова Д.А.
студентка ІІ курсу, спеціальність «Право», група ПЗ-23,
коледж «Освіта», Університет «Україна»
Науковий керівник: ***Орловська І.Г.****, к.ю.н., доцент кафедри конституційного права та теоретико правових дисциплін*
Інституту права та суспільних відносин Університету «Україна»

Анотація. *Соціально-правова робота з особами з інвалідністю є однією із важливих і пріоритетних сфер соціальної роботи, в основі якої — правові основи соціального захисту населення, система державних і недержавних закладів і установ, форми, методи соціальної*

роботи, соціальні технології і технології соціальної роботи, зміст і специфіка яких визначається рівнем обмеження життєдіяльності людини, а також повноваженнями організацій соціальної сфери, рівнем кваліфікації працівників, досвідом роботи, фінансуванням, ресурсами тощо.

Державна соціальна допомога і державна соціальна допомога на догляд призначаються на весь час інвалідності, встановленої органами медико-соціальної експертизи. У разі зміни групи інвалідності допомога в новому розмірі призначається інваліду з дня зміни групи інвалідності, якщо така зміна приводить до збільшення розміру, та з місяця, наступного за тим, у якому встановлена нова група інвалідності, — при зменшенні розміру допомоги.

Annotation. *Socio-legal work with disabled people is one of the important and priority areas of social work, based on the legal basis of social protection of population, state and non-state institutions and agencies, forms, methods of social work, social technologies and technologies of social work, the content and the specificity of which is determined by the level of restriction of human activity and powers of the organizations of the social sphere, level of education, experience, financing, resources and the like.*

State social assistance to persons with disabilities and the state social aid for care shall be appointed for the duration of the disability established by the bodies of medical social examination. In the event of a change of disability assistance in a new size is assigned to the invalid from the date of change of disability group, if such a change leads to an increase in size, and from the month following that in which a new group of disability, while reducing the amount of aid.

Основу правового захисту людей з інвалідністю становлять міжнародні стандарти щодо забезпечення прав і гарантій соціального захисту дітей-інвалідів і дорослих людей, що відображені в документах Організації Об'єднаних Націй: Декларації прав дитини (1959 р.), Декларації соціального прогресу та розвитку (1969 р.), Декларації про права розумово відсталих осіб (1971 р.), Декларації про права інвалідів (1975 р.), Стандартних правилах забезпечення рівних можливостей для інвалідів (1993 р.) тощо.

Проблеми, з якими стикаються інваліди вперше були висвітлені у Всесвітній програмі дій щодо інвалідів Організації Об'єднаних Націй, яка поставила перед державами такі завдання:

– планування, організація і фінансування соціальної допомоги інвалідам на кожному рівні;

– надання послуг з відновлення працездатності інвалідів, забезпечуючи допомогу в соціальній сфері, в галузі харчування, медицини, освіти, професійної підготовки, а також у забезпеченні інвалідів допоміжними та технічними засобами;

– сприяння участі інвалідів та організацій інвалідів у прийнятті рішень, що стосуються глобальної стратегії.

Важливими у цьому процесі є такі оцінювальні показники: нове законодавство, що містить основні положення Всесвітньої програми; нові програми допомоги; додаткова кількість осіб, які користуються послугами; додаткова кількість інвалідів, які мають регулярні заняття.

Термінологічний апарат соціально-правової праці з особами з інвалідністю. Перше офіційне визначення поняття «інвалід» дається в Декларації про права інвалідів (1975 р.): інвалідом є будь-яка особа, яка не може самостійно забезпечити повністю чи частково потреби нормального або соціального життя через ваду, вроджену або набуту, фізичні чи розумові здібності. Таким чином, змінилась структура поняття, з'явилися соціальні фактори (нормалізація чи соціалізація), вікові (з дитинства) і біологічні (фізичні та розумові здібності).

Термін «інвалідність» охоплює значну кількість різних функціональних обмежень, які трапляються серед населення в усіх країнах світу. Люди можуть стати інвалідами внаслідок фізичних, розумових чи сенсорних дефектів, стану здоров'я чи психічних хвороб. Такі дефекти, стани чи захворювання за своїм характером можуть бути постійними або тимчасовими.

Термін «непрацездатність» означає втрату чи обмеження можливостей участі в житті суспільства нарівні з іншими. Він зумовлює стосунки між інвалідом та його оточенням. Цей термін застосовується з тією метою, щоб підкреслити недоліки оточення і багатьох аспектів діяльності суспільства, зокрема в сфері інформації, зв'язку та освіти, які обмежують можливості інвалідів брати участь в житті суспільства нарівні з іншими.

Таким чином, термінологія, яка використовується в міжнародних правових документах, визнає необхідність розгляду як індивідуальних потреб особистості (реабілітація, надання допоміжних засобів тощо), так і соціальних проблем (різні перешкоди для участі в житті суспільства).

Правові основи соціального захисту. Правові та організаційні засади щодо задоволення особливих потреб інвалідів у соціальному захисті, навчанні, лікуванні, соціальній опіці та громадській діяль-

ності відображені у спеціальному і загальному законодавстві України. У спеціальному законодавстві права інвалідів урегульовані шляхом:

– прийняття окремого закону, що стосується виключно інвалідів (Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні» від 21 березня 1991 р. ; Закон України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям-інвалідам» від 16 листопада 2000 р.;

– включення питань, що стосуються інвалідів, до галузевих законів України «Про охорону дитинства» від 26 квітня 2001 р.,

– нормативно-правових документів, що регулюють механізм реалізації законів; типові положення, взірцеві положення, інструкції, укази, накази, розпорядження та ін.

Література

1. Соціально-правова робота з інвалідами. Навчально-методичний комплекс для студентів спеціальності «Соціальна робота» / уклад. І.Б. Іванова. — К.: Вид-во Університету « Україна», 2003.

2. Тюптя Л.І., Іванова І.Б. Соціальна робота: теорія і практика: навч. пос. — К.: Знання, 2008.

СПІВПРАЦЯ НАВЧАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ З МІСЦЕВИМИ ОРГАНАМИ ДЕРЖАВНОЇ ВЛАДИ ТА ОРГАНАМИ МІСЦЕВОГО САМОВРЯДУВАННЯ — ЗАПОРУКА ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ РІВНОГО ДОСТУПУ ДО ЯКІСНОЇ ВИЩОЇ ОСВІТИ ДІТЯМ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Сухорукова А.І.
студентка І курсу, спеціальність «Дизайн»,
Тернопільський коледж Університету «Україна»
Науковий керівник: ***Скільська М.І.****, викладач,*
Тернопільський коледж Університету «Україна»
ternopil_tcdn@ukr.net

Анотація. *У тезах акцентовано, що чинне законодавство декларує права дітей з особливими освітніми потребами на розвиток, здобуття освіти, водночас, не вказує практичних механізмів їх реалізації. Тому на практиці необхідно вишукувати шляхи і способи їх*

виконання. Один з важливих — тісна співпраця навчального закладу з органами державної влади та органами місцевого самоврядування шляхом укладення меморандумів з питань інклюзії.

Annotation. *In this article it is accented, that a current legislation declares rights for children with the special educational necessities of development, of education. At the same time, it does not specify the practical ways of their realization. Therefore in practice it is necessary to discover the methods of their implementation. One of the important thing is the close collaboration of educational establishment with public authorities and local government by using the conclusion of memorandums about the questions of inclination.*

Усі процеси у людському суспільстві, як на міжнародному, так і на державному рівні регулюються законодавчими нормами. Характерно, що з розвитком демократичного суспільства, яке гарантує право кожного громадянина на активну участь у його житті, надається належна уваги тим особам, які мають певні відмінності у фізичному розвитку і особливості в освітніх потребах.

У міжнародних документах пріоритетним, з точки зору державної політики України, є реформування системи освіти, яке б дало змогу охопити навчанням усіх дітей, незважаючи на відмінності; законодавчо визнати принципи інклюзивної освіти.

Особливого законодавчого визнання права на здобуття освіти громадянами України, в тому числі і дітей з особливими освітніми потребами, набуло у Законах «Про освіту», зокрема, внесеними змінами і доповненнями Законом України «Про внесення змін до Закону України «Про освіту» Щодо особливостей доступу осіб з особливими освітніми потребами до освітніх послуг» від 23 травня 2017 року.

Хоча законодавство декларує права дітей з особливими освітніми потребами на розвиток, здобуття освіти, водночас, не вказує практичних механізмів їх реалізації. Тому на практиці необхідно вишуковувати шляхи і напрями реалізації законодавчих норм.

Зважаючи на актуальність інклюзії й надання якісних освітніх послуг у цій сфері, педагогічні працівники у Тернопільському коледжі університету «Україна» розробили і здійснюють комплексні заходи щодо впровадження і практичного застосування положень чинних нормативних актів. В нашому закладі навчається 60% дітей з особливими потребами від загальної кількості студентів з інвалідністю області. Вступні кампанії проводяться під гаслом: «різні можливості — рівні права».

Укладено трьохсторонній Меморандум про співпрацю та взаємодію між управлінням освіти і науки Тернопільської обласної державної адміністрації, відділом сім'ї та молоді Тернопільської обласної державної адміністрації та Тернопільським коледжем університету «Україна».

Цей Меморандум, базуючись на тому, що лише активна співпраця державних органів управління і навчального закладу, орієнтованих на актуальні проблеми інклюзивної освіти та цілеспрямовану соціалізацію осіб з особливими потребами, дає шанс забезпечити отримання освітніх послуг для адаптації у суспільстві, створення рівних можливостей у формуванні навичок життя у демократичному соціумі. Його мета — мобілізувати громадську думку, забезпечити консенсус, здійснити аналіз ситуації, надати взаємопідтримку проектам на місцях. Меморандумом визначені наступні напрями співробітництва:

– систематична комунікація між місцевими органами управління, місцевого самоврядування, навчальним закладом;

– сприяння у вільному доступі до якісної вищої освіти і ширшого залучення даного контингенту молоді до навчання у закладі з метою отримання спеціальності та подальшої соціалізації у суспільстві;

– здійснення взаємного обміну інформацією про випускників загальноосвітніх закладів області з особливими потребами, в т.ч. з інвалідністю; створення банку даних потенційних користувачів послуг інклюзивної освіти в області;

– координація спільної діяльності між навчальним закладом та управліннями шляхом проведення спільних заходів (семінарів, круглих столів, тренінгів, лекцій, конференцій, фокус-груп тощо), спрямованих на аналіз і оцінку стану інклюзивної освіти;

– проведення інформаційно-роз'яснювальної роботи серед населення стосовно актуальності інклюзивної освіти та інтеграції людей з особливими потребами у суспільстві;

– спільна розробка та реалізація програм, проектів, навчальних, науково-методичних та інформаційних матеріалів;

– відслідковування громадської думки щодо напрямів і якості навчально-виховної роботи і реалізації інклюзивної освіти.

Наступний крок, який знаходиться в стадії розробки — напрями співпраці з Тернопільським обласним центром зайнятості з питань працевлаштування наших випускників. Люди з обмеженими можливостями повинні мати шанс на суспільно-корисну працю

та повноцінне, щасливе життя. Головним критерієм успішності нашої діяльності є навчальні досягнення студентів, особливо успіхи випускників з інвалідністю, у різних сферах життєвої практики.

Література

1. Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про освіту» щодо особливостей доступу осіб з особливими освітніми потребами до освітніх послуг» // Відомості Верховної Ради. — 2017. — №5.

2. Конвенція про права осіб з інвалідністю. Резолюція Генеральної Асамблеї ООН №61/106, прийнята на шістдесят першій сесії ГА ООН 13 грудня 2006 року. — Вид-во представництва ООН в Україні, 2008.

3. Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: наук.-метод. зб. / Ред. кол. Н. Софій, І. Єрмакова та ін. — К.: Контекст, 2000. — 336 с.

ВИЩА ОСВІТА ОСІБ З ОСОБЛИВИМИ ОСВІТНІМИ ПОТРЕБАМИ В УКРАЇНІ ЯК ОБ'ЄКТ АДМІНІСТРАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ

Таланчук І.В.
аспірант, старший викладач кафедри цивільного, господарського, адміністративного права та правоохоронної діяльності, Інститут права та суспільних відносин Університету «Україна»

Анотація. *Доведено, що вища освіта осіб з інвалідністю в Україні як об'єкт адміністративно-правового регулювання складається з права осіб з особливими освітніми потребами на отримання якісної вищої освіти, матеріальних благ, які це право забезпечують, та дії суб'єктів адміністративного права, на використання яких спрямовані суб'єктивні права та юридичні обов'язки студентів з інвалідністю та інших учасників адміністративно-правових відносин, які здійснюють або забезпечують навчання осіб з особливими освітніми потребами.*

Annotation. *The article proves that the higher education in Ukraine of people with special educational needs, as an object of administrative and legal regulation is related to human rights to receive higher education of a good quality, material welfare which secure these rights, and action of administrative law which aimed to use subjective rights and legal responsibilities of students with special educational needs and other members of the administrative and legal relations, performing or providing learning of students with disabilities.*

Актуальність дослідження. Наробки вітчизняних і зарубіжних вчених однозначно свідчить про те, що серед провідних чинників, які значно прискорюють і роблять ефективнішою інтеграцію людей з інвалідністю у суспільство, є освіта взагалі і вища освіта зокрема. Наведемо один факт: серед 2,7 млн. інвалідів в Україні більше половини або 1,5 млн. (що складає 52 % від загальної кількості інвалідів та 6,2% у загальній структурі економічно активного населення) – працездатні. Але більше 1 млн. осіб або 70% із них – безробітні. Причина банально проста, – вони не мають необхідної освіти [1, с. 68].

Адже, серед осіб з інвалідністю багато молодих працездатних, їм тільки треба допомогти отримати хорошу професію, за якою він може працювати — з цього отримає користь і він, і суспільство [2].

Освіта в свій час визнається однією з пріоритетних сфер соціально-економічного, духовного та культурного розвитку суспільства [3].

Забезпечення права на освіту людей з інвалідністю є однією із найболючих проблем в Україні [7, с. 16]. Із багатогранності проблеми інвалідності витікає багатогранність прийомів і способів її більш-менш успішного вирішення. Одним із вагомих чинників у виконанні цього завдання є організація різних видів і форм освіти людей з інвалідністю, яка визнає наявність у них величезних потенційних можливостей і дозволяє найбільш повно інтегрувати та включати їх у нормальне життя суспільства. [8, с.80].

У контексті реформування загальних засад державного регулювання в Україні та більш глибокого осмислення ролі вищої освіти на сучасному етапі серед питань, що актуалізуються у розв'язанні цілого спектру задач, пов'язаних із створенням як у державі, так і у суспільстві рівних умов і можливостей самореалізації в єдиному європейському освітньому просторі осіб з особливими освітніми потребами, представляється доцільним розглянути та визначити осіб з інвалідністю як окремий об'єкт адміністративно-правового регулювання з виділенням його особистостей та формуванням його правової основи.

Освіта – це цілеспрямований процес виховання і навчання з метою набуття встановлених державою освітніх рівнів.

Вища освіта – це сукупність систематизованих знань, умінь і практичних навичок, способів мислення, професійних, світоглядних і громадянських якостей, морально-етичних цінностей, інших компетентностей, здобутих у вищому навчальному закладі (науковій установі) та у відповідній галузі знань за певною кваліфікацією на рівнях вищої освіти, що за складністю є вищими, ніж рівень повної загальної середньої освіти [5].

З метою визначення осіб з інвалідністю в Україні як окремого об'єкту адміністративно-правового регулювання з виділенням його особливостей та формуванням його правової основи нам потрібно звернути увагу на саме поняття «об'єкту».

Битяк Ю.П. зазначає: об'єкт – це те, заради чого виникають правовідносини. Об'єктом адміністративних правовідносин будуть об'єкти матеріального характеру, тобто майно, речі [15, с. 41–42]. В свою чергу Ківалов С.В. і Біла Л.Р. зазначають, що об'єктом адміністративного права є певна дія, поведінка людей, речі та матеріальні предмети» [16, с. 17]. На думку Галунька В.В., об'єкт правовідносин – це те, на що спрямовані інтереси суб'єктів, з приводу чого останні вступають в адміністративно-правові відносини [17, с. 56].

Між суб'єктами та об'єктами в адміністративно-правових відносинах існує нерозривний зв'язок. Суб'єкти адміністративно-правових відносин вступають у них з метою задоволення своїх інтересів і потреб, які опосередковують об'єкти адміністративно-правових відносин. Виникнення у суб'єктів взаємних прав і обов'язків можливе лише на підставі настання певних юридичних умов юридичних фактів, закріплених у гіпотезах адміністративно-правових норм.

Об'єкти адміністративного права у сфері вищої освіти осіб з інвалідністю поділяються на:

1) нематеріальні особисті блага людини – життя і здоров'я, недоторканність, честь і гідність, безпеку, свободу пересування студентів та працівників з інвалідністю у вищих начальних закладів;

2) матеріальні – предмети матеріального світу, створені людиною: спеціально обладнанні приміщення ВНЗ, засоби навчання студентів з інвалідінстю та ін.

3) цінні папери, офіційні документи – документи про встановлення групи інвалідності, дипломи про вищу освіту тощо;

4) продукти духовної та інтелектуальної творчості, наприклад, навчальна і наукова література для осіб з інвалідністю, фестивалі, підготовка параолімпійців та ін.

5) дії суб'єктів адміністративно-правих відносин, коли суб'єкт чи об'єкт публічного управління має право вимагати від зобов'язаної сторони виконання певних дій, наприклад, науково-педагогічний склад ВНЗ має право вимагати від студентів з інвалідністю: дотримуватися вимог законодавства, статуту та правил внутрішнього розпорядку вищого навчального закладу; виконувати вимоги освітньої (наукової) програми; виконувати вимоги з охорони праці, техніки безпеки, виробничої санітарії, протипожежної безпеки, передбачені відповідними правилами та інструкціями.

Висновки. Вища освіта осіб з інвалідністю в Україні як об'єкт адміністративно-правового регулювання – це матеріальні або нематеріальні блага (в першу чергу право на отримання якісної вищої освіти особи з інвалідністю) та дії суб'єктів адміністративного права на використання яких спрямовані суб'єктивні права та юридичні обов'язки студентів з інвалідністю та інших учасників адміністративно-правових відносин, які здійснюють або забезпечують навчання осіб з особливими освітніми потребами.

Література

1. Таланчук І.В. Інклюзивна освіта – шлях до реалізації права на освіту. Актуальні проблеми навчання та виховання людей в інтегрованому освітньому середовищі в світлі реалізації Конвенції ООН про права інвалідів. XIII міжнародна науково-практична конференція, 20-21 листопада 2013р. — м. Київ: Університет «Україна». 2013 р. – С. 68–70.
2. Таланчук П.М. Жебрак принижує державу / Петро Таланчук // День. – 2014. – Режим доступу: http://www.day.kiev.ua/uk/article/cuspilstvo/petro-talanchuk-zhebrak-prinizhuie-derzhavu
3. Рішення Конституційного Суду України від 4 березня 2004 р. № 5-рп/2004 «У справі за конституційним поданням 50 народних депутатів України про офіційне тлумачення положень частини третьої статті 53 Конституції України «держава забезпечує доступність і безоплатність дошкільної, повної загальної середньої, професійно-технічної, вищої світи в державних і комунальних навчальних закладах» (справа про доступність і безоплатність освіти) // Урядовий кур'єр від 24.03.2004. — № 55.
4. Закон України від 1 липня 2014 р. № 1556-VII «Про вищу освіту» // Голос України від 06.08.2014. – № 148.
5. Шевцов А.Г. Сучасні проблеми освіти і професійної реабілітації людей з вадами здоров'я: монографія / А.Г. Шевцов // К.: Соцінформ, 2004. – 200 с.
6. Таланчук І.В. Історичні аспекти адміністративно-правового регулювання освіти інвалідів / І.В.Таланчук // Інформація і право, 2013. – № 2(11). – С. 79–87.
7. Адміністративне право України / [Битяк Ю.П., Богуцький В.В., Гаращук В.М. та ін.]; під ред. Ю.П. Битяка. – Х. : Право, 2001. – 528с.
8. Ківалов С.В. Адміністративне право України: навч.-метод. Посіб. / С.В. Ківалов, Л.Р. Біла. – 2-ге вид. переробл. і доповн. – Одеса: Юрид. Литр-ра, 2002. – 312 с.
9. Адміністративне право України : навч. посіб. : [у 2-х т.] / [Галунька В.В., Олефір В.І., Питхін М.П. та ін.] ; за загл. ред. В.В. Галунька. – Херсон : ХМТ, 2011. – Т. 1 : Загальне адміністративне право. – 320 с.

ЗМІСТ

Секція 3.
МЕДИЧНА, ФІЗИЧНА ТА СПОРТИВНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Адирхаєв С.Г., Адирхаєва Л.В., Голець О.В.
Адаптивна фізична культура і фізична реабілітація студентів з інвалідністю 4

Адирхаєв С.Г., Олішинська Т. Г. Розвиток локомоторної функції у дітей дошкільного віку з ДЦП засобами адаптивної фізичної культури 7

Адирхаєва Л.В., Петриковець Я.В.
Фізична реабілітація дітей з наслідками ДЦП «Середня ступінь захворювання» 9

Адирхаєв С.Г., Туровець Г.М.
Фізична реабілітація дітей з ДЦП та МЦД в умовах шкільного інклюзивного простору 11

Андрієнко В.А., Сердюк Є.В.
Сучасні методи реабілітації дітей з порушенням слуху 14

Анікієнко А.А., Адирхаєва Л.В.
Ефективність фізичної реабілітації для підлітків зі сколіозом . . .17

Бабчук Г.І.
Технології залучення студентської молоді до самостійних занять фізичними вправами 20

Бережко А.Г., Адирхаєва Л.В.
Інноваційні засоби та підходи у фізичній реабілітації людини, яка має психосоматичні захворювання 23

Бужук Л.О., Туровець А.М., Любенко В.О.
Фізична реабілітація після ішемічного інсульту в домашніх умовах: специфіка, ефективність 26

Білоус І.С., Адирхаєва Л.В.
Використання степ-аеробіки при лікуванні хворих на ожиріння 1–2 ступенів 30

Вадова О.Л., Адирхаєва Л.В.
Фізична терапія при захворюванні остеохондрозом поперекового відділу хребта 32

Валішкевич В.К., Любенко В.О.
Види масажу, які використовуються у хворих після операцій на серці і судинах 34

Вишар Є.В., **Бойченко Л.Д.**
Психологічне підгрунтя формування здоров'язберігаючої компетентності сучасної молоді 37

Волошко Л. Б., **Бойко Г.М.**
Особливості професійної діяльності фізичного терапевта 39

Гайдар Г.В., Адирхаєва Л.В.
Фізична реабілітація дітей 10-12 років з наслідками ДЦП 42

Галушка С.С., Гета А.В.
Реабілітація учасників АТО: як повернути до мирного життя кожного 45

Гета А.В.
Особливості роботи фахівця з фізичної реабілітації зі студентами з інвалідністю у ВНЗ 47

Гетьман І.М.
Корекція мовленнєвих порушень та голосу 50

Глущук П.М., Адирхаєва Л.В.
Реабілітація людей з травмами спинного мозку 52

Гоголь Ю.І., Адирхаєва Л.В.
Лікувальна фізична культура при пневмонії 54

Гордієнко І.І., Адирхаєва Л.В.
Фізична реабілітація при гіпертонічній хворобі 56

Горкуша М.В., Шведова Г.О.
Фізична реабілітація при сколіозах 58

Горова А.О., Адирхаєва Л.В.
Фізична реабілітація дітей середнього ступеня тяжкості ДЦП 2–7 років 60

Городецька І.А., Коваленченко В.Ф.
Ефективність фізичної реабілітації для підлітків зі сколіозом . . .63

Горошко В.О., Гета А.В.
Фізична реабілітація під час захворювань серцево-судинної системи 65

Демчик Р.В., Рапа Я.І., Романюк А.П.
Особливості рівня тривожності в осіб з інвалідністю 67

Дзюбенко К.Л., Коваленченко В.Ф.
Фізична реабілітація осіб похилого віку хворих на цукровий діабет 70

Довгань Н.Ю.
Авторська програма «Здоров'я» як інноваційна технологія оздоровлення студентів з обмеженими можливостями 72

Дорошенко І.В., **Адирхаєва Л.В.**
Поєднання різних форм рухової активності та окремих видів масажу при артрозі колінних суглобів 75

Єфремова М.А., Орловська І.Г.
Спортивна реабілітація людей з інвалідністю 79

Зарубіна Т.В., Адирхаєва Л.В.
Комплексний підхід до формування постави у дітей молодшого шкільного віку 81

Зеленська Т.В., Адирхаєва Л.В.
Вплив лікувальної фізкультури та сегментарно-рефлекторного масажу на покращення функцій стопи при плоскостопості у дорослих 84

Кайдаш Є.О., Шведова Г.О.
Лікувальна фізична культура при неврозах 86

Каштан Т.І., Адирхаєва Л.В.
Лікувальна гімнастика та фізіотерапевтичні процедури у осіб з початковими проявами ревматоїдного артриту 88

Кидан К.Р., Гета А.В.
Реабілітація пацієнтів із захворюваннями
опорно-рухового апарату 91

Коваленченко В.Ф., Коростій Б.С.
Фізична реабілітація при обструктивному бронхіті 93

Ковальчук В.І., Адирхаєва Л.В.
Особливості мотивації спортсменів-баскетболістів
з порушенням слуху у передзмагальний період 95

Колядич О.І.
Психофізіологічна адаптація студентів до стресових
ситуацій у навчанні 97

Кондратюк Ю.А., Бурова Г.В.
Сучасні напрямки ігротерапевтичної роботи 99

Кравченко А.П.
Здоров'я як ціннісна основа медико-правової культури
особистості 102

Кравченко С.І., Адирхаєва Л.В.
Фізична реабілітація дітей хворих бронхіальною астмою 104

Кугій Я.В., Адирхаєва Л.В.
Тайський масаж у хворих на гіпертонічну хворобу 106

Кузнєцова О.М., Любенко В.О.
Застосування іпотерапії у хворих на дитячий
церебральний параліч 109

Кулакова Т.Б., Шепеленко Н.В.
Сучасний стан реабілітаційної допомоги людям
з вадами слуху 112

Кулик Л.П.
Фізичне виховання студентів з обмеженими можливостями
здоров'я 113

Кулікова Ю.А., Гета А.В.
Проблеми соціальної адаптації людей з інвалідністю 116

Кшевзінський Б.О., Любенко В.О.
Використання грязелікування у хворих на радикуліт 118

Левченко А., Боєва Т.І.
Медична, фізична та спортивна реабілітація людей
з інвалідністю 120

Левшунова Р.М., Адирхаєва Л.В.
Музично-ритмічний компонент методики корекції
порушень постави у молодших школярів на заняттях
з лікувальної фізичної культури 122

Летовальцев В.В., Шведова Г.О.
Лікувальна фізична культура при неврозах 124

Лисенко А.В., Адирхаєв С.Г.
Психофізична реабілітація підлітків
з дитячим церебральним паралічем 126

Макарець М.Е., Адирхаєва Л.В.
Психофізична реабілітація хлопчиків середнього
шкільного віку при порушеннях опорно-рухового апарату 129

Макосєєва В.Л., Мележик О.В.
Використання арт-терапії при реабілітації людей
з інвалідністю 130

Малик М.Б., Любенко В.О.
Фізіотерапевтичні методи, що застосовуються у хворих
на цукровий діабет 133

Мар'яш П., Адирхаєва Л.В.
Фізична реабілітація підлітків зі сколіозом 135

Матвійчук В.М.
Особливості проведення корекційно-реабілітаційної роботи
зі студентською молоддю з особливими потребами
в системі їх фахової підготовки 137

Мацегоріна Н.В.
Особливості використання ЛФК на різних етапах
бронхіальної астми 140

Мовчан В.О.
Гарденотерапія для людей з інвалідністю 143

Моргун З.П., Лахманюк Т.В.
Важливість психомоторних дій в реабілітації студентів
з дискоординацією рухів 145

Мудренко Т.О., Адирхаєва Л.В.
Фізична реабілітація осіб з остеохондрозом хребта 147

Мужичук Н.Р., Бундак О.А.
Специфіка навчання студентів з порушенням зору 150

Нестеренко К., Адирхаєв С.Г.
Лікувальна фізична культура в ортопедії 153

Неясов В.В., Бундак О.А.
Специфіка навчання студентів
з порушенням слуху 155

Огойко В.В., Любенко В.О.
Лікувальна фізична культура, масаж, фізіотерапія осіб
з ознаками остеохондрозу 158

Осадча О.А., Лавренюк В.В.
Проблеми реабілітації людей з інвалідністю
антитерористичної операції 160

Очерклевич Н.З., Адирхаєв С.Г.
Інноваційні засоби та підходи у фізичній реабілітації
людини, яка має соматичні захворювання 163

Павловський В.О., Шамич О.М.
Фізична реабілітація дітей з сколіотичною поставою 166

Павлюк О., Адирхаєва Л.В.
Фізична реабілітація при порушенні нервової системи
молодої людини (чоловіки віком 25–34 років) 168

Пелех К.Г., Любенко В.О.
Поєднання різних форм рухової активності та окремих видів
масажу при артрозі колінних суглобів 171

Петренко Т.В., Адирхаєва Л.В.
Фізична реабілітація дівчат молодшого шкільного віку
хворих на сколіотичну поставу 173

Плохова Ю.О., Адирхаєва Л.В.
Фізична реабілітація дітей
зі сколіотичною поставою 175

Посєдай Н.І.
ЛФК для хворих з ампутованими кінцівками 178

Пуча В.І.
Технології застосування лікувальної фізкультури
та відновлення працездатності в спортивному тренуванні 180

Radzevičienė Liuda, Miliūnienė Lina
Communication peculiarities with patients awakening after coma ...183

Романюк А.П.
Викликана активність кори головного мозку в осіб
із черепно-мозковими травмами 187

Рохас М.М.
Сучасний погляд на масаж та ЛФК в комплексному
лікуванні сколіозу у дітей та підлітків 190

Рязанова І.К., Гета А.В.
Нетрадиційні методи фізичної реабілітації дітей
із затримкою психічного розвитку 192

Савчук О.І.
Технології застосування лікувальної фізкультури
та відновлення працездатності в спортивному тренуванні 194

Сахно Т.В., Корнєєв О.В., Корнєєва Л.Л.
Якість життя хворих після операції
з приводу раку прямої кишки 197

Селезньова О.О.
Волонтерська діяльність в хоспісах 200

Сесь І., Адирхаєва Л.В.
Фізична реабілітація при порушеннях опорно-рухового
апарату людини 202

Слинько П.В., Шведова Г.О.
Лікувальна фізична культура в травматології 204

Соколов В.В., Любенко В.О.
Лікувальна фізична культура та сегментарно-рефлекторний
масаж при плоскостопості 206

Соколова Н.В., Адирхаєва Л.В.
Нетрадиційні підходи до реабілітації у пацієнтів
з порушенням венознозного відтоку крові 208

Ткачук В.Г., Адирхаєв С.Г.
Сучасна методика творчого навчання студентів 211

Тучинська І.В., Любенко В.О.
Використання дихальних вправ і електротерапії
у пацієнтів, які хворіли на пневмонію 213

Хворостянко Ю. М., Коваленченко В. Ф.
Особливості фізичної реабілітації хворих обструктивним
бронхітом 215

Ходаківський Ю.С., Любенко В.О.
Нетрадиційні підходи до фізичної реабілітації у пацієнтів
з хворобами периферичних судин 217

Черних Л.Г., Адирхаєва Л.В.
Використання засобів фізичної реабілітації в корекції
функціонального стану серцево-судинної системи
у дітей віком 3–10 років з набутою патологією 219

Шамич О.М.
Структура і функція самоорганізації особистості
в параолімпійському спорті 221

Шведова Г.О., Біляк Р.М.
Використання легкої атлетики в фізичній реабілітації 223

Шведова Г.О., Молотков О.Ю.
Лікувальна фізична культура при захворюваннях
ендокринної системи 225

Шведова Г.О., Стужук А.О.
Лікувальна фізична культура після пошкодження кісток таза . . .228

Шоботенко Я.І., Шведова Г.О.
Лікувальна фізична культура при ішемічній хворобі серця 230

Яворська Т.Є.
Загально-теоретичні основи змісту індивідуальної програми
реабілітації осіб з обмеженими функціональними
можливостями 232

Секція 4.
АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПРАЦЕВЛАШТУВАННЯ ЛЮДЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ

Аванесян Г.М.
Проблема зайнятості осіб з інвалідністю:
міжнародно-правовий аспект та Україна 235

Алєксейчук Л.О., Афанасьєв Б.А.
Актуальні проблеми працевлаштування людей
з інвалідністю 238

Бахур Н.В.
Світовий досвід працевлаштування людей з особливими
потребами 240

Волосовська О.А., Осадча О.А.
Проблеми працевлаштування людей з інвалідністю 243

Вотченікова О.В.
Інклюзивна освіта та працевлаштування ветеранів АТО 246

Глущенко К.С., Ізуїта П.О.
Працевлаштування осіб з обмеженими фізичними
можливостями: проблеми на ринку праці 249

Грицик О.Р., Савицька А.Ю.
Теоретичні основи державного законодавства зайнятості
і працевлаштування осіб з особливими можливостями 252

Гуцало О.В., Артеменко О.Б.
Працевлаштування осіб з обмеженими фізичними
можливостями: проблеми на ринку праці 254

Зимбалевська Ю.В.
Актуальні проблеми виховання осіб
з особливими потребами у світлі працевлаштування 256

Зощенко А.О., Ізуїта П.О.
Актуальні проблеми працевлаштування
людей з інвалідністю 259

Іллюша К.А., Панфілова Ю.М.
Проблема працевлаштування людей з інвалідністю
в Україні 261

Коваленко В.Ф.
Особливості працевлаштування осіб
з обмеженими можливостями здоров'я 264

Ковальчук Д.О., Ізуїта П.О.
Випробувальний термін при прийнятті на роботу
для осіб з інвалідністю 267

Куропятник А.В., Бахур Н.В.
Відповідальність за невиконання умов нормативу робочих місць для людей з інвалідністю 269

Кушпетюк О.І., Іванюк І.Я.
Право людей з інвалідністю на працю та його реалізація 271

Макаренко А.В., Орловська І.Г.
Порівняльний аналіз умов працевлаштування людей з інвалідністю в Україні та у світі 274

Модвалова Н.О., Афанасьєв Б.А.
Актуальні проблеми працевлаштування людей з інвалідністю 277

Нечипоренко І.О., Ізуїта П.О.
Працевлаштування осіб з інвалідністю — ветеранів АТО 279

Нєвєдрова Н.В.
Проблеми працевлаштування людей з інвалідністю в Україні 282

Німченко А.Д., Дубас А.О.
Сучасні недосконалості ринку праці людей з інвалідністю України 285

Панасюк І.Л., Ізуїта П.О.
Актуальні проблеми працевлаштування людей з інвалідністю 287

Плотніков А., Боєва Т.І.
Працевлаштування осіб з обмеженими фізичними можливостями: проблеми на ринку праці 289

Пономаренко Д.В., Лавриненко Л.М.
Проблеми працевлаштування осіб з інвалідністю та аналіз міжнародного досвіду 292

Сібова А.А., Яворська Т.Є.
Актуальні проблеми працевлаштування людей з інвалідністю 295

Туманцова О.В.
Економічні аспекти створювання робочих місць для осіб з інвалідністю 297

Убийвовк І.І.
Щодо питання професійної реабілітації людей
з інвалідністю в Україні 300

Федоренко Т.В.
Правові аспекти працевлаштування осіб з інвалідністю 303

Секція 5.
ПРАВОВІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ТА РОЗВИТКУ ІНКЛЮЗИВНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

Антоненко О.С., Сердюк Є.В.
Ідея правової держави в контексті європейської
інтеграції України 306

Бова Є.Ю.
Нормативно-правове забезпечення інклюзивного дистанційного
навчання у вищих навчальних закладах України 309

Бойко І.О., Орловська І.Г.
Проблеми з усиновленням дітей інвалідів 312

Валієва Д.Т., Орловська І.Г.
Проблеми захисту дітей з інвалідністю та можливості
реалізації їхніх прав у сучасному суспільстві 315

Виклюк В., Бахур Н.В.
Відповідність законодавства України стандартам
Конвенції ООН про права осіб з іналідністю 317

Волкова К.Ю., Орловська І.Г.
Правовий статус людей з інвалідністю 320

Галко О.М
Кроки по удосконаленню нормативно-правового регулювання
інклюзивного навчання в закладах освіти 322

Гоч Ю.В., Орловська І.Г.
Державна політика у сфері захисту прав і інтересів людей
з інвалідністю. Громадянська свідомість 325

Дадерко Л.Ф.
Протидія незаконному обігові наркотичних засобів в Україні:
законодавче регулювання 327

Добуляк Є.А., Фрицький Ю.О.
Правове забезпечення прав дітей з інвалідністю
у сфері охорони здоров'я в Україні 330

Довга І.В., Ізуїта П.О.
Право людей з інвалідністю на участь у політичному
та суспільному житті 332

Євась Т.В.
Специфіка менеджменту закладу інклюзивної освіти 335

Євтушенко В.В., Орловська І.Г.
Особи з інвалідністю невід'ємна частина
українського суспільства 338

Єлістратов Д.Д., Орловська І.Г.
Правове регулювання охорони праці людей
з інвалідністю 340

Зубрицька Д.В., Орловська І.Г.
Право на доступ до інформації людей з інвалідністю 342

Ізуїта П.О.
Правові підстави звільнення осіб з інвалідністю
за ініціативою роботодавця 344

Кальян О.С.
Окремі питання розвитку міжнародно-правового регулювання
статусу дитини з обмеженими можливостями 347

Кияшко К.Ю., Лебеденко В.І.
Інституціональні визначення у господарському праві 351

Коргунова Г.М., Орловська І.Г.
Вдосконалення законодавства по захисту прав людей
з інвалідністю 354

Корінна І.В., Орловська І.Г.
Право людей з інвалідністю на здобуття вищої освіти 357

Кузьменко А.С., Бебик В.М.
Законодавче регулювання політики України
у сфері освіти дітей з інвалідністю 359

Лебеденко В.І.
Єдиний господарський правопорядок 361

Макаров В.О., Орловська І.Г.
Соціальні програми для людей з інвалідністю 364

Матусевич А.Д., Лебеденко В.І.
Форс-мажорні обставини
(обставини непереборної сили) 367

Мозолюк-Боднар Л.М.
Особливості правової активності громадян з інвалідністю 370

Орличенко В.В., Фаст О.О.
Права людей з інвалідністю та особливості їх захисту
в різних країнах 373

Орловська І.Г.
Актуальні проблеми самореалізації людей з інвалідністю
у сучасному суспільстві 376

Панасюк О., Федоренко Т.В.
Освіта людей з інвалідністю в Україні 378

Панфілова Ю.М.
Деякий аналіз підстав прийняття Конвенції про права осіб
з інвалідністю 2006 року 382

Розпутня Я.О., Орловська І.Г.
Права жінок з інвалідністю в Україні 386

Савич І.О.
Формування толерантності до людей з інвалідністю
в період Київської Русі 389

Сарана С.В.
Податкове стимулювання навчання осіб з інвалідністю 391

Сердюк В.П.
Кримінально-правові та процесуальні аспекти врегулювання
прав осіб з інвалідністю в Україні 393

Сердюк Є.В.
Адміністративно-правове забезпечення
виборчих прав громадян з інвалідністю 396

Середа К., Федоренко Т.В.
Супровід навчання осіб з інвалідністю 398

Сіліверстова В.В., Дубас А.О.
Формування кредитного портфелю банківської установи 401

Сова Д.А., Орловська І.Г.
Соціально-правова праця з особами з інвалідністю 403

Сухорукова А.І., Скільська М.І.
Співпраця навчального закладу з місцевими органами
державної влади та органами місцевого самоврядування –
запорука забезпечення рівного доступу
до якісної вищої освіти дітям з особливими потребами 406

Таланчук І.В.
Вища освіта осіб з особливими освітніми потребами в Україні
як об'єкт адміністративно-правового регулювання 409

Наукове видання

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ НАВЧАННЯ ТА ВИХОВАННЯ ЛЮДЕЙ В ІНТЕГРОВАНОМУ ОСВІТНЬОМУ СЕРЕДОВИЩІ У СВІТЛІ РЕАЛІЗАЦІЇ КОНВЕНЦІЇ ПРО ПРАВА ОСІБ З ІНВАЛІДНІСТЮ

ACTUAL PROBLEMS OF PEOPLE EDUCATION IN INTEGRATED EDUCATIONAL ENVIRONMENT IN THE LIGHT OF IMPLEMENTATION OF THE CONVENTION ABOUT THE RIGHTS OF PERSONS WITH DISABILITIES

Тези доповідей
XVII міжнародної
науково-практичної конференції
(м. Київ, 22 листопада 2017 р.)
Частина 2

Thesis of Speech
XVI International Scientific-practical Conference
(Kyiv, November 22, 2017)
Part 2

Комп'ютерна верстка — О. В. Мележик
Дизайн обладинки —

Матеріали подані в авторській редакції.

Формат 60x84/16.
Ум. друк. арк. 24,01.
Наклад 150 прим. Замовлення №

Видавець і виготовлювач Університет «Україна»
03115, м. Київ, вул. Львівська, 23
тел. (044) 424-40-69, (044) 424-56-26, e-mail: ukraina.vdk@mail.ru
Свідоцтво про держав ну реєстрацію ДК №405 від 06.04.01