

стабілізації незворотних змін у бронхолегеневій системі, відновлення і покращення функції зовнішнього дихання, серцево-судинної системи, фізичної активності та психологічного статусу [4].

Мета: визначити основні підходи та елементи оцінки потреби дітей з хворобами органів дихання в реабілітаційних послугах на регіональному рівні.

Матеріали та методи. Матеріалами стали нормативні документи МОЗ України та науково-методична література на тему забезпечення реабілітаційних послуг при хворобах органів дихання у дітей. Методи: структурно-логічний аналіз, контент-аналіз, бібліосемантичний, системний підхід і аналіз.

Результати. Оцінка потреби дітей з хворобами органів дихання в реабілітаційних послугах на регіональному рівні передбачає декілька основних елементів. Насамперед це аналіз нормативних документів, які регламентують надання медичної допомоги дітям з хворобами органів дихання (накази МОЗ України від 13.01.2005 №18 «Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «дитяча пульмонологія», від 08.10.2013 року № 868 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бронхіальній астмі» та ін.) та статистичних форм регіону з питань, що стосуються бронхолегеневих захворювань у дітей за певний період для відслідковування динаміки змін захворюваності, поширеності захворювань органів дихання, структури за окремими нозологіями. Наступним елементом стане визначення алгоритму надання реабілітаційних послуг дітям з хворобами органів дихання та аналіз наявної системи закладів та відповідних заходів реабілітації на рівні регіону для забезпечення безперервності, комплексності і цілісності програм відновлювального лікування. Не менш важливим елементом нами визначено опитування лікарів первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги щодо потреби в реабілітаційних послугах для дітей з хворобами органів дихання, прихильності до таких послуг батьків, а також рівня комплаєнсу при лікуванні та призначенні реабілітаційних послуг.

Висновки. Оцінка потреби дітей з хворобами органів дихання в реабілітаційних послугах на регіональному рівні вимагає системного підходу з чітким визначенням складових – елементів оцінки. Кожен з вказаних елементів потребує розширеного планування завдань з наступним послідовним етапним виконанням, що дозволить ефективно та якісно визначити потребу дітей з хворобами органів дихання в реабілітаційних послугах на рівні регіону.

#### Література

1. Соціальний захист населення: статистичний збірник; відпов. за вип. О. О. Кармазіна. К.: Державна служба статистики України, 2018. 123 с.
2. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році; відпов. за вип. О. О. Кармазіна. К.: Державна служба статистики України, 2018. 109 с.
3. Скрип В.В. Характеристика показників захворюваності населення Закарпатської області та поширеності серед нього хвороб / В.В. Скрип, І.С. Миронюк, Г.О. Слабкий // Wiadomości Lekarskie (Польща). – 2018, tom LXXI, № 5. – С. 1051 - 1055.
4. Григус І. М. Методологічні аспекти проведення фізичної реабілітації у хворих на хронічний бронхіт / І. М. Григус // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. - 2012. - № 3. - С. 282–287.

*Виноградов О.О., Гужва О.І., Володіна В.С.*

## Терапія «дія–спостереження» у реабілітаційній практиці

Державний заклад «Луганський національний університет імені Тараса Шевченка», Старобільськ, Україна

**Т**ерапія «дія–спостереження» (Action Observation Therapy, AOT) – новітня реабілітаційна методика, що включає спостереження за конкретними діями та їх самостійне виконання.

Під час реабілітаційного втручання, після отримання пояснення, пацієнти спостерігають на екрані монітора за певними діями (захоплення і переміщення предмета в горизонтальній або вертикальній площині, маніпулювання предметом двома руками, використання пісочного годинника, відкриття і закриття банки, гра з LEGO тощо), які зазвичай ділять на три-чотири елементарних моторних акти. Після спостереження за окремими моторними актами протягом трьох хвилин (фаза спостереження), пацієнти протягом двох хвилин намагаються, у міру своїх здібностей, виконати дію, що вони спостерігали (фаза виконання). Типовий сеанс АОТ займає півгодини (D. Ertelt, F. Binkofski, 2012; G. Buccino, 2014; J. Plata-Bello, 2017; T. Y. Shih, C. Y. Wu, K. C. Lin, et al., 2017).

Даний підхід ґрунтується на діяльності так званих «дзеркальних нейронів», які активізуються як при виконанні певних дій, так і при спостереженні за виконанням цих дій іншими людьми (В. Л. Романюк, 2009). Дзеркальні нейрони розташовані здебільше у лобовій частці (нижня лобова звивина), у задній тім'яній області (нижня тім'яна часточка) та в інших областях головного мозку, формуючи систему дзеркальних нейронів (J. Plata-Bello, 2017).

Терапія «дія–спостереження» показала свою ефективність у відновленні рухових функцій верхніх кінцівок у постінсультних пацієнтів (J. Fu, M. Zeng, F. Shen, et al. 2017; Tsai-yu Shih, Ching-yi Wu, Keh-chung Lin, et al., 2017), у моторному відновленні пацієнтів з хворобою Паркінсона (D. Caligiore, M. Mustile, G. Spalletta, et al., 2017; W. Di Iorio, A. Ciarimboli, G. Ferriero, et al., 2018), у процесі реабілітації дітей з церебральним паралічем (Jin-young Kim,

Jong-man Kim, Eun-young Ko, et al., 2014; M. O. Baig, S. Paracha, 2018; D. H. Kim, D. H. An, W. G. Yoo, 2018), у відновленні ходи і покращенні якості життя пацієнтів після ендопротезування кульшового суглобу (J. H. Villafañe, C. Pirali, M. Isgro, et al., 2016).

*А.В. Гакман*

## **Психофізіологічні особливості рухової активності людей похилого віку**

**Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича**

**З**міни в організмі під час старіння обумовлюють зниження його адаптаційно-регуляторних механізмів. Згідно з регуляторно-адаптаційною теорією В.В. Фролькіса, засновника антивейджингової медицини в Україні, прискорене старіння є результатом порушення дисбалансу між процесами старіння та антистаріння. Прискорене старіння проявляється більш раннім і більш швидким розвитком старечих вікових змін, які скорочують тривалість життя. Відомо, що рухова активність у похилому віці позитивно впливає на організм як у цілому, так і на окремі його системи. Дає можливість добре себе почувати, позбутися деяких недуг, молодше виглядати, підвищувати власну працездатність, «відтягнути» старість й безпомічність. Тому актуальною проблемою є залучення та популяризація рухової активності серед літніх людей на основі психофізіологічних особливостей даної вікової групи.

Метою нашого дослідження є визначення психофізіологічних особливостей рухової активності людей похилого віку.

Дослідно-експериментальну роботу проводили з двома групами респондентів: перша група – це люди які займаються у фітнес клубах Sportlife і Титан – 38 людей, друга – складалась з осіб які продовжують свою самоосвіту у Чернівецькому Університеті третього віку ім. А. Кольпінга – 35 представників. Ця група опитуваних не займається оздоровчою руховою активністю. Всього у дослідженні прийняло участь 63 людини, віком 60–73 років. Дослідження полягало визначенні психофізіологічних особливостей рухової активності людей похилого віку.

Аналіз рівнів рухової активності людей похилого віку показав, що на сидячий рівень рухової активності, крім базового, затрачають найбільше часу респонденти контрольної групи (37,6%). Це насамперед пов'язано, на нашу думку, із провідною діяльністю протягом дня досліджуваних у стінах Університету третього віку, де проводяться навчальні аудиторні заняття, з іноземних мов (англійська, румунська, польська та болгарська), психології з основами арт-терапії та здорового способу життя, культурології та української мови і літератури, історії та мистецтва Буковини та ін. Про те у експериментальній групі на сидячий рівень рухової активності респонденти затрачають лише 12,5% часу доби, це у тричі менше ніж контрольній групі.

У похилому віці можна умовно виділити деякі основні складові частини рухової активності: активність в процесі спеціально-організованих вправ; фізична активність, здійснювана під час суспільно-корисної і трудової діяльності; спонтанна фізична активність у вільний час. Ці складові тісно пов'язані між собою. Доповнюючи один одного вони забезпечують певний об'єм добової рухової активності, рівень якої можна кількісно виміряти.

У досліджуваних контрольної групи спостерігається найменше затраченого часу на середній рівень (4,2%) та взагалі не витрачають час на спеціально-організовані фізичні вправи протягом доби (високий рівень рухової активності – 0%) і лише незначна частка добової рухової активності відводиться на малий рівень – 16,6%, що дорівнює 4 годинам.

Про те у досліджуваних експериментальної групи ці показники значно вищі. Так на малий рівень рухової активності респонденти затрачають 29,2% часу, на середній рівень – 16,6% та на високий – 4,2% часу від усієї доби. Такі результати свідчать про те, що літні люди більше які більше рухаються, прагнуть бути здоровими та соціально-активними, зменшити ризик захворювань та затримати процеси старіння, що немало важливо у даному віці.

Аналіз тривалості та якості життя українців та мешканців ближнього зарубіжжя показує, що останні десятиліття відмічені різким погіршенням стану здоров'я всіх вікових категорій населення, зокрема, усі автори звертають увагу на передчасне «зношування», старіння організму. Ступінь цього «зношування» можна оцінити за біологічним віком та розрахованим за ним показником темпу старіння організму.

Серед респондентів обох груп нами було визначено біологічний вік за методикою В.Войтенка. Так середній паспортний вік експериментальної та контрольної груп приблизно був однаковий – 72,8 та 73,4 років. Про те біологічний вік значно відрізнявся. Літні люди експериментальної групи засвідчили біологічний вік на 64,1 роки, що на 87 роки молодше паспортного. А от біологічний вік досліджуваних контрольної групи був 78,9 років, що на 5,5 років старше паспортного.

Під час дослідження, ми визначили темпи старіння досліджуваних експериментальної та контрольної груп. Так у експериментальній групі найбільше респондентів, у яких уповільнений процес старіння (60,5%), у значній кількості досліджуваних даної групи біологічний вік відповідає паспортному – 8 осіб (21,1%). Різко уповільнений процес старіння даної групи спостерігається у 4 осіб, що дорівнює 10,5% всієї групи. Проте також, варто зазначити, що у 3 осіб досліджуваних цієї групи виявлено прискорений процес старіння.