

Як працює комунікація? Відколи є мова, люди постійно думають про те, як комунікувати один з одним і обмінюватись інформацією. Для передачі інформації було придумано різні моделі, які повинні пояснити, як працює комунікація і на які фактори вона впливає.

Відомі моделі комунікації:

- Модель чотири вуха – Шульц фон Тун
- Модель Органон – Фрітц Бюлер
- П'ять аксіом - Пауль Вацлавік

Мова – це інструмент, з яким одна особа може повідомити іншій щось про певні речі. За Бюрером мова має три функції:

- Функція вираження
- Функція викладення інформації
- Функція звертання

Під час комунікації на основі мовних знаків ці три функції вступають в контакт одна з одною. (Фрітц Бюлер за Платоном)

Види комунікації.

Вербальна комунікація означає обмін інформацією через мову.

Невербальна комунікація – це порозуміння без слів, наприклад через жести та міміку.

Таким чином невербальна комунікація може проходити і неусвідомлено, тоді коли ми не думаємо над нашими жестами та мімікою і не керуємо ними усвідомлено. Але це і означає, що ми не можемо уникнути комунікації.

Пауль Вацлавік сформулював у своїй моделі комунікації аксіому, що неможна не комунікувати. Як тільки зустрічаються двоє людей, то комунікація проходить, свідомо чи несвідомо.

Невербальна комунікація починається із розбудови довіри, послідовно, з повагою, поступово.

Мова тіла та вимова дорівнює дієвості.

Так само, як очі називають дзеркалом душі, так язик називають дзеркалом здоров'я. Дисфункція орофациальних м'язів на прикладі мовленнєвого дерева. Рот – чутливий мультидисциплінарний робочий простір.

Серед причин дисфункцій: годування (пляшечкою), положення язика, незріла моторика, звички, утруднене носове дихання, генетично зумовлені аномалії росту скелету обличчя,

Вторинна симптоматика:

- моделі
- ланцюгова реакція
- системна мережа
- орофациальної системи
- орофациальні м'язи

Дисфункція орофациальних м'язів. Неможливо розглядати язик ізольовано, так само як і неможливо лікувати окремі м'язи. Лікування розладів функції язика – це робота міждисциплінарної команди, яка розглядає загальні функції тіла; це індивідуальна, підлаштована під конкретну людину, терапія. Обмежена функція орофациальних м'язів впливає на харчування. Різноманітна змінна взаємодія між орофациальною системою та цілим тілом: рот – ротова порожнина – м'язи – гігієна – первинні функції – естетика. Соціальна структура – прийняття – обличчя – ідентичність.

О.Я. Андрійчук, Т.Є. Цюпак, Н.Б. Грейда

Базові знання у професійній підготовці фізичних терапевтів, ерготерапевтів

Східноєвропейський національний університет імені Лесі України

Будь-яка сфера людської діяльності вимагає професійного, компетентного підходу до вирішення поставлених завдань. Особливо, актуальним постає питання професійної підготовки фахівців в галузі охорони здоров'я. Адже, від їх знань та вмінь залежить не лише здоров'я пацієнтів, а й якість та тривалість їхнього життя.

Фундаментальною основою професійних знань та вмінь є базові знання, які студенти отримують під час перших років навчання та усвідомлено переоцінюють протягом наступних років та під час безпосередньої роботи за спеціальністю. У зв'язку з цим, ми приділяємо великої уваги технології формування професійних компетентностей майбутніх фахівців з фізичної терапії та ерготерапії, ключовим моментом якої є засвоєння базових знань.

Згідно з визначенням поданим у Академічному тлумачному словнику української мови, «компетентний» - який має достатні знання, добре обізнаний в певній галузі.

Для успішної реалізації технології формування професійних компетентностей та становлення конкурентно спроможного фахівця, який якісно буде виконувати свої посадові обов'язки, навчальний процес повинен бути побудований з дотриманням певних принципів, основними з яких є: принцип системності знань; принцип

фундаменталізації базових знань; принцип розвитку мотивації до самовдосконалення власної бази знань; принцип гуманного використання набутих знань.

Принцип системності знань передбачає перетворення первісно отриманих даних в систему знань. При цьому змістовно-логічні зв'язки між знаннями, отриманими з різних дисциплін перетворюються в системно-інваріативні. Таке переосмислення, перебудова власної бази знань сприяє формуванню у студентів системи базових та професійних знань.

Принцип фундаменталізації базових знань реалізується організацією розумової діяльності студентів, їх вмінням аналізувати, узагальнювати, порівнювати, співставляти, групувати і т. п. отриманні дані.

Принцип розвитку мотивації до пізнавальної діяльності, до самостійного пошуку та засвоєння знань відповідає сучасним напрямкам трансформації системи охорони здоров'я, згідно з якою впроваджується система безперервного професійного розвитку фахівців

Принцип гуманного використання набутих знань базується на повазі до людської особистості, людяності, емпатії.

Таким чином, розвиток професійних компетентностей у фаховій підготовці фізичних терапевтів, ерготерапевтів відбувається на основі формування системи базових знань, технологія реалізації якої базується на дотриманні певних принципів.

М.Г. Аравіцька

Ефективність кінезіологічного тейпування в програмі фізичної терапії хворих після тотального ендопротезування колінного суглоба

ДВНЗ «Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника»

У структурі дегенеративно-дистрофічних захворювань суглобів одна третина припадає на колінний суглоб і досягає 33,3% випадків, причому у кожного третього хворого уражені обидва колінних суглоба. Частота гонартрозу (ГА) збільшується з віком і зустрічається у 10 - 14,3% осіб старше 45-50 років, а у людей старше 60 років вже більш ніж в 80% випадків. ГА призводить до істотного зниження працездатності і до інвалідності людей працездатного віку у 10-21% спостережень. Значне зниження якості життя інвалідів обумовлено больовим синдромом, обмеженням свободи пересування і втратою функціональної активності, а часом і здатності самообслуговування. Соціальна значущість ОА визначається зростанням пов'язаної з ним непрацездатності та інвалідності, особливо в старших вікових групах, а також різким зниженням якості життя при цьому захворюванні.

Матеріали і методи. Обстежено 25 пацієнтів з діагнозом «Остеоартроз колінного суглоба. Стан після тотального ендопротезування колінного суглоба», які розпочали поліклінічний етап реабілітації. Основну групу (ОГ) склали 14 осіб, які проходили реабілітацію із використанням класичного масажу, кінезітерапії, преформованих фізичних факторів. Контрольну групу (КГ) склали 11 осіб, які проходили розроблену програму фізичної терапії із додатковим використанням кінезіологічного тейпування (КТ). Застосувались наступні техніки КТ: лімфотейпінг колінного суглоба; корекційний тейпінг колінного суглоба; м'язова корекція чотирьохголового м'яза стегна, м'язів попереку, сідниці; послаблюючі техніки локальних болючих точок стегна.

Результати. З урахуванням наявної клініки вирішувались наступні завдання: усунення больового синдрому; ліквідація контрактури суглоба; усунення параартикулярних набряку м'язів тканин; відновлення стереотипу ходьби; адаптація до побутових навантажень; відновлення тону і зміцнення м'язів оперованої кінцівки.

Оцінку ефективності реабілітаційного курсу лікування проводили в динаміці впродовж місяця. Визначено, що застосування КТ спричиняло статистично значуще у порівнянні із КГ прискорення нівелювання та зниження інтенсивності больового синдрому за візуальною аналоговою шкалою болю; зменшення набряку м'язів тканин суглоба; прискорення функціонального відновлення чотирьохголового м'яза стегна; покращення функції пересування.

Висновок. Питання оптимізації ведення амбулаторного реабілітаційного етапу після ендопротезування у хворих на гонартроз залишаються актуальними, в їх рамках вирішуються завдання по відновленню обсягу рухів і трофіки тканин колінного суглоба. Тому застосування нових методик, які сприяють пришвидшенню відновлення стану здоров'я хворих та покращенню їх якості життя, одним з яких є кінезіологічне тейпування, є актуальним питанням фізичної терапії.