

СЕКЦІЯ 3

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ПСИХОЛОГО-ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ ФІЗИЧНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ У ПЕРІОД ОДУЖАННЯ ПРИ ЗАХВОРЮВАННІ ЧЕРЕВНИЙ ТИФ

С. М. Березін,

студент групи ФР-21,

Відкритий Міжнародний Університет розвитку людини «Україна»,

факультет соціальних технологій, спеціальність: фізична реабілітація

Викладач: В. О. Любенко, кандидат медичних наук

Питання реабілітації інфекційних хворих активно зростає в останні роки. Цікавість до них зрозуміло. В останні роки в Україні на Закарпатті були масові випадки захворювань черевним тифом, тому на фізичну реабілітацію повинно звертатися багато уваги. Встановлено що кожний другий випадок (46%) і кожний третій (24%) непрацездатності в країні зв'язані з інфекційними захворюваннями, де значна частина з них є хвороба черевний тиф. Також після перенесення цієї інфекції може з'явитися ускладнення, лікування котрих є дуже велика проблема, тому становиться зрозуміло чому повинно бути особливе ставлення до ф. р.

Черевний тиф — це гостре інфекційне захворювання з фекально-оральним механізмом передачі, котрі визвані сальмонелами та східних по клінічним проявом. Черевний тиф має єдине джерело захворювання є хвора людина чи бактекріоносій. Зараження діє аліментарним шляхом. Збудник при ковтанні їжі попадає у тонку кішку та розмножується там, виділяє ендотоксин. Потім сальмонела попадає у слизову оболонку. Черевний тиф характеризується

лихоманкою, інтоксикацією, ентеритом, та своєобразним ураженням лімфатичного апарату. Це захворювання відноситься до кишкових антропонозів. Найбільш важкі з них це кишкові кровотечі, та перфорація кишкових язв. Це класичне циклічне захворювання, і зміни в кишковому тракті вкладається у 5 стадій, чи періодів: мозковидне набухання, некроз, утворення язв, чистих язв так заживлення. Кожна стадія триває неділю.

Лікування інфекційного хворого повинно бути комплексним та повинне ґрунтуватися на аналізі стану хворого. Терапевтичні заходи проходять по такій схемі:

- Дія на збудника (антибіотикотерапія, хіміотерапія, імунотерапія);
- Нейтралізація токсинів;
- Відновлення порушених життєво важливих функцій організму (вентиляція легень, гемодіаліз, кровозаміщення, інфузійна терапія);
- Відновлення нормальних параметрів гомеостазу організму (корекція гіповолемії, ацидозу, серцево-судинної та бронхологічної недостатності). Покращення та підвищення фізіологічної сопроотивляємості (реактивності) організму (імуно-, гормоно-, вакцино-, протеїнотерапії та інші);
- Гіпосенсибілізуюча терапія (кортикостероїдні, десенсибілізуючі засоби);
- Симптомотерапія (обезболюючі засоби та транквілізатори);
- Руховий режим у стаціонарних умовах);
- Засоби фізичної реабілітації (ЛФК, масаж, фізіотерапія, акватерапія, та інші),

Засоби фізичної реабілітації, грають важливу роль у відновленні хворого і без них хворий не відновиться повністю, а якщо і відновиться то пройде забагато часу для цього відновлення, тому засоби фізичної реабілітації є невідъемна частина медичної реабілітації.

Терапевтична дія засобів ЛФК обусловлюється, перш за все своїм укріплюючою та нормалізуючою дією на нервову систему.

Засоби ЛФК за рахунок активізації обмінних процесів та збільшенню поступлень імпульсів з пропріорецепторів рухового апарату у кору головного мозку допомагає збільшенню тонуусу ЦНС, усиленню його трофічних дій та покращення кортикальної регуляції функції травної системи. Систематична дозована м'язове навантаження діє нормалізації коркової динаміки, що має важливе значення для відновлення функцій органів травлення.

Засоби ЛФК активізують тканевий обмін. Завдяки цьому покращується живлення тканин та органів, збільшується загальний тонус організму людини. До назначення засобів ЛФК при черевному тифі підходять дуже строго та індивідуально, особливо якщо у хворого є ускладнення.

Лікуючи хворих необхідно щадити область шлунку з великою увагою, поступово збільшуючи навантаження на м'язи черевного пресу. Разом з тим треба поступово активізувати руховий режим за рахуноквозрастаючої загального навантаження при виконанні більшості вправ, у тому числі вправ на діафрагмальне дихання та вправ м'яз черевного пресу. Засоби ЛФК застосовують з моменту нормалізації температури та покращенні самопочуття хворого.

Руховий режим хворого представляє собою:

- Суворий постільний режим, котрий триває 7 денна температурна реакція.

Задача ЛФК — боротьба з гіподинамією, та підготовка до розширенню рухової активності, поступове підвищення адаптації серцево-судинної та бронхеологічної систем до збільшення фізичних навантажень.

У вправах працюють малі та середні суглоби та м'язові групи кінцівок зі сполученням дихальних вправ. Рухи у великих суглобах виконуються в легких умовах котрі чередуються з паузами для відпочинку та вправами на релаксацію м'язів. Вправи проводять у малому темпі, дозування визначається для кожного своє.

- Постільний режим (7 сутки нормальної температури).

Задача ЛФК — попередження заперечної дії гіподинамії на організм хворого, щадне тренування ССС та бронхів. Підготувати хворого до розширеного режиму рухової активності.

Фізичні вправи виконуються лежачі — сидячі — лежачі, рухи у дистальних відділах кінцівок. Обмежене навантаження на м'язи черевного пресу. Крім ЛФК хворому треба робити масаж м'язів кінцівок, а з ранку ранкова гімнастика. Фізіотерапія: у хворих після захворювання черевним тифом можуть використовуватись гідротерапія (душ, ванни, та інші). Повітряні та сонячні ванни, загальне УФО. Також використовують — УВЧ, діатермія, діодинамік, солюкс, токи. Дарсонваль, мінусові іонізація видихаючи повітря, електросон, електростимуляція нервово-м'язового апарату. В останні роки широко розробляється дія на біологічні активні точки шкіри в реабілітаційній практиці.

Психотерапевтичні засоби та методи: проведення психопрофілактичних бесід з рековалезцентами. Використовуються аутогенні тренування, музикотерапія). Всі ці засоби ф. р. Проводять починаючи з суворо постільного режиму закінчуючи останнім.

- Вільний режим (на 12-ті сутки нормальної температури).

Задача ЛФК — адаптація систем та органів хворого до зростаючої фізичній нарузці, підготовка хворого до виписки з стаціонару і початок працевої діяльності.

Фізичні вправи виконуються лежачі — сидячі — стоячи (у залі ЛФК). У заняттях включаються вправи для великих м'язових груп, передуючі з дихальними вправами, рухи з підтяганням та дозуванням сопроотивляемості. Показанні вправи біля гімнастичній стінці, продовжується масаж котрий направлений на укріплення м'язів. Також продовжується фізіотерапія та психотерапія. У фізіотерапії чередують деякі препарати, в загалі всього 15 сеансів кожного.

Коли вже хворий перейде на поліклінічне лікування, воно найбільш зручним є заняття ранковою гігієнічною гімнастикою (РГГ), також бажано приймати водні процедури. З видів ЛФК в цьому періоді показанні щоденні прогулянки, їзда на велосипеді, працетерапія).

Фізична реабілітація грає важливу роль у повному відновленні хворого, для повного відновлення хворому треба пройти курс повної фізичної реабілітації Черевний тиф одне з тих захворювань до якого треба ставитись з увагою, та обережністю. Дуже важливе для відновлення є заняття ЛФК, це заняття покращують самопочуття хворого допомагають скорішому одужанню його. Головна мета фізичного реабілітолога відновити хворого і залучення його до здорового способу життя.

КЛІНІКО-ФІЗІОЛОГІЧНЕ ОБГРУНТУВАННЯ ДЛЯ ЗАСТОСУВАННЯ ФІЗИЧНОЇ ПІДГОТОВКИ У ВАГІТНИХ ЖІНОК

В. Д. Ананіч, В. В. Ткачук,

ВМУРоЛ «Україна», факультет соціальних технологій

IV курс, група ФР-21, спеціальність «Фізична реабілітація»

Науковий керівник: В. М. Манжуловський, к. м. н., доцент.

Відомо, що пологи супроводжуються значними фізичними зусиллями у роділль. Тому очевидно, що вагітна жінка повинна бути підготовлена до пологів фізично.

У зв'язку з вищезазначеним вітчизняні лікарі-акушери впровадили в практику метод фізичної підготовки вагітних жінок до пологів.

Під час вагітності між організмами матері і плода встановлюються тісні взаємозв'язки-зміни у стані матері викликають зміни у стані внутрішньоутробного плоду.

З'ясувалося, що у вагітних, в яких виявлена анемія, вади серця, нефропатія вагітних (підвищений артеріальний тиск, набряки на нижніх кінцівках, білок у сечі вагітної) показання перинтальної смертності новонароджених значно вищі, ніж у вагітних без вищевказаних захворювань.

Перинатальна смертність — це кількість дітей на 1000 новонароджених, які вмерли у терміни вагітності, починаючи з 22-х тижнів до 7-ми днів життя.

Україна серед 46-ти країн Європейського регіону ВООЗ знаходиться на 36-му місці по показникам перинатальної смертності новонароджених.

Так, якщо у країнах Скандинавії (Норвегія, Швеція, Фінляндія), у Франції, Німеччині вмирає лише 5–6 дітей на 1000 новонароджених, то в Україні цей показник складає 12,6 дітей на 1000, тобто у 2,5 разів більше.

Серед причин перинатальної смертності новонароджених на першому місці знаходиться внутрішньо-маткова гіпоксія плода і гіпоксія новонародженого.

При анемії вагітних, при вадах серця, при гіпертонічній хворобі, нефропатіях виявляється гіпоксія у матері як під час вагітності, так і під час пологів із слабкістю організму роділль.

Наявність гіпоксії у матері призводить до виникнення гіпоксії у плода і до високих показників перинатальної смертності дітей.

Стає цілком очевидним, що з метою зменшення показників перинатальної смертності новонароджених необхідно попереджувати виникнення гіпоксії у матері.

Застосування фізкультури у вагітних у вигляді комплексу фізичних вправ є тим засобом, який сприяє зменшенню гіпоксії у матері.

З'ясувалося, що стан новонароджених і показники перинатальної смертності дітей, які народилися від матерів, яким проводилася фізична підготовка під час вагітності були кращі ніж у дітей, матерям яких таку підготовку під час вагітності не проводили.

**ПРОІНФОРМОВАНІСТЬ
ФІЗИЧНОГО НАВАНТАЖЕННЯ
(ВІДЖИМАННЯ ВІД ПІДЛОГИ В УПОРІ ЛЕЖАЧИ)
В ЕКСПРЕС-ОЦІНЦІ РІВНЯ ФІЗИЧНОГО ЗДОРОВ'Я
ОСІБ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЇ
НИЖНІХ КІНЦІВОК**

*В. Д. Ананіч, О. А. Костенко,
ВМУРоЛ «Україна», факультет соціальних технологій,
кафедра реабілітації
Виконали: ст. III–IV курсу,
Науковий керівник: к. мед. н. М. Ф. Хорошуна*

Необхідною умовою цілеспрямованого впливу на здоров'я людей різного віку, статі і фізичного стану є отримання кількісної інформації про функціональні резерви організму, які складають основу їх здоров'я. До методів оцінки функціональних резервів індивіда відносять функціональні проби з використанням у них різних навантажень, а також скрінінг-методи. Незважаючи на великий арсенал останніх, які набули широкого використання у проведенні диспансерного обстеження населення не всі вони можуть бути застосовані при оцінці рівня здоров'я людей з вадами ОРА. Так, існуючий експрес-скрінінг кількісної оцінки рівня фізичного здоров'я (РФЗ) за резервами біоенергетики, незважаючи на його інформативність, простоту та доступність, як виняток, не може в повній мірі використовуватись при тестуванні даної категорії людей. Так, індивідам з порушеннями функцій нижніх кінцівок (хворі зі спастичною параплегією, ампутанти тощо) не можна проводити функціональну пробу Мартіне (20 присідань за 30 а), яка є однією із складових показників у визначенні РЗФ за методом Г. Л. Апанасенка.

Тому пошуки оптимального варіанту заміни одного фізичного навантаження (функціональної проби) на еквівалентне йому інше дозоване навантаження, яке могли б виконувати інваліди даної нозології і визначено актуальність і необхідність роботи в цьому напрямку.

Завданням нашого дослідження була заміна проби з 20 присіданнями за 30 с на еквівалентні їй (за пульсовою вартістю роботи)

тестові рухи, пов'язані з віджиманням від підлоги з фіксованими на медичній кушетці ногами чи тазом (висота кушетки відповідає довжині рук іспитуємого).

Пульсова вартість роботи визначалася за реєстрацією сумарної ЧСС за весь період виконання навантаження пульсова сума за час роботи 30 с + пульсовий борг. Пульсовий борг, в свою чергу, розраховувався шляхом знаходження різниці між пульсовою сумою періоду відновлення (протягом 3 хвилин) та вихідним пульсом. Реєстрація ЧСС здійснювалася за допомогою одноканального електрокардіографа «ЕК1Т-04» зі зміненою конструкцією стрічкопротяжного механізму (раціональна пропозиція М. Ф. Хорошуха №96 МОЗ УРСР від 19.06.1989 р.) швидкість протяжки стрічки становила 5 мм на с

У результаті проведених досліджень, в яких брали участь здорові (без порушення функцій ОРА) студенти ($n = 30$) встановлено: пульсова вартість одного присідання в умовах виконання тесту Мартіне дорівнювала приблизно 13,5 уд., пульсова вартість одного віджимання від підлоги, відповідно = 27.7 уд., тобто була у двічі більше ніж перша.

Вище висвітлене вказує на те, що еквівалентною пробі з 20 присіданнями за 30 с є проба з 10 віджиманнями від підлоги, які здійснюються в темпі — 1 віджимання за 3 с. (загальний час роботи — 30 с). Обстеження може бути використане для кількісної оцінки РФЗ осіб з фізичними вадами за скрінінг-методом.

ФІЗИЧНА АКТИВНІСТЬ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ, ЇЇ ВПЛИВ НА ПРОЦЕС ПОЛОГІВ ТА НА СТАН НЕМОВЛЯТИ

В. Д. Ананіч,

Університет «Україна»

Факультет соціальних технологій, III курс, група ФР-21,

Спеціальність «Фізична реабілітація»

Науковий керівник к. м. н., доцент В. М. Манжуловський

Лікувальна фізична культура знайшла широке застосування в акушерстві та педіатрії. Проте особливості жіночого організму при вагітності потребують спеціального підходу при підборі комплексу фізичних чинників.

Вагітність здорової жінки триває 280 днів. Фізіологічна вагітність може тривати від 250–260 до 300 днів в залежності від індивідуальних особливостей. Прийнято виділяти 3 триместри вагітності: з моменту запліднення до 13 тижнів, з 14-ого по 27-ий тиждень, з 28-ого тижня до народження дитини.

З моменту запліднення яйцеклітини і впровадження її в слизову оболонку матки в організмі жінки наступають значні зміни в різних системах: ССС, дихальної, нервової, гормональної, травної і в ОРА.

Заняття фізичними вправами, масаж і фізіотерапія показані всім жінкам без ускладнень вагітності. Позитивний вплив ФВ на протікання вагітності, пологів і в післяпологовому періоді загально признано.

Нашим завданням є покращити загальний обмін речовин, укріпити м'язи черевного пресу, спини, тазового дна, нижніх кінцівок, збереження рухливості тазостегнових суглобів, навчання вагітної правильному диханню і мимовільному розслабленню м'язів, покращити роботу всіх систем організму, активізувати кровообіг і протидіяти застійним явищам в малому тазу та нижніх кінцівках, зняти больовий синдром, забезпечити достатній насиченості артеріальної крові і плоду киснем, психомоторна підготовка вагітної до народження, прискорення відновлення після пологів.

Під час занять з вагітними можна використовувати всі засоби ЛФК: фізичні вправи (гімнастичні, спортивно-прикладні, ігри), аутогенне тренування, масаж (загальний, сегментарний, точковий, самомасаж та ін); елементи загартування (у нашому випадку застосовувалась сауна), застосування природних факторів (аквааеробіка та заняття на свіжому повітрі); регламентація режиму дня та харчування.

При написанні даної роботи (у дослідженні брали участь 10 вагітних жінок) застосовувались такі форми: гімнастичні вправи, дихальні вправи, заняття на фітболлах, елементи йоги та вправи на редаксацію — в залі, на повітрі; загальнорозвиваючі та зміцнюючі вправи в басейні, ниряння, вправи на затримку дихання, вільне плавання, ігри; загартування в сауні з аромомаслами; розслаблюючий масаж.

Заняття мають таку структуру: підготовчої (загально-розвиваючі вправи, суглобова гімнастика з поступово зростаючою амплітудою рухів), основної та заключної частин (дихальні вправи, стречінг та релаксація).

Дозування підбираються з урахуванням строку вагітності та загального стану вагітної. Частота занять — 3 рази на тиждень. Тривалість занять поступово зростає від 20 до 60 хв. І за власно розробленою методикою навантаження не скорочуємо у 3 триместрі, а зберігаємо набраний до 30 тижня рівень до самих пологів: за моїми спостереженнями можна зробити висновок, що заданий темп занять позитивно впливає на процес пологів і загальний стан немовляти.

Переваги віддаємо груповим заняттям. Група складається з 4 чоловік, з приблизно одним строком вагітності. Такі заняття більш емоційні, в них можна використовувати ігри. Доцільно використовувати в заняттях музичний супровід. Використовують вправи з предметами і без них. Вихідні положення для фізичних вправ повинні бути найрізноманітніші: стоячи, сидячи, навколішки, навкарачки, лежачі...

Заняття рекомендовано починати не пізніше 34 тиж. Перед і після занять проводили лікарський контроль — вимірювали пульс, частоту дихання і АТ, а також на кожному занятті проводились функціональні проби: динамометрія, спірометрія, затримка дихання на вдиху і видиху, проба з 10 присіданнями-повернення пульсу до норми, максимальна кількість присідань, сила черевного пресу (таблиця 1. Деяким чином базується на Критеріях за Поплавським).

Крім того, слід приділяти увагу не тільки протіканню вагітності, а й ретельній підготовці до пологів, ми робимо різноманітні вправи на зміцнення черевного пресу — природного бандажу, тазового дна та розвиваємо еластичність промежини (а також дамо домашнє завдання з самомасажем промежини для профілактики розриву), вивчаємо техніку дихання при пологах.

Під час пологів теж слід використовувати фізичні вправи для стимулювання пологової діяльності, для профілактики ранньої нервово-м'язової втоми та зменшення больових відчуттів. А в післяпологовий період навантаження просто необхідні для відновлення нормального функціонування всіх органів та систем, прискорення скорочень матки, а також сприяють покращенню лактації. Для досягнення повноцінної працездатності організму необхідне тренування протягом 2–3 місяців.

Були проведені також спостереження за немовлятами наших 10 підслідних та проведене опитування 10 жінок, що не мали фізичної активності під час вагітності.

Безумовно, в період вагітності, пологів і в післяпологовий період вплив фізичних навантажень дозволяє досягати оптимального режиму функціонування основних систем організму в умовах, що змінилися. Завдяки використанню фізичних вправ можна успішно протидіяти ряду небажаних ускладнень вагітності та пологів (варикозне розширення вен, плоскостопість, слабкість черевного пресу, розтяжки тощо) і сприяє покращенню лактації.

Таблиця 1

Показники	Група вагітних										
	Лариса Олей	Аргощен- ко Оля	Теллова Женя	Моторная Олеся	Потапіа Марина	Декало Лена	Ночевая Оля	Ращенко Олеся	Ксенія Иванова	Зйцева Ія	
Вага вагітної, кг	75	67	60	60	70	72	62	85	55	68	
Строк вагітності при початку заняття, тиж	25	25	32	24	18	20	19	32	22	21	
Вік	29	22	24	22	25	21	27	28	26	26	
Сила правої кисті, кг	22	20	20	18	20	30	24	33	17	28	
Лівої	24	20	22	20	23	28	25	34	17	25	
ЖЕЛ, мл	22	30	29	32	36	40	36	30	27	30	
Сила черевного пресу, разів	30+	30+	30+	30+	30+	30+	30+	20+	30+	20+	
Максимальна кіль- кість присідань	20+	20+	20+	20+	20+	20+	20+	20+	20+	20+	
АТ	120/ 70	110/ 60	110/ 70	120/ 70	110/ 70	110/ 70	120/ 70	120/ 70	110/ 70	120/ 70	
Результати функціо- нальної проби:											
10 присідань: частота пульсу, %	10	40	18	20	12	14	18	28	20	30	
Час повернення ЧСС до вихідного, хв.	2	2,5	2	2	2	2	2	2	2,5	2,5	
Тривалість, затримки дихання, на – вдишу, сек	30	85	70	90	90	80	60	50	35	40	
– видиху	20	30	45	50	45	50	30	25	20	25	
Оцінка немовлят в ба- лах	8/8	9/9	8/8	9/9	9/9	7/8	8/8	8/8	8/9	9/9	

ГІПОКІНЕЗІЯ, ЯК ОДИН ІЗ ФАКТОРІВ ЗНИЖЕННЯ ФІЗИЧНОЇ ПРАЦЕЗДАТНОСТІ ЛЮДЕЙ ТА ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ПРИ ЦЬОМУ

В. Бакіна

*Київська філія університету «Україна», факультет соціальних техно-
логій, I курс, спеціальність «Фізична реабілітація»
Науковий керівник — к.б.н., доцент Г. А. Осипенко*

Актуальність.

Згідно даних ВООЗ протягом останніх років кількість людей, які активно та регулярно займаються фізичними вправами в розвинутих країнах (США, Франція, Німеччина та Швеція) складає 60%, у Фінляндії — 70%, а в Росії та Україні — лише 6% [2]. Це свідчить про те, що в Україні більшість людей, особливо міського населення, ведуть малорухливий спосіб життя. Тому проблема гіпокінезії — недостатня рухливість і фізична реабілітація є досить актуальною при цьому.

Мета даної роботи: характеристика метаболічних та функціональних змін в організмі людини при гіпокінезії та методів фізичної реабілітації при цьому.

Задачі роботи були такі:

1. Аналіз та узагальнення даних літератури з метою виявлення поширеності стану гіпоксії серед населення України та метаболічних змін, які впливають на фізичну працездатність та стан здоров'я людини.

2. Виявити основні засоби фізичної реабілітації, що найбільше покращують стан людей з ознаками гіпокінезії.

Результати та їх обговорення.

Аналіз даних літератури [1–4] свідчить про те, що причинами гіпокінезії можуть бути: науково-технічний прогрес у виробництві, професійна діяльність, вимушений постільний режим, а також індивідуальний стиль життя. Відомо [3], що за умов нерухомості протягом одного місяця гине біля 40% тварин, а мінімальної фізичної активності — 20%. Це свідчить про те, що гіпокінезія є серйозним фактором загрози для життя людини.

Біохімічні дослідження показали, що при недостатній рухливості знижуються енерговитрати, уповільнюється розпад та утворення високоенергетичних сполук (АТФ, Креатинфосфату) в м'язях

та інших тканинах. Це супроводжується зниженням інтенсивності процесів газообміну, легеневої вентиляції, а також порушенням транспорту мінералів, зокрема іонів Ca^{2+} , який регулює збудження та скорочення скелетних м'язів та міокарду. Крім того, через порушення енергетичного обміну зменшується біосинтез білка, що проявляється зменшенням маси та об'єму скелетних м'язів міокарду, спостерігаються дистрофічні зміни в них. Такі метаболічні зміни приводять до змін функції м'язів та втрати фізичної працездатності.

Відновлення організму при гіпокінетичних станах можливе при використанні різних методів фізичної реабілітації: в першу чергу шляхом використання оздоровчої фізичної культури в різних її формах. Це гімнастичні вправи перед початком робочого дня, протягом нього та після роботи. У цілому об'єм рухової активності повинен бути не менше 45–60 хвилин щоденно. Ефективні силові вправи з використанням гантель, еспандера. Крім того повинні бути вправи на витривалість — аеробні, які підвищують киснево-транспортні та енергетичні можливості організму.

Наряду з оздоровчою фізичною культурою, поліпшення рухової активності можна досягти використанням різних форм масажу, самомасажу, гідромасажу. Велику увагу потрібно звернути на раціональність харчування та використання адаптогенів нтуральних біостимуляторів метаболізму.

Висновки:

У наш час гіпокінезія досить поширена в Україні.

Важливим аспектом оздоровлення людей є пропаганда здорового способу життя, залучення молоді до занять фізичною культурою та спортом, а для лежачих хворих забезпечити різні методи фізичної реабілітації, які поліпшують м'язову діяльність.

Література

1. Мак-Комас А. Дж. «Скелетні м'язи». — Київ, 2001. — С. 170–226.
2. Мурза В. П. «Психолого-фізична реабілітація». — К.: «Олан», 2005. — С. 547–549.
3. Новіков В. С. «Не забувайте про ваші м'язи». — М., 1996. — С. 25–34.
4. Семенова Н. А. «Мій шлях до здоров'я». — Ростов-на-Дону, 1989. — С. 51–63.

КУМИСОТЕРАПІЯ В КУРОРТНІЙ ПРАКТИЦІ

С. М. Березін, студент групи ФР-21

*Відкритий Міжнародний Університет розвитку людини «Україна»,
факультет: соціальних технологій, спеціальність: фізична реабілітація
Науковий керівник: старший викладач В. П. Федоровська*

У минулому столітті, цим питанням багато займалось вчених, дослідників, лікарів: Ф. И. Іноземцев, С. П. Боткін і Ф. Г. Барель Проф. Ф. И. Іноземцеві і його учні, використовуючи молоко при лікуванні деяких захворювань, у ряді випадків одержували гарні результати після того, як були безуспішно випробувані інші лікувальні засоби. У 1865 р. лікар Ф. Я. Карелль запропонував свій метод лікування молочною дієтою при хворобах серця, з деякими змінами дієту Карелля рекомендують і тепер багатьом хворим.

У цей час молоко широко використовують у лікувальному харчуванні, але, на жаль, деякі хворі погано переносять свіже молоко, в інших воно викликає почуття відрази. Щоб уникнути цього, іноді дають хворим молоко не в чистому виді, а разом з кавою, какао тощо.

С. П. Боткін запропонував змішувати молоко з водою, насиченою вуглекислою, щоб зробити його смачнішим й щоб воно краще перетравлювалося в шлунку. Таке газоване молоко Боткін застосовував при лікуванні захворювань серцево-судинної системи.

У 1890 р. проф. Ф. И. Пастернацький одержував газоване молоко, змішуючи молоко з мінеральною водою — нарзаном. Численні спостереження над дією того молока при ряді захворювань, що супроводжуються занепадом харчування, і особливо при хворобах серця, нирок, печінки й при подагрі підтвердили, що газованому молоку належить видатне місце серед інших поживних і лікувальних засобів. У багатьох випадках ще більш активним виявився кумис — газований кисломолочний напій, у якому нагромадження вуглекислоти відбувається внаслідок розмноження в молоці дріжджів.

Кумис із кобилячого молока готують і п'ють із незапам'ятних часів. У давній давнині на неосяжних степових просторах України жили племена, для яких кобила служила не тільки засобом пересування, але й давала шкіри для утеплення житла, для виготовлення одягу, взуття й інших предметів побуту, а також молоко й м'ясо для харчування. Багато лікарів пропанували кумис як одне з найбільш діючих у той час засобів для лікування туберкульозу.

Коли лікарі тільки почали застосовувати кумисолікування, його лікувальний ефект пояснювали в основному тим, що організм одержує велику кількість поживних речовин. Однак вже до кінця минулого століття стало зрозумілим, що це лише допоміжна роль, тому що калорійність кумису порівняно невелика. У цей час, більшість лікарів, що застосовують лікування кумисом, вважають, що він цінний як харчовий продукт, і як засіб, лікування.

У цей час за назвою «кумис із коров'ячого молока» по однієї й тій же рецептурі виробляють кілька варіантів шипучого кисломолочпо-дрожжевого напою, кумис на стандартній заквасці з болгарською паличкою, ацидофільний кумис, кумис на змішаній заквасці, у якій поряд з молочнокислими паличками болгарськ або ацидофільної входять і молочнокислі палочки стрептококи, а також кумис на заквасці без молочнокислих» паличок, у бактеріальний склад якої входять молочнокислий і вершковий стрептококи. Всі ці напої називаються»кумис»тому, що вони мають однаковий хімічний склад, який задовольняє вимоги стандарту по змісту основних його інгредієнтів-білків, вуглеводів, води, мінеральних, солей й особливого спирту, молочної кислоти та вуглекислого газу, наявність яких визначає характерну рису напою-зовнішній вигляд, смаки запах, що властиво кумису.

Однак зі зміною бактеріального складу закваски змінюються й деякі властивості напою, зокрема його антибіотична активність, а також смакові якості технологічний режим його виготовлення.

Наявність вершкового стрептокока в складі закваски обумовлює в напої приємний аромат. Таким чином, хоча різновид кумису мають стандартний хімічнийсклад, але все-таки вони відрізняються між собою по ряду властивостей. Тому доцільно дати цим напоям різні назви. За напоєм зі стандартною закваскою (з болгарською паличкою) залишити назву»кумис із коров'ячого молока», напій, приготований на заквасці з цидофільною паличкою, називати «ацидофільний кумис», а напоям, до складу яких входять молочнокислі й вершкові стрептококи, дати назву «кумисок»

З одним літром кобилячого кумису організм одержує біля 20 г білка, тобто приблизно стільки ж, скільки його міститься у 100 г яловичини.

Ще більше білка близько 27 г міститься у літр ікоров'ячого кумису. Таке доповнення безумовного має істотне значення. Адже відомо,

що білки служать матеріалом, з якого будуються клітини й тканини, які необхідні для існування кожного організму, кожної живої клітки. Білки кумису перевершують білки молока, які, потрапивши в шлунок, спочатку під впливом шлункового соку творять досить щільний згусток. Так само, як молоко, кумис містить порівняно велику кількість «солей кальцію». У хворих туберкульозом солі кальцію сприяють загоєнню туберкульозних вогнищ. Кумис містить найважливіші з вітамінів групи В₆ (тіамін), В₂ (рибофлавін), РР (нікотинакислота), біотин, параамінобензойна кислота й інші. Всі ці вітаміни із для нормально і життєдіяльності організму. Деякі лікарські речовини, наприклад фти-вазид, є антагоністами вітаміну В₆. Це означає, що при тривалому застосуванні фтивазида, що широко використовують при лікуванні хворих туберкульозом, в організмі може розвинути недостатність вітаміну В₆, що веде до відсутності апетиту й головних болів, хворому важко ходити, у нього можуть спостерігатися судороги литкових м'язів й інші прояви вітамінної недостатності. Щоб попередити ці хворобливі явища, пов'язані з недоліками вітаміна (В₆) при лікуванні туберкульозу треба обов'язково вживати коров'ячий кумис.

Таким чином, кумис корисний при багатьох захворюваннях, розвитку яких сприяє недоліковані організмом вітамінів, що ставляться до групи В. Цих вітамінів більше у коров'ячому молоці.

Важко оцінити, який із двох видів кумису: кобилячий або коров'ячий кумис більше по вітамінному складу, кожний з них має свої особливості і той і інший корисні як напої, що містять різні вітаміни. При виготовленні коров'ячого кумису зі знежиреного молока в ньому значно зменшується зміст жиру-розчинних вітамінів А та Е.

По сольовому складу, коров'яче молоко більше майже в двічі, головним чином за рахунок більше високого змісту солей фосфору, які входять до складу кожної клітки й необхідні для нормальної життєдіяльності організму.

Крім того, у кобилячому як і в коров'ячому кумисі втримується багато різних мікроелементів: мідь, кобальт, марганець, цинк, фтор, бром, йод, миш'як, кремній, бор, ванадій, титан та інші.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

М. Волошина, НТУУ «КПИ», кафедра физической реабилитации.

Руководители: Ж. Ф. Станишевская, канд. мед. наук, Ю. А. Попадюха, канд. техн. наук.

Остеохондроз — самое распространенное заболевание опорно-двигательного аппарата (ОДА), поражающее людей всех возрастов. Это заболевание хрящевидных поверхностей костей ОДА, в основном, позвоночника. Остеохондрозом позвоночника страдает 75...95% населения Украины. Заболевания периферической нервной системы в 75...80% случаях связаны с остеохондрозом. Его проявления обнаруживают и у детей 10...15-летнего возраста. Наиболее распространена боль в области поясницы (60...90% всех случаев заболевания позвоночника), из них 5% людей страдают ежегодно. Женщины и мужчины болеют одинаково с пиком частоты болевых ощущений в возрасте 35...40 лет. Возникают вопросы: как восстановить и укрепить позвоночник, какие использовать методы и средства для профилактики остеохондроза, как заставить позвоночные структуры работать в более здоровом режиме, как включить возможности самовосстановления, заложенные в человеческом организме?

В работе рассмотрено использование современных методов и технических средств (ДЭНС-терапии, ИВТ-терапии, вытяжения и др.) в профилактике и лечении остеохондроза позвоночника. В процессе исследований влияния аппаратов ДЭНС- и ИВТ-терапии на организм человека использовались эмпирические (на базе изучения литературных Источников, передового опыта работы в лечении и реабилитации), медико-физиологические методы. Рассмотрены важнейшие функции позвоночника — несущая, амортизационная, двигательная, опорная, защитная и терморегуляторная. Остеохондроз позвоночника характеризуется дегенеративно-дистрофическим поражением межпозвонковых дисков (МПД), в основе которого лежит первоначальная дегенерация пульпозного ядра диска с последующим развитием реактивных изменений в телах смежных позвонков, межпозвонковых суставов и связочном аппарате. Длительные или периодически возникающие боли — следствие остеохондроза, а его симптомы — радикулит, люмбаго, ишиас, корешковый синдром.

Лечению движением принадлежит ведущая роль в реабилитации больных с нарушениями движения. Существуют различные методики

применения ЛФК при лечении осложненной остеохондроза, но требования для всех этих методик общие — правильный подбор упражнений с регулярным и длительным их использованием в зависимости от стадии заболевания и его клинических проявлений. Для лечения остеохондроза позвоночника применяют аппарат компьютерного вытяжения TRAComputer и диатермический прибор для глубокого прогрева и релаксации во время вытяжения. К современным методам для немедикаментозного лечения остеохондроза относятся информационно-волновая терапия (ИВТ) (аппарат «ИВТ-Порог») и динамическая электронейростимуляция (ДЭНС-терапия) — аппараты типа «ДЭНАС», «Евро-ДЭНАС», «ДиаДЭНС-Т» и «ДиаДЭНС-ДТ». ИВТ при остеохондрозе используют для снятия болевых синдромов, восстановления функций конечностей, периферической и ЦНС. Оптимальный эффект достигается при сочетании ИВТ с мануальной терапией. Это позволяет сократить сроки лечения по сравнению с традиционными методами не менее чем в 3 раза.

Применение аппаратов ДЭНС-терапии показано на любой стадии заболеваний, при патологически измененных функциях организма и нарушениях адаптационных процессов: нервной системы (различные заболевания позвоночника со вторичными расстройствами нервной деятельности, нарушениями статики и динамики позвоночника; радикулиты); костно-мышечной системы и ОДА (миозиты, артриты, артрозы, остеохондроз, деформация позвоночника, ушибы мягких тканей, переломы); болевые синдромы различной этиологии; в травматологии — ортопедии в качестве одного из основных средств в реабилитации больных с травмами и заболеваниями ОДА; в спортивной медицине в качестве основного средства при лечении спортивного травматизма и профилактики инвалидности.

ВИКОРИСТАННЯ СТРЕТЧІНГУ ПРИ ВАДАХ ПОСТАВИ

*О. Г. Гайова, ст. IV курсу, групи ФР-21,
Університет «Україна»*

*Факультет соціальних технологій, кафедра фізичної реабілітації
Науковий керівник: канд. пед. наук доц. Н. А. Щербакова*

Термін стретчінг походить від англ. stretching — розтягування. Таким чином, стретчінг — це система фізичних вправ, які включають розтягування різних частин тіла. Виконання вправ стретчінгу

здійснює різноплановий вплив на організм людини: розвиває м'язове відчуття, вміння визначати напруження і розслаблення в своєму тілі, заспокоюють, тонізують, покращують настрій, підготовка організму до психофізичних навантажень, попереджує явище кріпатури, розвивають фізичні якості. При розтягуванні хребтового стовпа збільшуються міжхребцеві проміжки, зменшується ущемлення нервових волокон, відновлюється циркуляція крові та лімфи, зникає біль, «закам'янілість» м'язів. Позитивний вплив стретчингу визначається двома факторами: індивідуальною метою та завданням, контекст яких може бути біологічним, психологічним, соціологічним або філософським, і засобами (методами) досягнення поставленої мети.

Розтягування впливають на всі м'язи та суглоби, збільшують еластичність зв'язок, знижується небезпека відкладання в суглобах шлаків, збільшується їх рухливість, в результаті чого покращується гнучкість. Ним можна займатися вдома самостійно, в зручний для кожного час. Вправи стретчингу включають в роботу не тільки тіло людини, а й психіку.

Стретчинг має традиційну класифікацію вправ на розтягування та додаткову систему класифікацій. До традиційної класифікації відносяться два типи вправ: динамічний (балістичний) та статичний типи. Вправи на розтягування динамічного типу пов'язані з виконанням ритмічних рухів. Для характеристики вправ цього виду використовують такі терміни як швидкі, ізотонічні або кінетичні вправи. Вправи статичного типу передбачають утримання протягом певного часу якогось положення, яке може бути повторене або ні; їх називають ізометричними, контролюючими або повільними вправами на розтягування.

В додатковій системі класифікацій розтягування поділяється на такі типи: пасивне, пасивно-активне, активне, активне з допомогою партнера або технічних засобів. Пасивне розтягування представляє собою такі рухи, котрі індивід не здатний виконати самостійно. Вони, як правило, виконуються за допомогою фахівця. Пасивно-активне розтягування спочатку виконується з допомогою, а потім пацієнт намагається утримати положення самостійно. Активне розтягування з допомогою партнера застосовується при досягненні можливої гнучкості, діапазон руху збільшує і закінчує партнер. Активне розтягування виконується за рахунок використання власних м'язів без допомоги або з допомогою партнера чи технічних засобів.

Стретчінг — це універсальний та головний засіб в проведенні процедур. Чергування навантаження і розслаблення робить стретчінг ідеальним комплексом, яким можна починати і закінчувати процедуру: як розминка, він розігріває м'язи і м'язова тканина менш піддатна розтягненням; в кінці процедури розтягування допомагає відновити пульс, який збільшується під час процедури. Його можна використовувати в ранковій та денній процедурі кінезіотерапії, в тілесно-орієнтованій психотерапії, а також в процедурах масажу та ЛФК, особливо для корекції рухових порушень, порушеннях м'язового тону. Дуже необхідний стретчінг в дитячих фізкультурних групах, в групах здоров'я для дорослих і в корекційній гімнастиці.

ПРОБЛЕМАТИКА СУСПІЛЬНОГО РОЗВИТКУ МОЛОДИХ ІНВАЛІДІВ

М. Ю. Гордіяш

Кафедра «Дизайн»

Сумський гуманітарний інститут ВНЗ ВМУРоЛ «Україна»

40021 м. Суми вул. Гамалія буд. 31, А. Тел: (0542) 21-98-62

e-mail: hordiyash Vmurolsumy@email.su

Традиційним для української культури є етичне, гуманне, милосердне та толерантне ставлення до дітей та молоді, які потребують особливої уваги внаслідок інвалідності або відхилення у розумовому чи фізичному розвитку. Проте, на жаль, в Україні історично склалося так, що ця категорія дітей та молоді залишається соціально не захищеною, і навіть певною мірою ізольованою від суспільства, а публічне обговорення проблем інвалідності — є не популярним. Перебуваючи в умовах інтернатного закладу або на вихованні сім'ї, діти-інваліди та їх сім'ї деякою мірою ізольовані від суспільства, а також позбавлені можливості вести повноцінне життя. Дуже часто ця молодь виявляється не підготовленою до життя у відкритому середовищі, яке не відповідає їхнім особливим потребам, зокрема у створенні безбар'єрної інфраструктури, забезпеченні доступу до інформації та комунікацій без перешкод. [Інвалід і суспільство: проблеми інтеграції, 1995].

Поява системи соціальних служб для молоді стимулювала створення умов для збереження інтелектуального та фізичного потенціалу молоді з особливими потребами. Головною метою цих служб є формування життєвого досвіду дітей з обмеженими психологічними

та фізичними можливостями, задоволення їх особливих потреб у спілкуванні з людьми, доступі до інформації [Іванова І. Б. Соціально-психологічні проблеми дітей — інвалідів, 2000].

Одним із головних компонентів соціальної роботи з даною категорією молоді є формування індивідуальності, її соціалізація з урахуванням потенціальних можливостей та потреб. Побудова взаємозв'язків дитини із середовищем здійснюється шляхом розширення сфери спілкування, організацією дозвілля, творчої та ігрової діяльності, допомоги у самообслуговуванні та пересуванні. З цією метою соціальні служби організовують такі організаційні форми роботи, як клуби спілкування, гуртки з декоративно-прикладної та художньої творчості, виставки та фестивалі, відвідування закладів культури, екскурсії тощо.

Практики та науковці серед головних питань у соціальній роботі визначають психологічну підтримку цієї молоді при вирішенні проблем, які загострюються і ускладнюються в юнацькі роки — період переходу до дорослого життя. Соціальна активність юнаків і дівчат, у яких встановлено інвалідність, стимулюється через суспільно корисну працю, реалізацію різноманітних соціальних проєктів. На даний час, найбільш поширені види роботи з цієї молоддю є психотренінги, психологічні консультації, спеціалізовані «Телефони довіри», «Пошта довіри», групи взаємодопомоги, служби працевлаштування для інвалідів, центри реабілітації, залучення їх до театральних-мистецьких свят, конкурсів тощо.

Важливим методом соціальної роботи, що використовують ССМ у своїй діяльності, є метод прогресивної громадянської думки, що формує позитивне суспільне ставлення до дітей та молоді даної категорії та досягається реалізацією волонтерських програм «Молодь — інвалідам», «Разом з вами», «Діти — дітям» та інших [Виховання в сім'ї дітей з особливими потребами, 1998].

Що стосується технологій волонтерської технології, слід зазначити, що з одного боку діти інваліди навчаються приймати допомогу від чужих людей, а з іншого — у процесі взаємодії з волонтером відбувається взаємообмін інформацією, думками, почуттями, поглядами. До цього процесу залучаються учні загальноосвітніх шкіл та студенти вищих навчальних закладів. У ході добровільної допомоги активізується процес спілкування, взаємообмін знаннями, інформацією, цінностями тощо. [Довідки матері особливої дитини, 1999].

Ми не повинні відгороджувати себе від проблеми молоді та дітей з особливими проблемами, адже ці молоді люди страждають від того, що всім байдуже їхнє життя, допомагаймо їм в усьому, не заради винагороди, а за покликом душі.

Література

1. Виховання в сім'ї дітей з особливими потребами.— К.: УДЦ ССМ, 1998.
2. Дитинство в Україні: права, гарантії, захист. 36. документів К.: Столиця, 1998.
3. Довідки матері особливої дитини. К.: «Ві пол» 1999.
4. Іванова І.Б. Соціально-психологічне проблеми дітей — інвалідів. К.: УІСД, 2000.
5. Інвалід і суспільство: проблеми інтеграцій. К.: «А.Л.Д.», 1995.

ІГРОВА ДІЯЛЬНІСТЬ ЯК ЗАСІБ ЕМОЦІЙНО-ПСИХОЛОПЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ МОЛОДІ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

М. Р. Демурова

*Рівненський інститут ВМУРоЛ «Україна»,
III курс, група СР-3 СА, спеціальність «Соціальна робота»
Науковий керівник Т. І. Черніговець, к. пед. н., доцент*

Проблематика емоційно-психологічної реабілітації молоді з вадами здоров'я є особливо актуальною для соціальної роботи на сучасному етапі її вирішення сприяє реалізації особистісного потенціалу молодих людей, розширенню їх пізнавальної та комунікативної сфери, розвитку творчих здібностей, здобуттю професії, самореалізації та соціалізації.

Емоційно-психологічна реабілітація — це комплекс педагогічних, культурологічних, психологічних та фізично-оздоровчих заходів, націлених на активізацію життєвих і творчих потенцій молоді.

Аналіз системи реабілітаційних заходів довів, що ефективною у вирішенні заявленої проблеми є ігрова діяльність. Вона реалізується через пізнавальні, творчі, розважальні, обрядові та фізично-розвиваючі ігри.

У сфері наукових досліджень дана проблема на сьогодні ще не стала предметом комплексного автономного наукового дослідження, однак роль ігрової діяльності у сфері життєдіяльності молоді вивчали: С. Дем'яненко, С. Янішевський, Р. Береза, І. Перенчук,

О. Діба, С. Маринчак, Є. Приступа. Психологічні аспекти реабілітаційної роботи з різними категоріями клієнтів розглядають М. Фірсов, Б. Шапіро, Т. Семігіна, І. Грига.

Гра — поліфункціональне явище у сфері емоційно-реабілітаційної роботи з молоддю з вадами здоров'я. Вона реалізує пізнавальну, виховну, розвиваючу, соціалізуючу, комунікативну, рекреаційну та психолого-емоційну функції. Ігрова діяльність — це природне середовище життєтворчості молоді, у якому вона засвоює різноманітні життєві ролі, набуває та закріплює навички соціальної поведінки, формується як діяльна особистість, в тому числі у сфері професійного зростання. В. Розін називав гру засобом програмування бажаного емоційного стану та позитивних переживань (естетичних, пізнавальних, гедоністичних). У цьому контексті гра є особливо цінною для емоційно-психологічної реабілітації молоді з вадами здоров'я.

У системі реабілітаційної роботи з означеною групою молоді (у сфері вільного часу у навчальних закладах, соціальних інститутах дозвілля, реабілітаційних та оздоровчих центрах) можна використовувати різні види ігор: **пізнавальні** («Що? Де? Коли?», «Брейн-Ринг», «Щасливий випадок», «Перший мільйон», «Поле чудес»), **творчі** (поетичні, пісенні, музичні, театральні, конкурси образотворчого мистецтва), **розважально-гумористичні** (конкурси КВК, естрадних мініатюр), **фізичні** ігри (рухливі, малорухливі).

Ігрова діяльність сприяє емоційно-психологічному розвантаженню, релаксації, зміні видів діяльності, впевненості в собі, комунікативним контактам. Ігри дозволяють проводити фізичну реабілітацію молоді, яка має вади фізичного здоров'я (захворювання верхніх дихальних шляхів, серцево-судинної системи, опорно-рухового апарату, вади зору, слуху, затримку розумового та психічного розвитку). Ігрова діяльність позитивно впливає на емоційно-психологічний стан молоді людини, формує віру в себе.

У фізичній реабілітації використовуються рухливі ігри та ігрові вправи. Вони мають наступні ігрові компоненти: біг, рухові (ігрові) дії руками, ногами (стрибки, присідання), водні процедури, вправи з ігровим реквізитом, які сприяють ефективнішому лікуванню певних систем організму, окремих органів, загартуванню, зміцненню імунітету, формують стійкий позитивний емоційно-психологічний стан.

Провідними формами роботи по емоційно-психологічній реабілітації молоді засобами гри є: ігрові програми, конкурси, вечори відпочинку, свята, змагання, концерти, театралізовані вистави (видовища).

Отже, в системі емоційно-психологічної реабілітації молоді з вадами здоров'я ігрові технології є досить ефективними, тому вони повинні зайняти вагоме місце в системі соціально-культурної, дозвіллевої, виховної, навчальної та реабілітаційної роботи в закладах освіти, працевлаштування, відпочинку.

ДІЯ МАСАЖУ НА ОРГАНІЗМ ЛЮДИНИ

Ю.В. Ждан, С. В. Мартиненко

*м. Суми, Сумський гуманітарний інститут Університету «Україна»,
кафедра фізичної реабілітації, 4 курс*

Науковий керівник В. В. Соседка, викладач

Активна профілактика захворювань досягається комплексним рішенням санітарно-гігієнічних і соціальних задач по покращенню умов праці, відпочинку трудящихся, охорони навколишнього середовища. У розвитку сучасної медицини важливе значення отримує реабілітаційний напрямок. Він передбачає систему засобів та заходів направлених на відновлення здоров'я хворих, повернення їх в найкоротші строки до повноцінної трудової діяльності. Рішення цих задач забезпечується комплексним застосуванням засобів відновлювальної терапії, де важливе значення відіграють фізичні лікувальні фактори, із яких найбільш ефективні та широко використовуються: лікувальна фізична культура, фізіотерапія, масаж.

У даний момент в медицині широко розповсюджені масаж, який є найбільш адекватним та фізіологічним для організму людини оздоровчим фактором.

Масаж застосовується в хірургії, ортопедії, гінекології, терапії, неврології та інших галузях медицини. Він став невід'ємною часткою комплексного санаторно-курортного лікування. Останнім часом масаж включено в комплекс методів медичної реабілітації, спрямованої на відновлення або покращення функцій і структур окремих органів, систем організму при тяжких його пошкодженнях та захворюваннях.

Застосування масажу сприяє нормалізації сну, природних функцій організму, зменшенню болю, зміцнює імунітет, допомагає розсмоктуванню спайок, покращує функції статевої системи, прискорює процес загоєння тканин, підвищує фізичну працездатність, знімає втому, попереджує передчасне старіння.

Масаж попереджує розвиток наслідків мікро травматизації суглобів, спортивних та виробничих травм. У відновлювальному лікуванні травм та захворювань опорно-рухового апарату масаж стимулює регенеративні процеси, попереджує розвиток атрофій, контрактур, сприяє швидкому відновленню функцій. Доцільність використання масажу зумовлена його фізіологічною сутністю. Він впливає не лише на поверхневі тканини, але й на внутрішні органи. Масаж прискорює адаптацію функціональних систем органів і тканин до великих фізичних навантажень, стресів, а також до дій навколишнього середовища.

Завчасне застосування масажу сприяє ліквідації патологічних станів, нормалізації функціонального стану людини. Масаж надає багатосторонній вплив на нервову систему, кровообіг та лімфообіг, обмін речовин та інші життєвоважливі функції організму. Він надає як загальну, так і місцеву дію на організм. При цьому дія масажу пов'язана з реакцією всіх кілець нервової системи, починаючи від рецепторів зони масажу і закінчуючи корою головного мозку з обов'язковим включенням гуморальних кілець зі зміною діяльності внутрішніх органів. Тому місцеві та загальні реакції при дії масажу тісно взаємопов'язані. Масаж викликає місцеву реакцію в ділянці механічних масажних дій, але діючи рефлекторно, завжди зумовлює генералізовані реакції, в яких беруть участь всі органи і тканини. Лікувальна дія масажу зумовлена зняттям або зменшенням проявів парабіозу, відновленням порушених взаємозв'язків між корою, підкорковими центрами і відділами нервової системи, підвищенням реактивності організму та його пристосовуючих функцій.

Отже, дія масажу на організм людини має позитивний вплив, але, щоб досягнути високих результатів і не спричинити негативних наслідків, лікар повинен знати техніку масажу, методики, показання та протипоказання, а також механізм його дії на організм.

МАСАЖ ПРИ ДИТЯЧОМУ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ПАРАЛІЧІ

Т. В. Завадська

Київ, факультет соціальних технологій

У курс, група ФР-11, спеціальність «Фізична реабілітація»

Науковий керівник Г. І. Романов, к. мед. наук, доцент

Лікувально-оздоровчий вплив масажу на організм людини, як загальний, так і місцевий, доведено наукою і практикою. Лікувальний масаж, що застосовується у хворих, може бути особливо корисний в тих випадках, коли з численних спеціальних прийомів обирають такі, котрі у зв'язку з особливостями захворювання найбільше відповідають задачам відновлювального лікування.

Таку методику масажу я застосовую у дітей з дитячим церебральним паралічем у Центрі соціально-медичної реабілітації для дітей-інвалідів з органічними ураженнями центральної нервової системи Подільського району м. Києва.

У Центрі на обліку знаходяться 8 дітей, віком від 5 до 15 років, всі прикуті до інвалідного візка або ходунків. Щодня, крім вихідних днів, дітей привозить машина. З дітьми займаються лікар-психолог, реабілітолог-інструктор з лікувальної фізкультури, реабілітолог-масажист. Заняття, в основному індивідуальні, проводяться з 9 до 15 годин.

При різних формах церебрального паралічу масаж застосовується з метою розслаблення гіпертонусу м'язів, гальмування гіперкінезів, стимулювання функцій паретичних м'язів, а також для поліпшення обміну речовин, зниження вегетативних і трофічних розладів і поліпшення працездатності м'язів.

У своїй роботі я використовую прийоми класичного ручного масажу, спрямовані, в основному, на розслаблення м'язів, а також на стимулювання окремих ослаблених м'язів.

Для розслаблення м'язів застосовую наступні прийоми.

Поверхнєве безперервне погладження. При цьому масажні рухи долонею і пальцями виконуються без тиску, з легким сковзанням, без переміщення шкіри. Рухи мають бути легкими, виконуватись повільно, спокійно.

Валяння. Застосовується для розслаблення великих груп м'язів. Частина тіла, що масажується, повинна знаходитись у вигідних

для розслаблення м'язів умовах, з хорошою опорою для всього тіла. Рухи рук виконують валяння м'язових мас з одної руки в другу.

Качання. Застосовується для розслаблення м'язів кінцівок, в першу чергу кульшового і плечового суглобів. При цьому кінцівку, що лежить на опорі, «качають» двома руками в напрямку від себе і до себе.

Застосовуються і інші прийоми, такі як потрушування — на кінцівках при захопленні кисті руки хворого; вібрація — виконується на широких м'язах долонею і на окремих точках пальцем.

Для розслаблення м'язів застосовується масаж з втиранням анестезінової мазі. Втирання мазі виконується охоплюючим м'яз погладженням зверху вниз, без торкання сухожилля. Масажні рухи виконуються досуха, до появи відчуття тепла.

Для стимулювання ослаблених м'язів застосовуються прийоми загального масажу:

1) глибоке безперервне і перервне погладження; розтирання, що виконується одним або декількома пальцями; гребенеподібне розтирання, коли кисть стиснута в кулак, а масажні рухи виконуються тильною поверхнею других фаланг пальців з опором на великий палець; глибоке розтирання з тиском однією кистю на ту, що виконує масаж;

2) побиття, пощипування і короткі часті торкання кінцем щітки (щітковий масаж) застосовуються також на великих м'язах.

Ці прийоми застосовуються на великих м'язах — спини, сідниці тощо.

ДО МЕХАНІЗМУ НАВЧАННЯ РЕГУЛЯЦІЇ АЛЬФА-АКТИВНОСТІ У СПОРТСМЕНІВ-ІНВАЛІДІВ

К. П. Зеленіна

Миколаївський Політехнічний інститут

П курс, група Фб 214, спеціальність «Фізична реабілітація»

Науковий керівник: заслужений робітник фізичної культури

та фізичної реабілітації кандидат, педагогічних наук, доцент В. О. Видайко

Ефективність навчання спортсменів методам релаксації значною мірою залежить від їх уміння регулювати електричні коливання кори головного мозку з частотою 8–12 Гц (альфа-активність). У зв'язку з цим виникає задача вибору оптимальних способів навчання регуляції альфа-активності.

Для рішення задачі нами виконане дослідження особливостей навчання регуляції альфа-активності на групі студентів (16 чоловік), що не мають навички в релаксації. При навчанні використовували прилад «альфа-монітор». Тривалість одного заняття — 20 хв. При цьому в інструкції акцентували увагу випробуваних на необхідності в кожному занятті, одночасно домагатися стану релаксації і підвищення альфа-активності, індикатором, який для випробуваного є звуковий сигнал. У ході сеансу здійснювали безперервний запис альфа-ритму потиличної області кори.

Аналіз отриманих результатів дозволив виділити фази, що характеризують процес вироблення навички регуляції альфа-активності.

Перша фаза — фаза зниження альфа-активності. Характерна для 50% випробуваних і виявляється на перших двох заняттях. На подальших заняттях вона повністю зникає.

Друга фаза — фаза нестабільного підвищення альфа-активності і третя фаза — фаза нестабільного зниження альфа-активності. Виявляються протягом всього навчання регуляції альфа-активності, хоч тривалість їх від заняття до заняття убуває. Характерною рисою цих фаз є великий розкид значень показників альфа-активності.

Четверта фаза — фаза стабільного підвищення альфа-активності і п'ята фаза — фаза стабільного зниження альфа-активності. Характерна відмінність цих фаз від другої і третьої — висока стабільність значень показників альфа-активності. Четверта і п'ята фази виявляються протягом всього навчання і при цьому їх тривалість практично незмінна. У ході навчання регуляції альфа-активності перші три фази як би витісняються четвертою і п'ятою, але не за рахунок збільшення тривалості останніх, а за рахунок числа збільшення цих фаз.

Аналіз самозвітів випробуваних про стан в процесі сеансу навчання регуляції альфа-активності і зіставлення отриманих даних з характером альфа-активності під час сеансу показав, що стан релаксації настає тільки при наявності в картині змін альфа-ритму виділених нами четвертої і п'ятої фаз. Якщо під час сеансу спостерігалися тільки перші три фази, стан релаксації не виникає.

Результати дослідження дозволили виявити ефективний ритм навчання регуляції альфа-активності за рахунок вибору оптимальної тривалості сеансу, а також обліку індивідуально-особових особливостей спортсменів. Вказані дані можуть бути використані при навчанні конкретним прийомам релаксації у спортсменів-інвалідів.

КОМПЛЕКСНА ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ХІРУРГІЧНЕ ВТРУЧАННЯ З ПРИВОДУ ВАД СЕРЦЯ НА АМБУЛАТОРНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ

І. П. Казимір

Кафедра реабілітації, спеціаліст, V курс

Науковий керівник: Н. А. Щербакова, к. пед. наук, доцент

Актуальність. Світова статистика вказує на те, що ССП в тому числі уроджені та набуті вади серця є однією з провідних причин ранньої інвалідності та смертності людей різного віку. Аналіз даних по Україні вказує на те, що з кожним роком зростає кількість новонароджених дітей з складними уродженими вадами серця. До того додається велика кількість дітей хворих на ревмокардит, що в свою чергу дає велику кількість набутих вад серця. Найрозповсюдженішими уродженими вадами серця у дітей раннього віку є дефект міжшлуночкової перетинки (ДМШП) — 33%, дефект міжпередсердної перетинки (ДМПП) — 11,5%, відкрита артеріальна протока (ВАП) — 11%, транспозиція магістральних артерій (ТМА) — 6,4%, загальний артеріальний стовбур (ЗАС) — 6%, стеноз легеневої артерії або атрезія легеневої артерії (СЛА+АЛІА) — 5,3%, каортація аорти (КА) — 4,7%, тетрада Фалло (ТФ) — 4,4%, єдиний шлуночок серця (ЄШС) — 4%, синдром гіпоплазії лівого серця (СГЛС) — 1,4%. Інші вади складають 12,3%. За статистичними даними 2005–2006 рр. в порівнянні з 2004 р. кількість випадків народження дітей з уродженими вадами серця збільшилась на 0,1–0,5% (рис. 1). Сказане можна розглянути на схемі розповсюдження вад серця на сучасному етапі.

Таким чином, вивчення ефективності застосування сучасних методів фізичної реабілітації в профілактиці загострення захворювань ССС, покращення стану хворих, скорочення терміну реабілітації після перенесення операції з приводу вади серця і повернення хворих до суспільного життя є цілком актуальним.

Метою наших досліджень було розробити сполучену методіку застосування масажу, ФВ, раціонального харчування, фізіотерапії, фітотерапії, апітерапії та танцювальної терапії в комплексному лікуванні хворих з вадами серця.

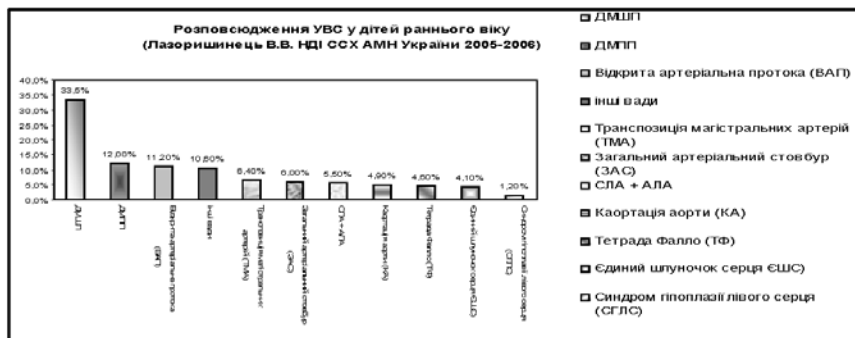


Рис. 1. Кількість випадків народження дітей з уродженими вадами серця

Методика досліджень. У процесі написання нашої роботи були застосовані наступні методи досліджень:

1. Вивчення спеціальної літератури, присвяченої етіології, патогенезу, клініці уроджених та набутих вад серця; застосуванню масажу в комплексному лікуванні хворих, застосуванню ФВ., лікувального харчування, фізіотерапії, фітотерапії, апітерапії та танцювальної терапії.

2. Спостереження.

3. Функціональні проби ССС.

Нами була розроблена комплексна методика яка сполучила застосування спеціального масажу, спеціальних вправ, фізіотерапії, раціонального харчування та нетрадиційних методів реабілітації (танцювальної терапії, фітотерапії та апітерапії) При цьому враховувались особливості головного захворювання та супутні стани.

Висновки. *У результаті застосування комплексної методики реабілітації хворих, які перенесли оперативне втручання з приводу вад серця на амбулаторному етапі лікування*

1. У період проведення реабілітації (кінезіотерапія, масаж) на стаціонарному етапі хворі, які перенесли хірургічне втручання з приводу вад серця, значно краще перенесли післяопераційний період і менше спостерігалось ускладнень які могли бути у цих хворих.

2. На амбулаторному етапі лікування продовжуючи використовувати традиційні методи реабілітації (кінезіотерапія, масаж) через 2–3 міс. ми додали нетрадиційні методи реабілітації. Серед яких був

новий, який набуває широкого застосування — метод танцювальної терапії, який на власному досвіді дає хороші результати для відновлення фізичної працездатності та укріплення всіх систем організму хворих, які перенесли хірургічне втручання з приводу вад серця.

АДАПТИВНА-ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Г. В. Карпечкіна

Університет «Україна»

Факультет соціальних технологій,

Кафедра фізичної реабілітації, група ФР-21

Науковий керівник: к. м. н. В. О. Любенко

Адаптивна-фізична реабілітація є складовою частиною загальної моделі реабілітації. Основною метою фізичного виховання є розвиток рухових функцій (навиків), а ціллю адаптивно-фізичної реабілітації (АФР) являється **корекція цих порушень з наступним розвитком до норми**. Основою адаптивної-фізичної реабілітації (АФР) являється тренувальний процес (вдосконалення руху чи, рухового стереотипу). Гімнастичні вправи (зайняття, процедура чи урок) являється основним специфічним фізичним засобом, з допомогою котрого досягається направлена дія на рухи пацієнта. (Допоміжним засобом являються тренажери). Адаптивна-фізична реабілітація дітей, підлітків та дорослих вирізняється своєрідністю. Відновлення рухового стереотипу у людей різного віку (діти, підлітки та дорослі) має свої відмінності: дитина має фізичну залежність від материнського молока, підліток проходить період статевого дозрівання (пубертатний період), а доросла людина вже завершила своє формування тіла (окостеніння та гнучкість). А саме статичне ізометричне напруження, а не динамічні фізичні вправи дозволяють вирішити корекційні задачі. Особливе значення має рання стимуляція розвитку основних фізичних навиків (маніпуляційно-рухові та довільні). В основі адаптивно-фізичної реабілітації лежить **онтогенетическі послідовна стимуляція рухового розвитку (мото-генез)** з урахуванням якісних специфічних порушень, характерних для різних клінічних форм захворювання. За допомогою **онтогенетично орієнтованої кінезіотерапії** здійснюється глибоке розтягнення м'язів (перетяжка). Відновлення рухового стереотипу необхідно проводити поетапно (курсами) в ході спеціальних вправ, з урахуванням ступеня сформованості основних рухових функцій (навички).

За наявності спеціальних гімнастичних занять (АФР) можна на 100% виправити наявні рухові порушення та попередити формування патологічних рухових стереотипів.

МАТЕРІАЛЬНО-ТЕХНІЧНЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЛФК

М. В. Кірина

Відкритий міжнародний університет розвитку людини Україна.

Факультет соціальних технологій.

Кафедра реабілітації

Науковий керівник: ст. викл. В. П. Федорівська

Реабілітація — тобто відновлення втрачених в результаті травми, хвороб або вроджених вад, тих чи інших функцій людини є складним, багатограним і довготривалим процесом. Ефективність реабілітації залежить від багатьох факторів, серед яких значну роль відіграє матеріально-технічне забезпечення.

Матеріально-технічне забезпечення — це багато профільна матеріальна база з функціонально-орієнтованим, логічно-доцільним і науково-обґрунтованим оснащенням. І починається вона з архітекtonіки міста згідно програмі без бар'єрного пересування інваліда в соціумі. Це спеціальний транспорт і транспортні переходи для сліпих, пандуси, ліфти тощо.

Матеріальна база включає в себе реабілітаційні заклади різного профілю в складі яких є кабінети ЛФК, ЛГ, механотерапії, тренажерні зали, лікувальні басейни та велика група фізкультурно-спортивних споруд, які з урахуванням нозології вимагають спеціального знаряддя, інвентарю і оснащення, при враженні хребта в заняттях фізичними вправами для фіксації частин тіла застосовуються пояси, полотняні стрічки, лямки, манжети, корсети; при ДЦП анти гравітаційні костюми, що полегшують пересування адаптанта; при сліпоті і слабо баченні м'яч для спортивних ігор має бути важким, круглим, рівним, озвученим і по кольору контрастним до оточуючого оснащення.

Для інвалідів по зору і слуху необхідно також передбачити ряд спеціальних планувальних і технологічних рішень та розробок на спортивних спорудах, враховуючи труднощі у пересуванні і орієнтації.

Особливої уваги заслуговують група споруд і комплексів спеціального призначення для дітей-інвалідів, а також спеціалізовані навчально-реабілітаційні заклади для дітей і молоді.

Крім цього є і велика група тренажерної техніки, спеціального інвентарю, приладів, пристроїв, протезної техніки тощо.

Від кількості, стану і якості матеріально-технічного забезпечення в значній мірі залежить вирішення головної проблеми реабілітації-скорочення її у часі, здешевлення і ефективність.

Розглянемо основні групи матеріально-технічного забезпечення і почнемо з великої групи фізкультурно-спортивних споруд.

Перша підгрупа заходів призначена для оснащення спортивних споруд пристроями призначеними для пересування спортсмена-інваліда безпосередньо та змагань. Це різні підйомник, візки, лонжі, драбини тощо для пересування інваліда з ураженням опірно-рухової системи в басейн, місця легкоатлетичних змагань, на гімнастичні знаряддя тощо.

Третя підгрупа заходів призначена для того, щоб спортсмен-адаптант зміг виконати власне певні рухові дії. До таких засобів відносяться спеціальні спортивні візки для проведення тренувань і змагань з багатьох видів спорту (наприклад, баскетболу, тенісу, перегонів тощо) інвалідів з ураженням спинного мозку, порушенням функцій нижніх кінцівок; засоби протезної техніки для осіб, що перенесли ампутацію кінцівок; засоби звукової і просторової орієнтації для незрячих спортсменів та інші пристрої.

Четверта підгрупа заходів призначена для того, щоб спортсмени адаптанти могли засвоїти певні фізичні рухи, розвинути і вдосконалити елементи того чи іншого виду спорту, набути фізичних якостей і здібностей, необхідних для успішного здійснення змагальної діяльності з конкретного виду спорту.

Засоби даної підгрупи називають тренажерами. За допомогою тренажерів вдається забезпечити можливість виконання конкретних рухів спортсмена-інваліда шляхом компенсації відсутніх елементів їх підготовленості (фізичної, технічної, психологічної тощо).

МАСАЖ ДІТЕЙ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ

В. В. Кондраток

Університет «Україна»

І курс, група ФР-51, спеціальність «Фізична реабілітація»

Керівник: ст. викладач Ю. В. Копочинська

Методична статистика свідчить, що більша частина новонароджених може називатися здоровою лише умовно; малята до трьох років життя часто хворіють (це пов'язано з недостатністю захисних

сил організму), не рідко розвиваються ускладнення навіть після ГРЗ. Тому на сьогоднішній день батьки повинні більш відповідально відноситись до здоров'я своїх дітей, активно займатися профілактикою захворювань. Як сказав І. К. Красиков — «Здоров'я людини формується в перші роки життя, потім лише виправляються помилки.»

Для маленьких дітей, які не вміють самостійно пересуватися та обмежені в активних рухах в силу соціально-побутових умов, гімнастика та масаж стають важливим засобом поповнення рухового дефіциту. Масаж має велике значення ще в самому ранньому віці (до 3-х років), коли іде інтенсивний розвиток дитини.

Вивчення спеціальної літератури дало можливість вивчити позитивний вплив масажу та гімнастичних вправ на організм грудної дитини. Масаж благоприємно впливає на фізичний розвиток дитини. Він сприяє покращенню кровообігу, підвищення тону м'язів. Під впливом масажу з шкіри по нервовим шляхам направляються численні потоки імпульсів, які досягаючи кори головного мозку викликають тонізуючий вплив на центральну нервову систему в зв'язку з чим покращується її функція — контроль над роботою всіх систем та органів і їх регулювання.

Масаж, крім того, виявляє собою специфічну дію на організм дитини. Дитячий організм постійно росте і розвивається тому реагує на масаж інакше ніж дорослий. Маля з народження готове сприймати і реагувати на дотик. Доторкання до шкіри викликають не тільки емоції, але й рухові реакції, які створюють у дитини відчуття комфорту і психологічного захисту. Завдяки великій пластичності дитячого організму навіть самий незначний, але систематичний масаж має різнобічний та благоприємний вплив на розвиток дитячого організму.

Деякі автори пропонують починати проводити гімнастику та масаж у дітей вже з першого місяця життя. Масаж у дітей раннього віку представляють собою фактор особливого значення: він має суттєвий вплив на розвиток позитивних емоцій та голосових реакцій. Використовуючи різні прийоми масажу на різних етапах розвитку здорової дитини можна її навчити правильно перевертатися зі спини на живіт, в шість місяців — правильно повзати, підготувати до таких статичних навантажень, як сидіння та стояння. Використовуючи спеціальні комплекси масажу можна досягти позитивного ефекту у комплексному лікуванні дітей з патологією окремих органів тіла (систеоризм, кривошия, плоскостопість, порушення постави), а також при таких хворобах, як рахіт та гіпотрофія.

Масаж прискорює протікання лімфи в зв'язку з чим звільнюються тканини від продуктів обміну а втомлені м'язи відпочивають швидше ніж в спокої. Приток крові до шкіри сприяє оздоровленню шкіри, але слід враховувати, що у дітей першого року життя в перші місяці суха тонка та легко травмується.

Під час масажу дитини першого року життя рекомендується застосовувати такі прийоми, як розтирання, розминання, прогладжування, вібрацію та легке поколючування. Ці види масажу діють на організм дитини по різному. Прогладжування активізує кровообіг, заспокоює нервову систему викликає розслаблення м'язів, допомагає зняти біль а також готує шкіру дитини до впливу наступних прийомів.

У дітей у віці до року масаж повинен чергуватися з фізичними вправами рекомендується починати вже після першого місяця життя. Завдяки надзвичайній пластичності дитячого організму навіть самий незначний але систематичний вплив має величезне значення на розвиток дитини.

Масаж має неоціненне значення при застосуванні у дітей, які мають порушення в психомоторному розвитку, хворіють або перехворіли та недоношені діти. При різних захворюваннях дітей першого року життя масаж є однією з складових комплексного лікування.

Протипоказань до призначення масажу новонародженим немає. Однак всі прийоми слід виконувати по полегшеній методиці з урахуванням фізіологічних особливостей.

АНАЛІЗ АБСОЛЮТНОГО (ФІЗИЧНОГО, ПСИХІЧНОГО ТА ДУХОВНОГО) ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ РІЗНОЇ СОЦІАЛЬНОЇ ЗАЙНЯТОСТІ

О. А. Костенко, В. Д. Ананіч, О. Г. Гайова
ВМУРоЛ «Україна»,
кафедра реабілітації, III–IV курси
Науковий керівник: к. мед. н. М. Ф. Хорошуха

Здоров'я — одне із головних джерел повноцінного життя, щастя і радості. Воно є також одним із важливих показників благополуччя і культури індивіда, рівня життя народу тощо. Добре здоров'я є також необхідною умовою для здійснення людиною своїх

біологічних (природних) і соціальних функцій. З цього приводу варто пригадати істину, яку висловив відомий фізіолог І. М. Павлов: «Людина вищий продукт земної природи, та для того, щоб насолоджуватися дарами природи людина повинна бути здоровою, сильною і розумною».

У теперішній час особливого значення набуває проблема здоров'я нашої молоді як гаранта збереження генофонду нації.

Світова наука розробила цілісний погляд на здоров'я як на абсолютне, складовими якого є фізичне, психічне і духовне здоров'я. Всі ці складові невід'ємні одна від одної, вони тісно взаємопов'язані і саме разом, у сукупності визначають стан здоров'я людини.

Метою наших досліджень було проведення порівняльного аналізу абсолютного здоров'я молодих людей віком від 16–21 року, які представляли різні групи за соціальним статусом: учні ЗОШ, студенти і спортсмени ВНЗ.

Рівень абсолютного здоров'я оцінювався за експрес-методом, розробленого к. мед. н. М. Ф. Хорошухою [3], експрес-скрінгом оцінки рівня фізичного здоров'я (РФЗ) за резервами біоенергетики [1] та результатами психолого-педагогічного тестування, що включало дослідження якості особистості та агресивності [2]. Останнє передбачало оцінку рівня духовного стану (здоров'я).

Нами було обстежено 368 молодих індивідів. Серед них: 220 студентів (108 повносправних і 12 з вадами слуху) Університету «Україна», 118 спортсменів броварського вищого училища фізичної культури та 30 учнів ЗОШ №3 м. Бровари.

Результати досліджень показали, що високі показники абсолютного здоров'я мали спортсмени (94%). У студентів знаходимо: 26 осіб (12%) мали «гарне» здоров'я, 162 (що становить 74%) — «задовільне» і 32 (відповідно 14%) — «погане». Серед учнів ЗОШ високий показник здоров'я мали 6 осіб (20%), середній — 20 осіб (67%) і відповідно, низький — 4 особи (13%). Результати порівняльного аналізу абсолютного здоров'я спортсменів і студентів, які не займалися спортом свідчили про статистично вірогідні відмінності між ними ($P < 0,001$). Але аналіз складових їх здоров'я показав, що між показниками психічного і духовного здоров'я відмінностей не існує ($P > 0,05$).

За даними результатів психолого-педагогічного тестування виявляється, що у спортсменів та студентів з вадами слуху дещо завищена самооцінка якості особистості в порівнянні з повносправними

студентами та учнями, а у спортсменів видів єдиноборств (боксерів і борців) спостерігається вірогідно підвищена ($P < 0,001$) ступінь агресивності.

Таким чином, результати наших досліджень ще раз вказують на необхідність проведення комплексної оцінки здоров'я, складовими якого є фізичне, психічне і духовне здоров'я та гармонічної корекції його за рахунок використання засобів фізичної культури і спорту в поєднанні з морально-етичним вихованням молодих людей.

Література

1. Апанасенко Г. Л., Попова Л. А. Медицинская валеология (выбранные лекции). — К.: здоров'я, 1998. — 248 с.
2. Немов Р. С. Психология. — М.: Гуманитарное издание, центр ВЛАДОС, 2000. — 640 с.
3. Хорошуна М. Ф. Экспрес-метод самооцінки рівня абсолютного (фізичного, психічного та духовного) здоров'я в оздоровчому тренуванні / Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту: зб. наук. пр. за ред. Єрмакова С. С. — Харків Донецьк: ХДАДМ (ХХІІІ), 2005. — №10. — С. 190–194.

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗКУЛЬТУРА ПРИ ДИТЯЧОМУ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ПАРАЛІЧІ

А. В. Кривицька

*ВМУРоЛ «Україна», факультет соціальних технологій
III курс, спеціальність «Фізична реабілітація»
Науковий керівник Г. І. Романов, к. мед. наук, доцент*

Ця робота виконана з метою поглибленого вивчення розділу з підготовки бакалавра з фізичної реабілітації «Фізична реабілітація при захворюваннях нервової системи». Проведений пошук і аналіз джерел літератури з проблеми лікування і реабілітації важкої форми неврологічної патології — дитячого церебрального паралічу — застосування і методи лікувальної фізичної культури.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) — це складне захворювання центральної нервової системи, що виникає у внутрішньоутробний період, під час пологів або в період новонародженості і характеризується порушенням функцій руху, психіки, мови. Головним проявом хвороби є порушення рухів, тому використання лікувальної фізкультури завжди обгрунтовано.

На даний час при лікуванні рухових порушень у хворих ДЦП можуть бути використані понад 25 методик: К. А. Семенової, С. А. Бортфельд, А. Є. Штеренгерца, К. і Б. Бобат, Г. Кебота, Н. і П. Ботта, І. Войта, О. А. Стернік, В. М. Фелпса, Ж. Тардьє, К. Ліндеманн, В. В. Польскої, О. Темпла, Р. Фрея, М. Фреліха, В. І. Козьявкіна тощо.

Деякі методики лікувальної фізкультури, лікувального фізичного виховання, корекції окремих проявів рухових порушень застосовуються широко (наприклад, К. А. Семенової, А. Є. Штеренгерца), інші — в спеціалізованих реабілітаційних установах (метод І. Войта, Н. і П. Ботта, К. і Б. Бобат, В. І. Козьявкіна).

Зважаючи на різноманітність проявів патології, супутні інші, крім рухових, порушення, різний вік, знання особливостей окремих методик і методичних прийомів дозволяє застосовувати індивідуально побудовану ефективну методику занять.

Методика К. А. Семенової базується на знанні закономірностей рухового розвитку здорової дитини і механізмів формування рухової патології у дітей з ДЦП. Використовуються різні пристрої, велике значення надається розвитку мовної, зорової та слухової функцій. Методика найбільш доцільна для дітей перших років життя з важкими формами захворювання.

Методика А. Є. Штеренгерца розроблена для дітей шкільного та дошкільного віку з урахуванням вікових анатомо-фізіологічних особливостей, біомеханіки кожного руху, важкості ураження. Особлива увага надається емоційному фону занять, навчанню трудовим навикам. Широко застосовуються рухові і спортивні ігри. Визначені рухові режими протягом дня.

У Київському Центрі реабілітації дітей з органічними ураженнями нервової системи в останні роки застосовуються методика І. Войта і методика К. і Б. Бобат.

Методика Войта полягає у виробленні активно-рефлекторних або активних рухів із спеціальних положень, з яких можливе виконання тільки необхідного руху. При цьому частина кінцівки фіксується. Спочатку рухи можуть виконуватись пасивно. Лікування за цією методикою починають з виробки рефлексу повзання. Окремо проводиться тренування рухів рук і ног. Далі дитина з допомогою виконує рухи кінцівками одночасно. У подальшому вправи виконуються лежачи на животі. Голова завжди повернута в бік руки, що виконує рух.

Згідно методики К. і Б. Бобат насамперед враховується патологія антигравітації і сенсорні кінестетичні порушення. Головне в методиці —

необхідність спочатку зміни патологічного рухового стереотипу, а потім навчання хворого нормальному руху. Важливим прийомом є укладання дітей в позу «ембріона», виробка правильної реакції опору.

Для дітей молодшого віку і дітей із затримкою психічного розвитку розроблена методика гімнастики і лікувального виховання Н. і П. Ботта. Значна увага приділяється нормалізації м'язового тону. Для цього застосовуються вправи на утримання голови і тулуба, використовуються фіксуючі пристосування, апарати, меблі. Тільки після засвоєння правильної роботи м'язів, навчання збереження рівноваги відбувається перехід до стояння та ходьби.

Популярна у світі методика Г. Кебота має на меті виробку рухів за допомогою певних прийомів активізації рухових нейронів спинного мозку, імпульси яких викликають скорочення м'язів. Методика базується на досягненні максимальної рухової реакції за рахунок спеціальних прийомів:

- 1) полегшення пропріоцепції (підвищення почуття руху);
- 2) скорочення м'язів шляхом вчинення максимального опору руху;
- 3) залучення до руху якомога більшої кількості м'язових груп;
- 4) використання рефлексу на розтягнення м'язів для збільшення наступного довільного їх скорочення;
- 5) послідовність зміни роботи м'язів — антагоністів.

У цілому будь-яка методика лікувальної гімнастики повинна бути спрямована на розвиток спроможності до довільного гальмування, на зменшення тону м'язів, поліпшення координації, просторових уявлень, точності рухів, загальної рухливості, навчання життєво необхідним навикам, на засвоєння елементів трудових процесів.

ДЕОНТОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ ДІЯЛЬНОСТІ ФІЗИЧНОГО РЕАБІЛОЛОГА

О. О. Куц

*Вінницький соціально-економічний інститут Університету «Україна»
III курсу, групи ФР-31-03, спеціальність «Фізична реабілітація»
Науковий керівник В. М. Перчилло, к. ф. н., доцент*

Культура поведінки — складова частина культури людини і виступає зовнішнім проявом духовного багатства особистості та її внутрішнього світу. Це сукупність форм повсякденної поведінки людини, в яких знаходять зовнішнє відображення її моральної та етичної якості.

Етикет — важлива складова частина культури поведінки, яка стосується зовнішнього прояву ставлення до людей. Норми поведінки, обумовлені особливостями професійного статусу людини називають професійною етикою. Наприклад, деонтологія — сукупність принципів і етичних норм, які регламентують відносини між медичним працівником та хворим, включає в себе різноманітні аспекти роботи, починаючи з етичних правил і принципів і закінчуючи питаннями в конфліктних ситуаціях.

На сьогоднішній день набули популярності не медикаментозні методи лікування, які об'єднує в собі реабілітація.

Відповідно сучасним уявленням, реабілітація — засоби, які спрямовують на корекцію всіх змін в організмі людини, її психічного статусу, стилю життя, соціальних умов, тобто, багатогранний процес, який розглядається як лікувально-педагогічний процес, який залучає хворого до активної участі у своєму відновленні під керівництвом спеціаліста-реабітолога.

Щоб забезпечити участь хворого у цьому процесі спеціаліст-реабітолог повинен володіти знаннями із професійної етики та деонтології.

Фізична реабілітація здійснюється на основі принципів індивідуальності, систематичності, циклічності. Для цього необхідна обізнаність у галузі фізичної культури, патогенетичних процесів, з якими доводиться зустрічатися на практиці.

Особливістю реабілітації є постійний зв'язок із пацієнтом. Міжособистісні стосунки базуються на принципі практичної взаємодії; довіра як морально психологічна категорія, визначає ставлення як до дії іншої особи, так і до себе самої, ґрунтується на переконанні, що ця особа діє правильно, їй притаманні сумління та чесність. Довіра є обов'язковим компонентом особливо там, де присутні цілі. Такими цілями є успіхи у лікувальному процесі. Важливо, коли тут присутні підтримка, розуміння, повага, співчуття, відчуття такту, в якому фокусуються професійні якості, що дозволяють зрозуміти природу людини, притаманну їй індивідуальність.

Існують ознаки, за якими у хворого складається перше враження про спеціаліста. Причому майже 80% випадків думки про людину і довіра ґрунтується на ньому.

Звичайно, це візуальний образ. Доцільно аби медичний працівник не був за стилем одягу та поведінкою ультрамодним (тут недоречно яскравий макіяж, надмір прикрас) / чи старомодним, тому

що будь-яка зайва деталь не проходить повз увагу хворого й певним чином психологічно непокоїть його.

Повагу до хворого необхідно виявляти з першого прийому, ґрунтовно ознайомитись з деталями його життя, які можуть допомогти у лікуванні. Під час розмови дивитись прямо у вічі.

Під час розмови хворий спостерігає за лікарем — так як і лікар за хворим. І завдяки розмові надають інформацію один одному. Тому поза, жести, погляд, мова повинні виражати цікавість, увагу, розуміння і прихильність, інакше це заважатиме отриманню потрібної інформації.

У цьому випадку прояви роздратування, несхвалення, збентеження, невпевненості і нудьги, а також стереотипна мова неприпустимі.

Вважають, що реабілітолог повинен сформувати у собі відповідну емоційну позицію, яку визначають як симпатію, це необхідна професійна риса, співпереживання стану хворого, яка є фаховою потребою для спеціаліста. Потрібно вміти розуміти психологічний стан хворого і знаходити відповідний підхід до нього. Наприклад, підбадьорити хворого, похвалити за терпіння і акуратність у виконанні важких призначень при великому навантаженні у випадку ЛФК. За умови використання цього методу реабілітологу необхідно морально підготувати хворого, пояснити йому задачі та мету виконання ним вправ, пояснити їх виконання та контролювати заняття. Для цього потрібно виховувати в собі категорії доречної професійної поведінки: тактовність, стриманість, простоту, скромність, елементи професійної побутової естетики.

Отже, реабілітолог повинен володіти високими моральними якостями, бути високоосвіченою ерудованою людиною.

Моральний образ реабілітолога визначається його світоглядом та манерами, освіченістю у галузях культури, мистецтва громадського життя.

Окрім деонтологічного аспекту існує ще і адміністративний, який виражає ступінь поваги до людей, до їх інтересів, це дисциплінованість. Діапазон прояву дисциплінованості достатньо широкий: це і своєчасно виконана робота, контроль за хворими, наявність відповідної форми одягу.

Все це і є свідченням професійної культури, яка поєднується із принципом гуманізму та відповідальністю за здоров'я людей.

ЗАСТОСУВАННЯ МАСАЖУ ПРИ ВЕГЕТО-СУДИННІЙ ДИСТОНІЇ

*Летяк В. І.,
ВМУРоЛ «Україна»,
студентка III курсу, гр. ФР-31, кафедра реабілітації
Науковий керівник: канд. пед. наук Н. А. Щербакова*

Вегето-судинна дистонія є досить розповсюдженим захворюванням. За даними сучасної статистики ВСД зустрічається у 70–80% людей у віці від 16 до 25 років. Переважно вона вражає жінок до 35 років.

Не дивлячись на те, що ВСД не складає загрозу для життя пацієнтів, синдром викликає багато дуже неприємних відчуттів, а важкі його форми можуть приводити до втрати працездатності і необхідності стаціонарного лікування.

ВСД супроводжує неврози, ендокринні захворювання, хвороби серця і судин, інфекційні захворювання, враження центральної та периферійної нервових систем, періоди інтенсивних змін в організмі в різні вікові терміни, захворювання травної системи.

Відомо більше як 40 симптомів ВСД, причому, один хворий може мати від 9 до 26 симптомів. Найбільш поширеними, які змушують людину страждати, є: біль в лівій половині грудної клітини, головний біль і запаморочення, бентежні стани, поліурія, шкіряні розлади, метеозалежність, функціональні дискінезії шлунково-кишкового тракту.

Пошук ефективних засобів надання допомоги хворим на ВСД і попередження наступів є цілком актуальним. Серед таких засобів повинен бути використаний масаж.

Аналіз сучасної спеціальної літератури з масажу показав, що існує дуже мало інформації про можливості використання масажу у хворих на ВСД.

Метою наших досліджень було: вивчити можливості застосування масажу у хворих на ВСД і розробити рекомендації по використанню видів, форм, методів та прийомів масажу з урахуванням симптоматики захворювання.

Методами наших досліджень були: аналіз спеціальної літератури з етіології, патогенезу, клініки та методики лікування хворих на ВСД, аналіз спеціальної літератури з масажу, клініко-функціональні

дослідження, які включали моніторингування ЕКГ та АТ (артеріальний тиск), пульсу, тестування на метеозалежність, опитування.

Результати досліджень. Проведення різних видів, форм, методів масажу сприяло встановленню гарного, відновлюючого сну, покращенню самопочуття, нормалізації артеріального тиску, підняттю настрою, зняттю головного болю, покращення стану м'язів, знімання біль у грудній клітині.

Спостереження за станом хворих на ВСД, проведені на протязі двох років, дають можливість рекомендувати застосування лікувального, гігієнічного та профілактичного масажу. За формою це можуть бути: загальний або частий масаж. Серед методів можна рекомендувати: класичний, перкусійний, точковий, сегментарний, нервово-рефлекторний, апаратний масаж, Су-Джок.

МАСАЖ ЯК МЕТОД ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

О. Є. Ульянова

*Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»
Факультет соціальних технологій, спеціальність фізична реабілітація
Науковий керівник: кандидат медичних наук В. О. Любенко*

Масаж — це метод лікування й профілактики, що представляє сукупність прийомів механічного дозованого впливу на будь-які зони поверхні тіла людини, що виконується руками масажиста або (рідше) спеціальними апаратами. В умовах лікувально-реабілітаційних закладів застосовують переважно лікувальний та гієнічний масаж.

В основі дії масажу лежать складні взаємообумовлені рефлекторні, нейроендокринні, обмінні процеси, що регулюються центральною нервовою системою. Початковим ланцюгом цих реакцій є подразнення механо-рецепторів шкіри, які переробляють енергію механічних подразнень в імпульси, що йдуть до ЦНС. ЦНС формує відповідні реакції, що сприяють нормалізації регулюючої й координуючої функції, зняттю або зменшенню прояв парабіозу, стимуляції регенеративних процесів. Стан збудження нервової системи залежно від вихідного функціонального стану, фази патологічного процесу, методик масажу, може підвищуватись або знижуватись.

У гуморальному середовищі під час масажу з'являються біологічно активні речовини (гістамін й ацетілхолін тощо), які активно впливають на стимулювання адаптаційно-трофічних функцій вегетативної нервової системи. Під впливом масажу здійснюється мобілізація й тренування захисно-приспосувальних механізмів, що

сприяє забезпеченню терапевтичного ефекту при будь-якому захворюванні. Масаж може здійснювати знеболювання.

Масаж покращує трофічні процеси в шкірі, сприяє розсмоктуванню інфільтратів, активізує обмін речовин, підвищує газообмін в органах та тканинах. Під впливом масажу покращується тонус кровоносних та лімфатичних судин, підвищується тонус та еластичність м'язів, покращується їх скорочувальна функція, підвищується м'язова працездатність, зростає сила м'язів. Масаж покращує кровопостачання суглобів, прискорює розсмоктування випоту, патологічних відкладень, укріплює суглоби й зв'язки.

Форми, методи, прийоми масажу. Масаж може бути ручним та апаратним. За методом його виконання він може бути класичним або сегментарно-рефлекторним.

Ручний масаж, побудований за принципом використання елементарної будови тіла й рефлекторних реакцій, що виникають під його впливом на визначені рефлекторні зони, називається сегментарно-рефлекторним.

Загальний та частковий масаж, при якому застосовується 4-й головні прийоми та допоміжні, до яких належать: вібрації, ударні прийоми та струшування, називають класичним.

У класичному масажі використовують такі прийоми: поглажування, вижимання, розтирання, розминання. Кожний з прийомів має свої різновиди. У класичному масажі масажують за призначенням та необхідністю всі частини тіла, орієнтуючись на анатомо-морфологічні особливості і будову тіла.

У сегментарно-рефлекторному масажують сегменти, враховуючи сегментарну будову тіла. Роздратування шкіряних рецепторів відповідних зон здійснює вплив на внутрішні органи та системи організму, іннервовані тими ж сегментами спинного мозку.

Притикавання до застосування масажу:

- гострі запальні процеси;
- кровотечі та схильність до них;
- захворювання крові;
- гнійні процеси будь-якої локалізації;
- захворювання шкіри, нігтів;
- враження шкіри;
- тромбоз, тромбофлебіт;
- атеросклероз судин, облітеруючий ендартеріт, гагрена, аневризма;

- запалення лімфатичних вузлів;
- активна форма туберкульозу;
- остеомієліт, пухлини;
- психічні захворювання зі значними порушеннями психіки.

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ У ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНИЙ ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ПЕРІОДИ ВІДНОВНОГО ЛІКУВАННЯ ПРИ ЕНДОПРОТЕЗУВАННІ СУГЛОБІВ

О. О. Метелан,

студентка гр. ФР-32

Київ, ВМУРоЛ «Україна», ФСТ, кафедра реабілітації, 3 курс

Науковий керівник: Ж. Ф. Станішевська, к.м.н., доцент

Актуальність дослідження

В Україні щорічно реєструється понад 330 тисяч первинних захворювань суглобів серед дорослого населення. Дегенеративно-дистрофічні захворювання суглобів займають приблизно 17% всіх ортопедичних захворювань.

На сучасному етапі при лікуванні тяжких уражень суглобів перевага віддається тотальному ендопротезуванню. Операція заміни суглобу на штучний аналог відноситься до найбільш об'ємних та високотехнологічних втручань ортопедичної хірургії і на теперішній час є найбільш ефективним методом, що дозволяє позбавити пацієнта болю, повернути можливість повноцінного пересування та самообслуговування, в той час як консервативне лікування, яке вбирає в себе фізіотерапію, лікування спрямоване на покращення кровопостачання суглобів, санаторно-курортне лікування, на деякий час стримує прогресування хвороб суглобів, але ці результати є тимчасовими.

Щороку у світі виконується приблизно 800 тисяч операцій ендопротезування.

У майбутньому їх кількість буде збільшуватись. У 2020 році тільки в Швеції і Нідерландах прогнозуема кількість операцій тотального ендопротезування збільшиться на 28% та на 44% відповідно. Такоїж ситуації слід очікувати і в Україні.

Метою ендопротезування є найповніша реконструкція функції суглобу. **Головні атрибути: рух, стабільність та безболісність.**

Історичний аспект. Перші спроби заміщення головки гомілкової кістки були зроблені на початку ХХ століття у 1913, а тотального ендопротезування — у 1938 р. Піонером у цьому напрямку був росіянин К. М. Сиваш (1956).

Загальні показання до ендопротезування суглобів

Ендопротезуванню показане, тільки в тих випадках, коли втрачена суглобом функція не компенсується та не може бути достатньо відновлена іншим методом (артропластика, корегуючи остеотомія, артродез, ортез). Як правило, ендопротезування показане хворим старшим за 40 років, коли проявляються захворювання з II–III стадією розвитку. Хворим молодшим за 40 років показання до ендопротезування ставлять індивідуально. При пухлинних ураженнях показання ставлять незалежно від віку. А для хворих старших 60 років ендопротезування є операцією вибору.

Організація раціонального застосування програми фізичної реабілітації при ендопротезуванні суглобів

Процес фізичної реабілітації при ендопротезуванні суглобів вирає в себе три періоди: передопераційний, ранній післяопераційний та відновний — коли хворі вже виписуються зі стаціонару. Основною метою фізичної реабілітації є відновлення працездатності; задачами — профілактика ускладнень: тромбофлебіту, пневмонії тощо.

Програма доопераційної реабілітації при ендопротезуванні суглобів

Пацієнтам, яким показано ендопротезування суглобу, доцільно починати передопераційну реабілітацію за 10–14 днів до оперативного втручання в стаціонарних умовах відділення реабілітації.

До програми передопераційної реабілітації хворих відноситься:

1. Психоемоційна підготовка.
2. Загальне зміцнення фізичного стану.
3. Масаж.
4. Фізіотерапія.
5. Програма по регулюванню надлишкової ваги.
6. Обстеження щодо планування оперативного втручання.
7. Навчання правилам рухового режиму в ранньому післяопераційному періоді.
8. Навчання вправам, що рекомендовані для раннього післяопераційного періоду.

Програма фізичної реабілітації хворих у післяопераційному періоді після ендопротезування плечового суглоба**Головні задачі післяопераційного періоду:**

- зняття больового синдрому;
- зняття набряку тканин та прискорення розсмоктування крововиливів;
- максимальне розслаблення м'язів оперованої кінцівки;
- попередження атрофії м'язів і контрактур;
- підтримка вправами функціональної активності всіх органів і систем організму, в тому числі непошкоджені сегменти опорно-рухового апарату;
- попередження, особливо у людей похилого віку, можливого розвитку загальних ускладнень, в першу чергу запалення легень;
- відновлення кровопостачання та метаболічних процесів в тканинах ушкодженої кінцівки;
- поліпшення загоєння оперованої поверхні.

Амбулаторна реабілітація хворих після ендопротезування

Амбулаторна реабілітація розпочинається через 1 місяць після операції. У цьому періоді головною задачею реабілітації є подальше укріплення мускулатури, навчання правильним рухам в оперованому суглобі, покращення ходи. На першому етапі укріплення м'язів головне завдання полягає у відновленні м'язової маси. У наступних фазах реабілітації слід приділяти увагу підтримці м'язової сили та покращенню координації рухів. Щоб забезпечити відновлення м'язів, необхідно працювати із субмаксимальним навантаженням. При цьому рухи повинні виконуватись безперервно, повільно та відносно часто повторюватись.

Висновки

1. У результаті аналізу методів реабілітації встановлено, що основна увага в післяопераційний період приділяється фізичному відновленню втрачених або порушених функцій хворого.

2. Доцільне використання практично всіх методів реабілітації. Особлива увага приділяється ЛФК, гідрокінезіотерапії, механотерапії, використанню фізіотерапевтичних методів, масажу.

3. Доцільно широке використання технічних пристосувань для більш ефективного та безпечного процесу реабілітації хворих після ендопротезування.

4. Необхідне включення до процесу післяопераційної реабілітації працетерапії.

НЕТРАДИЦІЙНІ МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ. МЕТОД РЕФЛЕКСОТЕРАПІЇ ЗА М. Г. ЛЯПКО

М. М. Носач

*Суми, Сумський гуманітарний інститут
Університету «Україна», кафедра фізичної реабілітації, 4 курс
Науковий керівник В. В. Соседка, викладач*

Аплікатори, розроблені лікарем рефлексотерапевтом М. Г. Ляпко, призначені для широкого застосування з лікувальною метою, а також як профілактичний засіб для зміцнення і збереження здоров'я, підвищення працездатності, нормалізації сну, обміну речовин, можуть використовуватись в умовах різних медичних лікувальних установ, у санаторіях, а також самостійно вдома для ефективного лікування (безмедикаментозного чи з невеликою кількістю медикаментів) різних захворювань і патологічних станів організму.

Аплікатор Ляпко — один з медичних пристроїв вітчизняного виробництва. Він відомий в Америці, Західній Європі, Австралії. Аналогів у світі у нього немає, оскільки він не має собі рівних за силою і результатами лікувального впливу, простотою і надійністю у використанні.

Можливості аплікатора надзвичайно великі. Він допомагає в лікуванні захворювань шлунково-кишкового тракту, серцево-судинної, дихальної і нервової систем, нормалізує їх діяльність, усуває статеві розлади з наступною нормалізацією статевих функцій у чоловіків і жінок; при лікуванні гінекологічних захворювань сприяє швидкому усуненню запальних явищ і порушень оваріально-менструального циклу, скорочує час повноцінного відновлення після черепно-мозкових травм, переломів, операцій, інсультів; знімає біль у хребті, суглобах і м'язах, головні болі, підвищує в 2–3 рази ефективність таких методів, як масаж, вушна і загальна голкотерапія, мануальна і лазеротерапія, мікрохвильова резонансна терапія (при спільному чи попередньому застосуванні), дозволяє скоротити прийом ліків, а то і зовсім відмовитися від них.

Найважливішим положенням, що складає основу методу поверхнього множинного голковколуювання, є вчення про точки і зони акупунктурного впливу — проекції ділянок найбільшої активності системи шкірно-органної взаємодії, існування якого доведено багатьма дослідженнями (зони Захар'їна-Геда, шкірно-сегментарно-вісцеральні

рефлекси й ін.). Точка або зона акупунктури включає не тільки ділянку шкіри, але і тканини, що лежать глибше — підшкірну клітковину, м'язи, нерви і судини. Встановлено, що точки і зони акупунктури відрізняються від навколишньої шкіри біофізичними характеристиками:

- більш високим рівнем електричного потенціалу і ємності;
- мінімальним електрошкірним опором;
- більш високою температурою тощо.

На противагу зазначеним зонам, існують «німі» зони: зі зниженою температурою, з високим електрошкірним опором, а також з порушеною структурою (зони дегенерації).

За уявленнями давньосхідних вчених, точки і зони акупунктури зв'язані як із внутрішніми органами, так і між собою. Вони впливають одна на одну за законами взаємовідносин каналів (меридіанів) людського тіла, що представляють головні внутрішні органи. Канали (їх 14) взаємодіють між собою, а також із позамеридіанними точками і мікропунктурними системами. Взаємодія відбувається й у самих мікропунктурних системах таких, як вушні раковини, стопи.

Канали проходять на поверхні шкіри і у внутрішніх органах, що обумовлює можливість впливати на процеси в організмі через шкіру. При цьому патологічні зміни внутрішніх органів ведуть до зміни стану точок (зон) на шкірі, і виправлятися це може певним впливом на шкіру (прийомами рефлексотерапії, масажем і багатьма іншими засобами).

Різнometалева багатогольчата рефлексотерапія (аплікатор Ляпко) виконує одну з важливих рекомендацій класичної рефлексотерапії: використовує два чи більше різнозаряджених металів (наприклад, срібло-золото) для ефективного впливу на канали (меридіани) внутрішніх органів.

На відміну від інших методів рефлексотерапії (у тому числі і нометалевої аплікаційної голчастої терапії), у даному випадку організм сам визначає величину електричного струму, а також вибирає ту чи інший метал у необхідній для нього дозі та у тій ділянці тіла, де він потрібний у даний момент. Крім того, організм сам вирішує, через які ділянки шкіри буде відбуватися дифузія того чи іншого металу, у якій дозі, з якою інтенсивністю і частотою струмів заряду і розряду.

СТРУКТУРНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАХОДІВ, ПРИЙНЯТИХ ЗАКОНОМ УКРАЇНИ ЩОДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ЛЮДЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

О. С. Костенко,

ВМУРоЛ «Україна»

студентка курсу V, групи ФР-11, кафедра фізичної реабілітації

Науковий керівник: В. М. Манжуловський

Актуальність. На сьогодні нам є необхідним замислитися, головним чином ті, хто вважають себе здоровими, що я особисто можу зробити для такої людини: втішити її добрим словом чи помолитися за неї. Я вважаю що молитва може захистити людину, охрестить її перед Богом. А перед суспільством: чи існує непорушний закон, що зможе захистити його життя, право знаходитися на цій набожній землі. Єдиний такий закон як заповіт врятує нас великого лиха, пропише чіткими літерами на папері слова правди:

Закон України відповідно до Конституції України визначає основні засади створення правових, соціально-економічних, організаційних умов для усунення або компенсації обмежень життєдіяльності, викликаних порушенням здоров'я зі стійким розладом функцій організму, функціонування системами підтримання інвалідами фізичного, психічного, соціального благополуччя, сприяння їм у досягненні соціальної і матеріальної незалежності.

Мета. Надати структурну характеристику реабілітації інвалідів відповідно Закону України про реабілітацію інвалідів на Україні.

Завдання:

- 1) викласти основні повноваження органів виконавчої влади у сфері реабілітації інвалідів;
- 2) визначити складові частини системи реабілітаційних послуг;
- 3) визначити складові загальної системи реабілітації інвалідів;
- 4) визначити основні принципи організації відновлювальних заходів в реабілітаційних установах.

Методи досліджень. Опрацювання розділів і статей Закону України про реабілітацію інвалідів на Україні — «Відомості Верховної Ради України від 20.01.06, а саме: розділ II (ст. 9, 10, 11); III (ст. 12, 13, 16); IV (17, 18, 19); V (23, 24, 25, 26, 33, 35, 36, 37, 38, 39, 40).

Висновки:

1. Захист прав людей з обмеженими можливостями здійснюють органи виконавчої влади на рівні держави і на рівні місцевих органів.

2. Система реабілітації інвалідів включає в себе заходи, що забезпечують людині отримання оптимального фізичного, інтелектуального, психічного і соціального рівня життєдіяльності.

3. Реабілітаційні заходи здійснюються за типовою державною програмою, яка розробляється згідно висновків МСЕК чи ЛКК, передбачають: мед. лік., фізичне відновлення, психолого-педагогічну корекцію, професійну, трудову допомогу, соціальну адаптацію фізкультурно-спортивну підготовку та адаптацію. Інваліди забезпечуються спеціальними технічними засобами.

4. Організація реабілітаційних заходів у спеціальних профільних установах забезпечується реабілітаційною комісією, яка здійснює передусім контроль за виконанням індивідуальної програми реабілітації людиною-інвалідом. Реабілітаційна установа здійснює психологічну, медичну допомогу; забезпечує спец, технічними засобами, виробами мед. призначення; здійснює послугу працевлаштування.

АЛЬТЕРНАТИВИ ЗЛОВЖИВАННЮ ПСИХОАКТИВНИМИ РЕЧОВИНАМИ

В. М. Піонтковська, М. Л. Шатських

Студенти 7 курсу групи ЗФР-01 спеціальності «Фізична реабілітація»

Кафедра фізичної реабілітації

Науковий керівник: Н. А. Щербакова, к.и.н., доцент

Аналіз розповсюдження хімічної залежності в світі та Україні вказує на те, що Україна — епіцентр ВІЛ/СНІДу в Східній Європі. У країні нараховується 366 тис. ВІЛ-інфікованих (наявність ВІЛ/СНІДу є показником розповсюдження залежності від психоактивних речовин). 80 відсотків наркозалежних ВІЛ-інфіковані. 80 відсотків молоді пробували наркотики. Нюхати ПАР та «колотися» починають у 10–12 років. Кожен рік гине до 10 000 залежних. За офіційними даними 40 відсотків дорослого населення України хворі на алкогольну залежність. На кожного залежного додається ще два-три співзалежних. За сучасними даними в Україні перебуває на обліку на кінець першого півріччя 2005 р. 8529800 ч. (у т.р. по м. Києву 911 600 ч.), взято на облік з діагнозом «хімічна залежність» за

перші шість місяців 2005 р. 326300 ч. (у т.р. по м. Києву 20000 ч.). Таким чином, враховуючи складність ситуації, питання лікування та пошуку альтернативи зловживанню ПАР є вкрай актуальним. Новизна нашої роботи полягає у пошуку альтернатив зловживанню ПАР. Можна припустити, і по вивчення альтернатив зловживанню психоактивними речовинами та розробка системи заходів на заміну тих станів і відчуттів, які переживає людина, вживаючи ПАР, є одним із шляхів боротьби з залежністю. Аналіз, синтез та узагальнення наукової літератури, присвяченій даній проблемі, і власний досвід роботи в наркологічній лікарні дають можливість стверджувати, що проведення різних форм процедур психофізичної реабілітації дозволяють за рік охоплювати відновлювальною роботою до 34 214 процедуро-пацієнтів і отримувати позитивний результат, який проявляється у збільшенні терміну ремісії і скороченні терміну відновлення показників фізичного, функціонального та психоемоційного стану хворих на залежності. Під час проведення досліджень нами застосовувались наступні методи: опитування, функціональний контроль, вивчення історій хвороб. У результаті проведених власних досліджень і аналізу світового досвіду можуть бути запропоновані наступні альтернативи зловживанню ПАР.

Очікуваний ефект від вживання ПАР	Альтернатива зловживанню ПАР
1	2
Розслаблення, енергія, гарне самопочуття	Спорт, танці, гарний сон, повноцінне харчування, мандри
Сильна сенсорна стимуляція	Екстремальні види занять, інтелект людини
Емоційні запити: знеболювання, втеча від проблем, підвищення настрою, зняття збентеження	Тілесно-орієнтована психотерапія
Міжособистісне спілкування	Спортивні групи, групи за інтересами, суспільні клуби, групова терапія, суспільна робота, допомога іншим
Інтелектуальні потреби: подолання нудьги, отримання нових знань, використання власних знань, допитливість	Читання, спорт, дискусії в групі за інтересами
Естетичні потреби: розвиток власних здібностей, спроможність насолоджуватися творами музики та мистецтва	Вивчення ізомистецтва, відвідування концертів, виставок

1	2
Задоволення філософських запитів- потреб : відкриття нових життєвих коштовностей, пошук сенсу життя, формування особистості, формування світогляду.	Дискусії, семінари, вивчення спеціальної літератури

КРИТЕРІЇ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ

М. А. Савельєв,

провідний фахівець відділу соціально-медичної реабілітації управління соціальної адаптації та реабілітації Університету «Україна»; Університет «Україна», м. Київ, факультет соціальних технологій, магістратура, спеціальність «Фізична реабілітація», Науковий керівник — ст. викладач, О. І. Колядич

Ефективне відновлення працездатності та соціальної значимості інвалідів у суспільстві має велике значення, оскільки веде до зменшення їх чисельності зарахунок повернення до повноцінного життя і праці, що, в свою чергу, пов'язане з чималою економією державних коштів на соціальне забезпечення.

Проте у теорії і практиці реабілітації є багато невирішених проблем. По-перше, реабілітація як наука, ще не сформована, по-друге, майже відсутня література про медико-соціальну та психологічну реабілітацію осіб з інвалідністю.

В основу існуючого визначення реабілітаційного потенціалу покладена медична або лікарська модель, при якій проводиться оцінка анатомічних дефектів і функціональних порушень організму хворого. При цьому зовсім не враховуються психологічні особливості хворого та його соціальна роль. Такий підхід носить суто механічний характер, а критеріями реабілітації є лише анатомо-фізіологічні та біохімічні показники. У результаті рішення МСЕК в «Індивідуальній програмі реабілітації» інваліда, носять рекомендаційний характер і не здатні із-за обмеженого підходу забезпечити повноцінну реабілітацію пацієнта.

Втрата працездатності, соціального становища, престижу, відчуття безпорадності й спотворювання, безсоння, хронічний больовий синдром, невизначеність перспектив гнітять людину, створюють у неї враження соціальної неповноцінності, а надмірно виражені

негативні емоції (депресія, тривога, фобії) здатні викликати навіть суїцидальні думки, адже психіці хворого властивий взаємопідсилюваний вплив соматичних і психогенних процесів.

Оскільки реабілітація повинна відображати відновлення здоров'я в його динаміці й орієнтуватися на поліваріабельність прогнозів з урахуванням не тільки об'єктивних детермінант, але й величезної ролі суб'єктивного фактора, її потрібно розглядати як єдину біо-психо-соціальну систему.

Принципово новою методологічною установкою реабілітації є об'єднання медичної, психологічної й соціальної моделі в єдину системну концепцію, що дозволяє спланувати весь її процес з позиції інтересів хворого.

Психологічний аспект реабілітації передбачає активізацію особистісного потенціалу в боротьбі із захворюванням, мобілізацію внутрішніх ресурсів хворого для подолання стресової ситуації.

У процесі реабілітації відбувається активний вплив суспільства і реабілітолог, зокрема на особистість хворого шляхом організації відповідного адаптованого способу життя і відновлення або створення заново відчуття своєї соціальної значимості. А це неможливо зробити без відтворення соціально-психологічної цілісності.

При проведенні реабілітації, в першу чергу, необхідно поставити перед собою мету і визначити підсумковий результат, бажаний для пацієнта й суспільства в цілому.

На етапах мотивації й адаптації істотну роль відіграє духовність, компонентами якої є віра, культура й інтелект і яка дозволяє людині сформувати мету життя й допомагає визначити життєві цінності.

Таким чином, саме духовність являє собою один з найважливіших соціальних регуляторів і є запорукою успіху реабілітації.

На етапі активації і при наявності мотивації у пацієнта з'являється установка на позитивний результат відновлювального лікування, що дає можливість моделювати майбутнє. Факторами активації, здатними викликати у пацієнта позитивні емоції і впливати на формування його соціально-значимої позиції, є рух, ритм, звук, кольори, запах, інформація, новизна, спілкування. Тому музика, танці, свята, лікувальна гімнастика, ігри, творчість, освіта, праця, тощо відкривають додаткові можливості для особистості й забезпечують їй позитивну роль у суспільстві й родині.

Динаміка духовного і творчого прогресу на етапі реабілітації будь-якому дозволяє одержати колосальні результати і цей період життя перетворити в період розквіту його особистісних можливостей.

Тому працівникам МСЕК при створенні ефективної індивідуальної програми реабілітації інваліда варто враховувати не тільки характер поширення патології, обсяг і якість проведеного лікування, об'єктивні показники стану організму пацієнта, але й на основі соціально-психологічних даних сформулювати еволюційну мотиваційну мету та допомогти хворому визначити стратегію його розвитку. Критеріями ефективності реабілітації можуть служити такі якісні рівні розвитку особистості: генетичний; фізичний або тілесний; особистісний; міжособистісний; професійний; творчий і духовний.

Об'єктивна оцінка динаміки розвитку кожного рівня дозволить змінити роль пацієнта в реабілітаційному процесі, що передбачає активну участь медичних і соціальних працівників з одного боку, та духовний, творчий, психологічний потенціал самого пацієнта — з іншого.

Отже, основним критерієм оцінки ефективності реабілітаційного процесу повинен стати духовний рівень, враховуючи його здатність коригувати показники інших рівнів. Він дозволяє людині правильно зрозуміти й оцінити своє місце в житті, відчувти взаємозв'язок минулого й майбутнього, критично підійти до старих і нових ідей, сформулювати дії в новій, невідомій ситуації.

ЛІКУВАЛЬНА ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ

О. І. Суховерхова

Сумський гуманітарний інститут університету «Україна»

5 курс, група ФРС5, спеціальність «Фізична реабілітацій»

Науковий керівник О. В. Немикіна, викладач

Лікувальна фізична культура є методом активної неспецифічної терапії бронхіальної астми та успішно використовується в її комплексному та патогенетичному лікуванні.

Використання лікувальної фізичної культури визначається перш за все можливістю нормалізуючого впливу м'язової діяльності на нервову систему і кору великих півкуль. Фізичні вправи, що чинять позитивний вплив на коркові процеси, сприяють змінюванню загальної реактивності дитини, зняттю підвищеної збудженості. Під впливом спеціальних засобів, які використовуються у лікувальній фізкультурі при бронхіальній астмі, можливо зниження

підвищеного тону м'язів бронхіальної мускулатури, зняття бронхоспазму, відновлення та покращення бронхіальної прохідності. При цьому відновлюються та закріплюються нормальні моторно-вісцеральні та вісцеро-вісцеральні рефлексі. Зменшення спазму бронхіальної мускулатури, зменшення набрякості слизової і виділення слизового секрету пов'язано при виконанні фізичних вправ ще і зі збільшенням в крові адреналіну під впливом м'язової діяльності.

Важливими задачами лікувальної фізкультури при бронхіальній астмі у дітей є зменшення та ліквідація спазма бронхіальної мускулатури, відновлення порушеної бронхіальної прохідності, покращення евакуаторної функції бронхів та нормалізації зовнішнього дихання, зниження підвищеної та нормалізація спотвореної чутливості організму хворої дитини, нормалізація основних нервових процесів, попередження деформацій опорно-рухового апарату та порушення осанки, підвищення неспецифічної опірності до негативних факторів зовнішнього середовища.

В якості засобів ЛФК для рішення цих задач використовуються загально розвиваючі вправи, рухові ігри, спеціальні вправи та деякі прийоми масажу, які відповідають віковим особливостям дитини і використовуються в точній, відповідній його можливостям, дозі. На фоні загально розвиваючих вправ, які здійснюють стимулюючу та нормалізуючу дію на нервові процеси, а також певний десенсибілізуючий ефект, використовуються і спеціальні засоби. Їх призначення — перш за все ліквідувати основну патологічну ланку — спазм бронхіальної мускулатури, відновити бронхіальну прохідність. Таку дію мають деякі прийоми масажу — поглажування, вібраційний масаж та його різновиди.

Зменшення спазму бронхіальної мускулатури досягається також при виконанні дихальних вправ — вимова шиплячих та свистячих звуків, які спричиняють тремтіння голосової щілини, вимова на виході різноманітних голосних звуків (так би мовити «звукова гімнастика»). Використовуються дихальні вправи з подовженим видихом. Зменшенню і зняттю спазма бронхіальної мускулатури сприяє також використання вправ в розслабленні, тим паче, що при бронхіальній астмі часто виявляється порушення тону скелетної мускулатури, схильність до його підвищення, що значно знижує ефективність роботи дихальної мускулатури.

Деякі спеціальні вправи та масаж використовуються при приступі бронхіальної астми, що прискорюють припинення астматичного

стану. Дитина сідає верхом на стілець, обличчям до його спинці, голова лежить на покладених одну на одну руках. У такому положенні відкривається доступ до грудної клітини з боку спини, а дихальні рухи вільні. Під час приступу використовується поглажуючий та вібраційний масаж грудної клітини. Крім того, успішно використовуються знайомі дітям вправи в розслабленні разом з дихальними вправами (вимова звуків з подовженим видихом).

У міжприступному періоді лікувальна фізкультура у формі групових занять проводиться відразу ж після заспокоєння дитини та ліквідування приступу бронхіальної астми. У заняттях використовують загально розвиваючі вправи з невеликою кількістю повторень, які не потребують складної координації, дихальні вправи з подовженим видихом, вимова звуків, вправи в розслабленні із вихідного положення лежачи на спині, на боці, сидячи, стоячи. Для дітей раннього віку, а при певних показаннях і у дітей дошкільного і шкільного віку, використовується загальний поглажуючий та вібраційний масаж. Тривалість заняття — від 8–12 мін.

При прогресуючому покращенні стану дитини під впливом комплексного лікування заняття ЛФК стають більш різноманітними. До них включають гімнастичні вправи для всіх м'язових груп із різних вихідних положень, гімнастичні вправи з предметами, елементи з навантаженням і опору, вправи на виховання та закріплення навички правильної осанки, вправи прикладного типу та рухові ігри із середнім рівнем фізичного навантаження. Дихання вільне, нефорсоване. Використовуючи всі види спеціальних вправ — дихальні з подовженим видихом і з вимовою звуків, в розслабленні. Заняття лікувальною гімнастикою повинні забезпечувати поступову нормалізацію дихання, в першу чергу нормалізацію бронхіальної прохідності. Важливу роль відіграє навчання правильного дихання під час виконання дихальних вправ динамічного характеру. Забезпечується поступове підвищення пристосування дитини до фізичних навантажень, так як провокуючим фактором є надмірна м'язова напруга. У дітей з частими приступами перед заняттям ЛФК і після нього проводиться поглажуючий і вібраційний масаж грудної клітини.

Ефективність лікування бронхіальної астми у дітей в більшій мірі залежить від його систематичності та тривалості. Тому заняття ЛФК не повинні закінчуватися випискою із стаціонару. Ці діти обов'язково займаються у дитячих поліклініках, де забезпечується не

тільки достатня та повна медична реабілітація, але і попереджуються наступні напади бронхіальної астми при сумісній праці алергологічного кабінету і кабінету лікувальної фізкультури.

КОРЕКЦІЯ АГРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ У ДІТЕЙ

О. П. Бондаренко

*м. Київ, Університет «Україна», факультет соціальних технологій,
VI курс, спеціальність «Фізична реабілітація»
Науковий керівник О. І. Колядич, ст. викладач*

Агресивні тенденції у дітей проявляються самоагресією та агресивними діями по відношенню до об'єктів, оточення або інших людей; мають форми фізичної агресії або агресивних розрядів у вербальному і символічному плані; носять епізодичний, нестійкий характер, або є засобом реакції дитини на взаємодію з оточенням і виглядають як патологічний потяг.

Причини виникнення агресії і її функції в поведінці дитини різні. У ряді випадків агресія є нормальною, ситуаційною реакцією дитини, яка виконує захисну функцію, необхідну для адекватної адаптації. У спрямованих агресивних діях це виявляється прагненням дитини до експансії, активного дослідження оточення. Періоди виразної агресивності дитини, яка порушує її гармонійні відносини з оточуючими, спостерігаються в процесі нормального ефективного розвитку, і, в основному, співпадають з моментами її найбільшої емоціональної лабільності, з переживанням вікових афективних і особистісних кризів.

Корекція агресивних проявів у дітей з реакцією I рівня

Адекватним є пояснення дитині ситуації як безпечної. Важливо підкреслювати своє хороше відношення до дитини та зацікавленість в контакті з нею.

Дитина сама може полегшити ситуацію фрустрації, вдаючись до примітивних форм аутостимуляції (розгойдування, постукування). Але ці форми патологічні. У такій екстремальній ситуації дитину варто навчити більш складним формам протесту, як при реакціях II рівня.

Організація поведінки такої дитини — це організація її пасивної уваги, пасивного накопичення нею даних про навколишній світ, слідувати за дорослими в комфортній для неї ситуації.

Корекція агресивних проявів у дітей з реакцією II рівня

При проявах самоагресії варто швидко відновити змінений стереотип до звичного — виправити катастрофічну для дитини ситуацію. Зміни, що приносять дитині страждання, бувають вимушеними і виправити ситуацію складно.

Діючим є засіб «швидкої допомоги» — співчуття дитині, активне підключення до неї, «голосячи» разом з нею, в унісон її негативним афективним переживанням, вербально відзначаючи її стан, промовляючи «ой-ой-ой, яка біда!». Перенасичення негативним афективним знаком заспокоює дитину, вона замовкає, а, іноді, приймає висловлювання дорослого і використовує його замість недиференційованого крику.

Для корекції імпульсивних агресивних дій, спрямованих на оточуючих людей, необхідно швидко переключити увагу дитини, щоб не зафіксувати її на цих імпульсивних агресивних діях. Це є дуже важливим в тих випадках, коли агресивне відношення до оточуючих набуває грубого спотвореного характеру, виглядає як нездоланий патологічний потяг (дитина кидається до ніг дорослого і напружено притискається до них лицем).

У таких випадках необхідно організувати ситуацію взаємодії з дитиною так, щоб не провокувати зайвий раз її неминучих імпульсивних агресивних реакцій, усувати з її поля зору всі провокуючі подразники (працювати в брюках, одягати на руку ляльку, тобто, спілкуватись з дитиною опосередковано тощо).

Дорослим активно підключатися до афективних дій дитини, програючи їх разом з нею, інтерпретуючи їх як позитивні, підключаючи їх до створення нового яскравого емоційного образу (розсипання мозаїки можна перетворити в «салют» або «дощик», розмальовування красок — в «малювання моря або калюжі», розривання паперу — в «сніг», «політ метелика» тощо). Так формується нова емоційно позитивна домінанта.

Емоційні образи, що створюються, повинні бути динамічними, спонукати дитину до менш афективно зарядженої активності та на побудову зародків сюжетної гри, які в подальшому необхідно розгортати (більш детально програвання ситуації свята з салютом, влаштування «купання в морі» і т. д.), а потім поєднати в єдиний сюжет.

Важливо в домашніх умовах з дитиною відпрацьовувати необхідні форми поведінки, що забезпечують їй повне пристосування до звичних умов (до режиму, навички самообслуговування, допомога по дому тощо).

Корекція агресивних проявів у дітей з реакцією III рівня

Єдиний вихід в усуненні розрядів самоагресії — не фіксувати уваги дитини на страшних, тяжких враженнях, надавати їм вербального позитивного розв'язку («як чудово стати спритним, сміливим пожежником» і т. п.).

Організація будь-якої продуктивної діяльності з дитиною, яка здатна знищити результати своєї праці, повинна супроводжуватись взаємодією з дитиною та враховуватись ступінь заохочення, підтримки, щоб не перевищувати оптимальних доз. Допускати дитину до знищення результатів своєї праці не варто, адже вона потім буде дуже жалкувати. Важливо вчасно «перехопити» її творіння — влаштувати «на виставку» або «прибрати в надійне місце» і не залишати дитину наодинці з результатом своєї праці.

Органічно переключати дитину на заспокійливе і організуюче заняття — почитати її улюблену книжку, сісти разом з нею за малювання, вдаватися до достатньо нейтральної форми заборони: «Ти що стомився? Тоді давай закінчимо заняття». Так доросла людина перериває неприємний для дитини контакт, але не усуває прямого зв'язку з його агресією.

Допомагають не тільки постійні програвання і обговорювання можливих ситуацій і поворотів сюжетів у грі і малюнку, а також спільне з дитиною читання дитячих книжок, казок з детальним емоційним аналізом вчинків і намірів героїв.

Повне «окультурення» психодрами, досягнення її реалізації в соціально прийнятних зразках поведінки відбувається тоді, коли в дитині розвивається здатність до емоційного співчуття, тобто, поєднання психодрами з рівнем емоційних контактів.

Корекція агресивних проявів у дітей з реакцією IV рівня

На ранніх етапах нормального онтогенезу цей рівень афективної організації стає ведучим. Він відповідає за стабільність адекватних емоційних контактів дитини з оточуючими людьми, за підпорядкування її поведінки емоційним оцінкам їх, установкам. Дитина в процесі розвитку повинна вчитись контролювати свою поведінку з урахуванням і прогнозуванням реакцій на неї оточуючих, перш за все своїх близьких, на основі емоційного співчуття їх.

Постійна емоційна підтримка дитини близькими дорослими робить її впевненою в собі; не дивлячись на будь-які промахи, вона завжди «хороша» і «любима». Своєчасне формування у дитини

вміння органічно переключатись на заспокійливе і організуюче заняття забезпечить їй активний пошук самостійного виходу із ситуації фрустрації. Відсутність цього вміння приводить до невротичного типу розвитку дитини з закріпленням почуття невпевненості в собі, надмірної замкнутості на близьких, постійної посиленої потреби в їх підтримці та похвали з боку їх.

Спеціальні прийоми купірування або пом'якшення агресивних проявів ефективні при поєнанні їх з комплексом психокорегуючих методів підвищення активності дитини, при встановленні з нею емоційного контакту, при знятті афективного напруження, при боротьбі із страхами та організації її поведінки.

Засвоюючи основні психотехнічні прийоми для реалізації довільної поведінки, яка є соціально прийнятною і оптимальною формою для адаптації, дитина стає здатною до саморегуляції, до розгортання поведінки будь-якого ступеню складності.

ПРО ЕЛЕКТРОННУ БУДОВУ СВІТЛА І ЙОГО СПРИЙНЯТТЯ ФУНКЦІОНАЛЬНО ПОРУШЕНИМ ОКОМ ТА ОСНОВИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОРГАНІВ ЗОРУ ЛЮДИНИ

Е. Українець,

студент VI курсу

*спеціальність «Реабілітація» факультет соціальних технологій,
Університет «Україна»;*

А. А. Чикин, канд. мед. наук, доц.

Науковий керівник: д.б.н., проф. О. М. Шегольков

Для правильного сприйняття природних процесів, їх будову та зміни бездоганно важливим є здоровий стан спеціальних органів і організму людини. Так, очі людини мусять бути завжди високо функціонально діяльними при сприйнятті світла.

Вчені-офтальмологи з давнього часу розкрили, що світло це прояви специфічних електромагнітних коливань високої частоти. У людському тілі аналізатором цих коливань є око, зокрема це складно побудований орган, в котрому відбуваються оптичні процеси і перетворення біохімічних речовин (ферментів, амінокислот, енергоносіїв та інших) під впливом специфічних електромагнітних коливань. Цей процес в сприйнятливій формі виклав О. П. Панков, він описав електромагнітні коливання як спеціаліст

біофізик. У нервових центрах зору і в корі потиличної зони головного мозку завжди формуються уяви про силу і фарбу світла і інші показники. Вони розповсюджуються по корі в інші нервові центри.

Світло діє на організм людини не тільки через органи зору, а також і на зовнішні покриття, тобто шкіру, котра реагує і перебудовується, захищає і регулює стан тіла людини.

Стосовно очей слід пам'ятати, що порушення їх функціонального стану переживає кожна людина навіть в умовах доброго стану життєдіяльності. Очі сприймають і вносять в організм із навколишнього середовища до 90% інформації за добу порівняно з другими органами.

Напротязі приймання потоків світла фоторецепторами розташованими в очах, шкірних покривах, біологічно активних точках і інших компонентах організму відбуваються складні фізіологічні і біохімічні процеси, що природно потребує витрачення необхідних речовин в результаті чого виникає стомлення зору. У станах перестомлення зору, а також при низькому рівню розвитку або порушенню постачання життєвоважливих речовин може виникати перебудова речовин, котрі забезпечують фотосинтез. Такі ненормальні явища можуть супроводжуватись патологіями органів зору і загибеллю фотосенсорних нейронів при ретинопаталогії.

Активними протидіями є велика кількість методів фізичної реабілітації, викладені нами в дипломній роботі. В даній доповіді коротко викладаємо оригінальний реабілітаційний метод квантової терапії органів зору, розроблений проф. О. П. Панковим. В основу методики він поклав метод прикладної терапії, куди введено мікрокомп'ютер з випромінювачами від 400 до 1300 Нм імпульсно-періодичною частотою і спеціальні окуляри. В залежності від медичних показників лікувальний сеанс може відбуватися від 10 секунд до 15 хвилин, курс лікування складається з 12 сеансів, після яких відбувається перерва лікування на 12 днів. Напротязі кожного сеанса активизується антиоксидантний механізм світла, кровоток і обмін речовин поступово нормалізується. Виникнувші дегенерація і загибель клітин зупиняються завдяки дозованій енергії світлового проміння, сприйнятого на сеансах при квантовій реабілітації, зупиняються і з часом відновлюються клітинні комплекси.

Світлодіодний світловий потік, котрий виробляється мікрокомп'ютером і окулярами Панкова забезпечує діагностику і реабілітацію

зору при різноманітних патологіях: косоокості, глаукомі, дистрофії сітківки, міопії, післяопераційних синдромів та при інших станах.

Включення в комплексну реабілітаційну діяльність методик квантової терапії Панкова в значній мірі поширить і практично ущільнить різносторонні методи, котрі разом будуть представлять високоефективну концентровану реабілітацію людини.

МЕДИТАТИВНИЙ КУРОРТ АШРАМ

В. М. Утченко,

студент 4-го курсу групи фр 22

Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»

Факультет соціальних технологій, кафедра реабілітації

Науковий керівник: ст. викл. В. П. Федоровська

Сучасне соціальне життя діє негативно, гнітить психіку, тому людині повинен приймати «протиотруту». «Нерозумно не приймати ліки». У цьому випадку медитація Ошо виступає своєрідною таблеткою. Для розуму. Якщо ти прагнеш до медитації, любиш те, до чого вона тебе веде, ти їдеш в Ошо. Курорт Ошо — це спроба змоделювати середовище, у якій ти звик перебувати, і при цьому дати тобі те, що у звичайному житті не так-то просто знайти, волю або просто дивитися на ашрам, ти можеш побачити звичайне життя: люди працюють, вчаться, відпочивають.

Ашрам Ошо (Міжнародне Суспільство) більше двадцяти п'яти років тому заснував Бхагаван Шри Раджниш, або просто Ошо (1931–1990).

Цей ашрам не схожий на типові ашрами Індії. Це святилище «ню-ейдж» сперечається з Тадж-Махалом титул самої головної визначної пам'ятки Індії. Унікальність Ошо в тім, що він з'єднав традиційні техніки медитацій і новий підхід, названий «ню-ейдж», спрямований на подолання всіх обмежень і бар'єрів людини. Під час медитації з вами відбудеться саме те, чого ви найбільше прагнете. Міжнародна Громада Ошо в Пуні процвітає й перетворюється в чудове місце відпочинку, медитацій і саморозкриття. Це відповідає ідеям Ошо, висловленим за кілька місяців до смерті. Він встиг взяти участь у розробці безлічі нових будівель: будинків для медитацій і семінарів у вигляді пірамід, мінеральних джерел, спортивних залів і центрів відпочинку, а так само нового медитационного залу у формі піраміди,

що відкрився в січні 2001 р. Ошо сказав: «Моя віра в буття абсолютна. Якщо в моїх словах є хоч якась істина, вона збережеться в століттях. Смолоскип підхоплять ті, у кого збережеться інтерес до моєї роботи, але я нікому нічого не хочу нав'язувати. Для своїх людей я залишуся джерелом насаги. Я хочу, щоб вони росли самі по собі, щоб вони самі виховували в собі саме головне: любов, навколо якої не буде створена церква, усвідомленість, що не ставати чийсь винятковим надбанням, а ще — веселощі, радість і свіжі, подитячому здивовані очі... Я хочу, щоб мої люди пізнали себе, а не ставали кимсь за чужим наказом. Головний шлях веде усередину...»

Медитативний Курорт Міжнародної Громади Ошо розташований у ста милях до півдня-сходу від Бомбея, біля міста Пуна. Ніколи це місце було літнім курортом для махарадж і заможних британців. Щорічно сюди приїжджає біля двохсот тисяч гостей, причому більше п'ятнадцяти тисяч затримуються надовго, щоб взяти участь у медитативних семінарах й інших програмах. В 1990 р. в програмах громади брали участь представники 33 країн миру, а десять років через — уже більш ніж сотні країн, що відбиває зростаючу популярність навчань і медитативних технік Ошо. Слід зазначити, що більше 60% учасників програм — гості, що приїжджають у Пуну вперше. Програми громади засновані на ідеях Ошо про якісно новий людина, що вміє радісно ставитися до повсякденного життя, поринати в безмовність і медитацію. Більша частина програм проводиться в сучасних будинках з усіма зручностями; заняття включають різноманітні індивідуальні сеанси, лекції й семінари. Багато співробітників громади — визнані в усім світі професіонали у своїх областях. Програми охоплюють самі різноманітні сфери — від мистецтва й творчості до індивідуального розвитку і лікування, застосовуючи «дзэнський» підхід до спорту й фізичної культури, дозвілля, та здоров'я, проблеми особистих відносин і найважливіших етапів життя чоловіків і жінок. Індивідуальні й групові заняття проводяться цілий рік, поряд із цілоденними програмами активних медитацій Ошо й численними формами відпочинку серед буйних тропічних садів, озер і парків «Клубної медитації». Кафе й ресторани під відкритим небом пропонують і традиційні індійські блюда, і різноманітні зразки кухні всіх країн миру; фрукти й овочі вирощуються у власних господарствах громади. У курорту є свої запаси чистої води. Хоча сама громада не забезпечує проживання гостей, неподалік перебуває безліч зручних готелів і приватних квартир.

ФІТОТЕРАПІЯ В КУРОРТНІЙ СПРАВІ

В. М. Утченко,

студент 4-го курсу групи фр 22

Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»

Факультет соціальних технологій, кафедра реабілітації

Науковий керівник: ст. викл. В. П. Федоровська

Вступ. Останнім часом в світі відмічається стійке збільшення препаратів на натуральній основі. Це пояснюється тим, що громадськість зрозуміла негативну дію та низьку ефективність багатьох синтетичних препаратів, і обернулося обличчям до натуральних ліків, які у своїй більшості більш ефективні і, що дуже важливо, в результаті прийому їх негативних дій майже не відмічається. Лікарські речовини, отримані з рослин, мають принципові переваги перед тими штучними, які створюються в лабораторіях.

За останній період світ побачив багато наукових праць з фітотерапії, які змінюють наше уявлення про фітотерапію. Переважне спрямування цих робіт пов'язані з новими мікроскопічними та біохімічними дослідженнями біологічно активних речовин рослин, та їх сполук у профілактиці та лікувальні різних захворювань.

Ми вважаємо, що необхідно довести до суспільства переваги фітотерапії, з профілактичною та лікувальною метою. А також доцільно знати про використання фітопрепаратів в санаторній практиці.

В результаті раціонального застосування фітопрепаратів, зменшиться кількість хворих та полегшить перебіг багатьох хвороб, поліпшиться ефективність та якість реабілітаційної допомоги інвалідам та адаптантам.

Предмет вивчення наукової роботи — використання фітопрепаратів як засобу фізичної реабілітації.

Об'єкт вивчення наукової роботи — використання фітопрепаратів з профілактичною та лікувальною метою.

Лікувальна дія рослин, наших зелених супутників, які супроводять людину протягом мільйонів років еволюції і без яких людина не може обійтися ні нині, ні в далекому майбутньому, полягає у єдності обміну речовин у живих клітинах. Незважаючи на ряд істотних відмінностей між рослинами і тваринами, до яких належить і людина, основні ланки обміну речовин у них подібні: в них беруть участь ті самі продукти, однакові або дуже схожі ферменти, відбуваються тождісні реакції.

Біологічно активні речовини розміщені в рослині нерівномірно. Вони можуть переважати у квітках, стеблах, листах або коріннях, а можуть накопичуватися в насінні, плодах або корі. Зміст активно діючих речовин у рослині коливається залежно від місця його зростання, способу збору, сушіння й приготування. Це можна відкоригувати, збираючи рослини в певний час і ретельно дотримуючи всі правила сушіння, збору й приготування ліків. Тоді вони майже не гублять своєї лікувальної ефективності.

Майже завжди в будь-якій лікарській рослині є кілька речовин із цілющим ефектом, з яких звичайно одне — головне — визначає медичне значення лікарської рослини. Наскільки сильно другорядні за значенням діючі речовини впливають на дію лікарської рослини, стає ясним, якщо вдасться виділити головну речовину. Часто тоді вона одна діє зовсім інакше. Лише спільна «гра» всіх складених речовин, включаючи й баластові, забезпечує рослині його цілющу дію — і це друга особливість рослинних ліків.

Методика введення фітопрепаратів надзвичайно різноманітна за своєю дією. Існує внутрішній і зовнішній шлях введення фіторечовин кожен шлях введення має характерні особливості, і має величезний лікувальний та профілактичний потенціал.

Наведені в літературних джерелах методики використання фітопрепаратів показали свою ефективність та практичність використання.

Фітотерапія привела до поліпшення клінічного стану хворого: зменшенню виразності кашлю, задишки, полегшенню подиху й відходження мокротиння, позитивній динаміці функціональних показників зовнішнього дихання: збільшуються життєва ємність легенів і дихальний обсяг, а також максимальна вентиляція легенів, зменшується кількість мікробів на слизових дихальних шляхів. Лікування приводить також до нормалізації загального імунітету, підвищення його.

ФІЗИЧНІ ВПРАВИ, ЯК ЗАСІБ РЕАБІЛІТАЦІЇ АДАПТАНТІВ З ВАДАМИ СЛУХУ

О. Є. Ульянова, студентка

Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»

Факультет соціальних технологій, спеціальність фізична реабілітація

Науковий керівник ст. викл. В. П. Федоровська

Загальні відомості про глухоту

Згідно оцінкам ВОЗ, на межі ХХ і ХХІ ст. кількість людей, що потерпають більш чи менш тяжкими порушеннями слуху у світі досягає 42 млн.

Глухота — повна відсутність слуху або така ступінь його зниження, при якій розбірливе сприйняття мови стає неможливим. Повна глухота зустрічається рідко у більшості глухих маються залишки слуху, які дозволяють сприймати дуже голосні звуки, в тому числі і деякі звуки мови. Такий стан розцінюють як тугоухість або слабочуення.

Розрізняють вроджену і набуту глухоту.

Причинами втрати слуху можуть бути:

- хвороби матері під час вагітності (краснуха, сифіліс);
- прийом матер'ю під час вагітності хіміопрепаратів;
- травми під час пологів;
- двостороння глухота більш ніж у 90% настає у дитячому віці;
- у дорослих після травм голови, особливо після військових контузій.

Функція вестибулярного апарата піддається тренуванню. Вестибулярне тренування, спрямоване на прискорення компенсацій лабірійних розладів, веде до розвитку почуття рівноваги і координаційних здібностей.

На основі аналізу наукових праць виділяють такі функціональні порушення при глухоті:

- недостатньо точна координація і невпевненість рухів;
- важке утримання статичної і динамічної рівноваги;
- низький рівень розвитку просторової орієнтації;
- уповільнене оволодіння руховими навичками;
- збільшення часу рухової реакції;
- низький темп рухів;
- погіршення рухової пам'яті.

АФВ людей з дефектами слуху

Основними причинами, які не сприяють активному використанню фізичної культури і спорту людьми з вадами слуху. По даним статистики є:

- небажання бути смішними;
- скептичне відношення до занять фізичними вправами родичів, близьких, знайомих;
- недостатня компетентність лікарів у питаннях фізичної культури і спорту;

Адаптивне фізичне виховання людей з вадами слуху передбачає виховні, корекційні і оздоровчі цілі.

Спецефічними задачами АФВ при глухоті є розвиток:

- вестибулярної функції, в т.ч. просторової орієнтації;
- раціонального розподілення фізичних зусиль;
- швидкості рухових реакцій;
- довільне керування темпом рухів;
- координація рухів;
- рухової пам'яті.

Ці задачі вирішуються слідуючими засобами:

- загальнорозвиваючі фізичні вправи;
- циклічні вправи (ходьба, біг);
- дихальні вправи;
- вправи, що розвивають координацію;
- танцювально-ритмічні вправи;
- рухові ігри;
- види спорту, які розвивають орієнтацію в просторі.

Особливістю АФВ людей з вадами слуху є те, що всі задачі потребують ретельної попередньої підготовки і розробки наочних понятійних інформацій в найбільш раціональній формі. Доцільно максимально широко використовувати зорові образи.

У фізичному вихованні і спорті найбільш активно використовується язик жестів.

СЕКЦІЯ 4

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОГО ПЕРЕКЛАДОЗНАВСТВА

ПІДСЕКЦІЯ 4.1. ПРАГМАТИКА ПЕРЕКЛАДУ

ПРАГМАТИКА ПЕРЕКЛАДУ НАЗВ ХУДОЖНІХ ТВОРІВ

Н. С. Докаленко

Сумський гуманітарний інститут університету «Україна»

III курс, група П-3, спеціальність «Переклад»

Науковий керівник: І. Г. Ізмайлова

Переклад тієї чи іншої назви художнього твору — клопітка робота, у процесі якої можна наробити безліч помилок, особливо якщо перекладач не читав самого твору або не має уявлення про його зміст.

Анекдотичні випадки, які виникають при перекладі назв казок та твору Роберта Бернса з англійської мови українською.

Доводи, які приводив О. М. Арго на користь заміни деяких традиційних перекладів назв новими, більш правильними. З деякими з них можна посперечатися, але з більшістю неможливо не погодитися.

Непереборний закон сприйняття: більше подобається той переклад, до якого звикли, який прочитали першим. Велика кількість назв, до яких звик читач, міцно закріпилися в його свідомості, хоча вони й перекладені зовсім невірно.

Точний переклад назв іноді виявляється зовсім неправильним, бо у читача він викликає зовсім інші асоціації, ніж в оригіналі, при буквальній точності надає читачеві зовсім неточну змістову інформацію. Саме в таких випадках необхідно змінювати назву в перекладі, особливо якщо в оригіналі вона не досить міцно пов'язана з темою і сюжетом твору.

Іноді трапляється так, що не можна, та й не треба змінювати назву при перекладі, хоча його точний переклад може навести читача на асоціації, пов'язані з побутом його країни.

Може виникнути ситуація, коли в перекладі виходить «те, та не те», або ну зовсім «не те» (що, на жаль, трапляється доволі часто).

При перекладі назви твору дуже важко «влучити в яблучко»: для цього перекладач, подібно губці, повинен увібрати в себе ідею твору, його атмосферу, інтонацію.

Необхідність заміни назви при перекладі виникає не завжди, але іноді назви змінюють зовсім безпідставно, навіть не зважаючи на ідею і сюжет творів.

Досить рідкісним виявляються випадки, коли неточний переклад назви краще передає ту саму таємну суть твору, ніж назва, вигадана автором.

Досить часто англійські заголовки бувають алітеровані. Перед перекладачем постає захоплююче і здійсненне, можливо й не завжди, але досить частіше, ніж здається з першого разу, завдання.

Для перекладу заголовків, як для художнього твору взагалі, не може бути ніяких незаперечних рецептів, пошуки «філософського каменя» ніколи і ні до чого не приводили. Тут також важливим є, перш за все, діалектичний підхід до оригіналу, здатність збагнути його думки і форми, культура перекладача і, звичайно ж, його здібність.

SLANG AND COLLOQUIAL SPEECH IN MODERN ENGLISH

Ю. В. Пенська

Луцький інститут розвитку людини Університету «Україна»,

3 курс, група Фп-31, спеціальність «Переклад»

Науковий керівник: В. П. Голотюк, викладач

By slang we mean words or phrases in common colloquial use in some or all of their senses hanging on the outskirts of the literary language, but continually forcing their way into it.

On the other hand, the term is often applied to the words, the term is often applied to the words and phrases either entirely peculiar to our used in a special sense by same class or profession. The ultimate origin of the name slang is not definitely known. The word itself is probably a slang creation. The sources of slang are extremely varied. Slang is often humorous, witty and sometimes picturesque. It is more and more

penetrating into the literary language. Slang may be easily condemned on the basis of its frequent tendency to use slovenly and bizarre expressions. Slang words are ill-adapted to serve as a medium of intercourse [1].

There is no standard test that will decide what is slang or colloquial and what is not. Expressions that are identified as slang are often some type of entertaining wordplay, and they are almost always an alternative way of saying something. Colloquial expressions are usually spoken and are often thought of as being direct, earthy or quaint. Slang and colloquial expressions come in different forms:

Single words, simple phrases, idioms and complete sentences. Slang is rarely the first choice of careful writers or speakers or anyone attempting to use language for formal, persuasive or business purposes. Nonetheless, expressions that can be called slang or colloquial make up a major part of American communication in movies, television, radio, newspapers, magazines and informal spoken conversation.

Localized fad words usually have a short life, but other kinds of slang expressions may spread and last for a long time. The farther they spread, the longer they will last. At some point the old ones are put on hold until they are forgotten by everyone or revived by a new generation. Many expressions that hang around for decades will pop up again and again in novels and movies, or in sporadic use in the speech of the older generation [2].

The slang word is a deliberate substitute for a word of the vernacular just as a nickname is a substitute for a personal name.

The linguistic processes through which the slang word is involved may be traced in numerous examples. Besides syncopations, apocope and aphaeresis slang may also bring figures of speech like metonymy, metaphor and hyperbole as well [1].

The ways of translating slang may be different. The translator chooses the more suitable word or expression in target language or sometimes substitutes slang. But it is very important to know the meaning of slang words and expressions.

Slang vocabulary

A great guy — класний чувак, кльовий хлопець, To blow one's stack — не тримати себе в руках, заводитись, To fly off the handle — виходити з себе, зриватись, To be getting on — зношуватись, старіти, To work out — тренуватись, качатись, This is it — ось так, це головне, Cat — хлопець.

Stuff and item are very popular words in American English. Sometimes they are used as synonyms.

e.g. — Did you put all the stuff in your gym bag? — Ти все склав у свою сумку?

— O’k, all items are here. — Все нормально, все на місці.

Stuff means different things in smb’s bag, in smb’s room or even in smb’s company.

e. g. Here is a picture of our last summer stuff. — А ось фотографія всіх, хто працював в нашому таборі минулого літа.

Bananas means crazy or unusual.

e.g. Yeah, they are so bananas! — О так, вони такі божевільні! [3].

Література

1. Н. М. Раєвська. English Lexicology.— К.: Вища школа, 1991.— 320 с.
2. Р. А. Спирс. Слова американського сленга.— М.: Русский язык, 1991.— 528 с.
3. М. А. Голденков. Осторожно Hot Dog! Современный активный English.— М.: Че Ро, 2002.— 272 с.

ПІДСЕКЦІЯ 4.2. ЛІНГВІСТИКА ПЕРЕКЛАДУ

SOME DIFFERENCES BETWEEN BRITISH & AMERICAN ENGLISH

Д. В. Захарченко

Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»

Факультет інженерних технологій

II курс, група ДЗ-41, кафедра «дизайн»

Науковий керівник: В. О. Кокін, викладач кафедри іноземної філології

English is one of the most popular ones in the world.

Like Latin in Europe in the Middle Ages, English seems to be one of the main languages of international communication, and people who are not speakers of English often know English words

Queen’s English is the form of language English used in the Britain. It has been come to the British Isles after the falling of the Roman Empire. Anglo-Saxons have brought it there. Since those times the old East Midlands dialect has been enriched & developed into standard English, while others become the many regional dialects spoken today. Dialects are often characterized by use of non-standard forms, such as double structures. Dialects are usually spoken with a regional accent. English people are rather conetrvative about their language

& they save its traditions. That's why we can find such differences of British English

Standard English. From the 15th century onwards standards of pronunciation & vocabulary gradually become established. In the 18th century there was a lot of discussion about «correct» English, as a result, in 1755 Samuel Johnson's dictionary published. It came to be considered an authority on the correct use of words. Second one. Nowadays, it is the language of BBC, computer, international business & politics. Standard English is taught in schools

British Regional English. *Cockney* is a London dialect of the working class. Features: double negative structures, like I don't want none; dropping the letter «h» replaces the letter «t» etc.; *Geordie* is a Liverpool dialect. Features: tend to slur words, like gorra for «got a» or «got to» words unique to the north gradely = excellent and mardy = spoilt. A feature which usually identifies somebody, as coming from the north, is the pronunciation «a», almost everywhere, like in word castle. Urban dialects of the Midlands share features with northern dialects.

American English British people who went to the US in 17th century spoke a variety of dialects. After they reached the US their language developed independently of British English. Many were taken from the Indian language of Native Americans. The language of Dutch & French settlers and of the huge numbers of immigrants entering the US in the 19th and 20th centuries, also contributed to the development of American English.

In written English, spelling shows whether the writer is American or Americans use *-or* instead of *-our* in words like *color and flavor*, and *-er* instead of *-re* in words like *center*. Other variants include *-x-* for *-ct-* (connection) and *-l-* for *-ll-* (travel). British people consider such spelling to be wrong. American spelling which may be used in British English include using *-z* — instead of *-s* — in words like *realize*, and writing the past tense of some verbs with *-ed-* instead of *-t* — e.g. *learned*, *dreamed*.

There are various differences in grammar and idiom. For instance, *gotten*, an old form of the past participle, of *get* is often used in American English in the sense of «received» e.g. «I've gotten 16 Christmas cards so far». Americans say «*He's in the Hospital*» while British people say «*He's in hospital*». The subjunctive is also common in American English e.g. «They insisted that the *remain* behind». Several features of pronunciation contribute to the American accent. Any V is usually pronounced, e.g. card [ka:rd], dinner [diner]. A «t» between

vowels may be pronounced like a «d», so that *latter* sounds like *lad-der*. The vowel *ffl* rather than [a:] is used in words like *path*, *cot* and *caught* are usually both pronounced [ka:t], and «o» as in *go* [go:u] is more rounded than in Britain. *Tune* is pronounced [tu:n] not [tju:n]. Stress patterns and syllable length are often also different, as in *laboratory* [lə'ɒrɪtri], BrE [le'bɒrɪtri], and *missile* ['mɪsəl], BrE ['mɪsəl].

Americans tend to use very direct language, and polite forms which occur in BrE, such as «Would you mind if I...» or «I'm afraid That ...» sound formal and unnatural to them. **Regional differences**

American English (GAE)

Is the dialect that is closest to being a standard/It is especially common in the Midwest but is used in many parts of the US. The associated Midwestern accent is spoken across most of the northern states and by many people elsewhere.

An official language. For a long time English helped to unite immigrants who had come from many countries. Now the Hispanic population is growing and will reach 80 million by 2050. This situation led to the founding of the English Only Movement, which wants to make English the official language of the US.

Whatever the spread of English across the globe and whatever its overlap with other languages, there has been an intriguing debate over the years as to how many people speak English as their «first» or a «second» language. People of the United Kingdom, USA, Canada, Australia, India, Hong Kong and some countries of Africa, Malaysia etc. use it. Although English is not the language with the largest number of native or «first» language speakers, it has become a lingua franca. A lingua franca can be defined as a language widely adopted for communication between two speakers whose native languages are different from each other's and one or both speakers are using it as a «second» language. Many people living in the European Union, for example, frequently operate as well as their own languages, & the economic & cultural influence of the United States has led to increased English use in many areas of the globe. A such as bank, chocolate, computer, hamburger, hospital, piano, radio, hotel, taxi, hot dog, restaurant, telephone, television, and university.

ДЕЯКІ РОЗБІЖНОСТІ МІЖ АНГЛІЙСЬКОЮ МОВОЮ ТА ЇЇ АМЕРИКАНСЬКИМ ВАРІАНТОМ

Д. В. Захарченко

*Відкритий міжнародний університет розвитку людини «Україна»
Факультет інженерних технологій*

*2 курс, група ДЗ-41, кафедра «дизайн», спеціальність 6.020200 Дизайн.
Науковий керівник: В. О. Кокін, викладач кафедри іноземної філології*

Англійська мова є однією з найбільш вживаних мов у світі. Як латинь у Європі у середні віки, так і англійська мова зараз є однією з головних мов у міжнародній спільноті і люди, які не є носіями мови часто знають англійські слова.

Королівська англійська мова — це та форма англійської мови, яка використовується зараз у Британії. Вона потрапила на Британські острови після падіння Римської імперії. Її сюди завезли англо-саксони. З тих часів діалект східно-центральної графств Великобританії збагатився та розвився у стандартну англійську мову, в той час як інші залишилися регіональними діалектами, на яких розмовляють і зараз. Діалекти часто характеризуються вживанням нестандартних форм, таких як подвійні структури. Діалекти зараз, звичайно, розмовляються з регіональною вимовою. Англійські люди досить консервативні щодо того, що стосується їхньої мови та звичаїв. Ось чому зараз є деякі розбіжності у англійській мові.

Стандартна англійська мова. З 15 сторіччя стандарти поступово установилися. У XVIII ст. багато дискутували про «правильну» англійську мову і в результаті цього у 1755 році був виданий словник Самуеля Джонсона. Він вважався авторитетним джерелом для правильного використання слів. Зараз це є мова ВВС, комп'ютера, міжнародного бізнесу, політики. Стандартна англійська мова викладається в школах.

Регіональна англійська мова. Кокні є лондонським діалектом робочого класу. Його характерні риси: подвійні заперечні структури, зникнення літери «h» та інше.

Джоди є ліверпульським діалектом. Його характерні риси: намагання вимовляти слова невизначено. Характерна риса, яка показує людину з півночі це вимова звука () замість (a:). Майже повсюди, наприклад, в слові «castle». Міські діалекти центральних графств відрізняються від північних діалектів.

Американський варіант англійської мови. Англійські люди, які прибули у Америку в 17 сторіччі розмовляли на багатьох діалектах. Після того як вони прибули їхня мова розвивалась незалежно від англійської мови. Багато було взято від індійської мови.

Голландська та французька мови та мови інших поселенців, прибувших в Америку в IX–XX сторіччі, також вплинули на розвиток американського варіанту англійської мови. В письмовій англійській мові написання показує чи автор американець, якщо написано -or замість -our в словах color і flavor, і -er замість -re в словах як center. В інших словах -x замінюється на -ct і l замінюється на -ll (travel). Англійські люди вважають таке написання неправильним. Американське написання включає використання -z замість -s в словах подібних «realize» і написання минулого часу деяких дієслів із закінчення -ed замість -t, наприклад learned, dreamed.

Є деякі розбіжності в граматиці та вживанню ідеоматичних виразів. Наприклад, стара форма дієприкметника минулого часу «gotten» часто вживається замість «get» в значенні «отримав». Американці кажуть «he is in the hospital», в той же час англійці скажуть «he is in hospital». Умовний спосіб також є загальним для американського варіанту. Спрощується умовний спосіб в американській англійській мові. «They insisted that she remain behind». «Вони наполягли, щоб вона залишилась позаду». Деякі характерні риси відрізняють американську вимову. Так «r» завжди вимовляється як звук (r), «t» між голосними може вимовлятися як (d), голосна () частіше вимовляється замість звука (a:), а (o) вимовляється замість (ou), в слові tune вживається промова (tu:n) замість (tju:n). Наголос і довгота звука також часто можуть бути різними. Американці намагаються вживати дуже просту мову і ввічливі форми англійської мови, такі як «would you mind if I», «I'm afraid that» звучать формально і не натурально для них.

Загальний американський варіант англійської мови. Це є діалект, який найближчий до стандартної мови. Він загальний для Середнього Заходу, але використовується в багатьох частинах Америки. Об'єднана середньозахідна вимова розмовляється у більшості північних штатах та у всьому світі.

Офіційна мова. Протягом довгого часу англійська мова допомагала об'єднуватися іммігрантам, які прибули з багатьох країн. Зараз зростає чисельність населення, яке розмовляє іспанською. Ця ситуація призвела до відкриття руху за англійську мову, прихильники якої хочуть, щоб англійська мова залишилась офіційною

мовою Сполучених Штатів. Все ще поширення англійської мови та її частковий збіг з іншими мовами дебатуються протягом років, як дебатуються і кількість людей, які вживають англійську мову в якості «першої» або «другої» мови.

Люди з Великої Британії, Сполучених Штатів, Канади, Австралії, Індії, Гонконгу, деяких країн Африки, Малайзії та інших використовують англійську мову. Хоча англійська мова не є мовою, з якою народилась велика кількість людей, вона стала змішаною мовою. Змішаною мовою може бути зазначена та мова яка поширена для комунікації між двома співрозмовниками, мови яких різні, і один або навіть обидва використовують її як «другу» мову. Багато людей, які мешкають у Євросоюзі спостерігають вплив Сполучених Штатів на їхню мову, економіку, культуру та збільшується використання англійської мови в багатьох сферах життя, таких як в банківській справі, комп'ютерах, охороні здоров'я, музиці, радіо та інших.

Annotation

The term British English is used by linguists to contrast the form of English used in Britain with American English. It is not necessary to say that English will remain dominant among world languages. There are some differences between British English and American English in vocabulary, grammar and pronunciation. If we want to know English, we must know these differences.

Key words: British English
American English

ПРОБЛЕМИ АДЕКВАТНОСТІ ПЕРЕКЛАДУ ТВОРІВ ДЖ. К. РОЛІНГ УКРАЇНСЬКОЮ ТА РОСІЙСЬКОЮ МОВАМИ

І. Г. Лифарь

*Полтавський інститут економіки і права,
соціально-гуманітарний факультет,
V курс, група ФП-51, спеціальність «Переклад».
Науковий керівник: С. Д. Щербина, канд. філол. наук, доцент*

Серія книг про Гаррі Поттера — це нова зірка у дитячий літературі. Багато прихильників аплодують творчості Ролінг за сміливість та чесність і порівнюють її із літературною діяльністю таких класиків як Л. Керрол («Аліса в Країні Чудес»), Дж. Р. Р. Толкієн

(«Володар перснів»), Клайв С. Л'юїс («Хроніки Нарнії»), чий внесок у дитячу літературу є беззаперечним. Творчістю вищезгаданих письменників захоплюються не лише діти, а й дорослі. Оскільки людей, що володіють іноземними мовами, поки що набагато менше ніж тих, хто і свою мову знає недосконало, роботи для перекладачів буде завжди вдосталь. Специфічним аспектом художнього перекладу є робота саме із дитячою літературою. Перекладач має враховувати особливості сприймання художнього твору неповнолітнім читачем. Мова літератури для цієї вікової групи є дуже емоційною, експресивною та образною. Діти сприймають більшість інформації не на рівні фактів, як це часто буває у дорослих, а на рівні емоцій. Саме тому автори у своїх творах використовують дуже багато стилістичних засобів, які формують яскраві образи у свідомості маленького читача.

Зважаючи на всесвітню популярність Гаррі Поттера, історії про цього хлопчика-чарівника були перекладені і слов'янськими мовами, зокрема українською та російською. Всі перекладачі доклали зусиль, щоб адекватно передати зміст, форму та стиль першотвору. Головною проблемою є те, що не існує спеціальних правил, яких необхідно дотримуватися при перекладі дитячої літератури, тому, коли перекладачеві потрапляє до рук такого роду книга, він/вона прирівнює його до решти творів художньої літератури і не звертає особливої уваги на специфіку завдання не рідко забуваючи про те, що діти сприймають усе зовсім по-іншому. Якщо, наприклад, дорослі не помічають різниці між перекладеними варіантами твору Дж. К. Ролінг «Гаррі Поттер і Таємна Кімната», то дітям більше подобаються уривки, де прізвища героїв говорять самі за себе, із назви вулиці можна зрозуміти, чи варто по ній прогулюватись, а чудернацькі чари не лише незвично звучать, а ще й підказують, для чого вони використовуються.

Досліджуючи проблеми адекватності перекладу художнього твору дитячої літератури, а саме твір «Гаррі Поттер і Таємна Кімната», зроблений українською мовою В. Морозовим та російською (М. Співак, народний переклад та переклад Ю. Мачкасова), нами було виконано декілька конкретних завдань, а саме:

- охарактеризовано художній стиль та визначено особливості перекладу творів художнього стилю;
- окреслено основні зображально-виражальні засоби художнього стилю;
- наведено способи перекладу безеквівалентної лексики;
- виділено види перекладацьких лексичних трансформацій;

- зроблено порівняльний аналіз перекладу власних назв, специфічної лексики, розмовного та діалектичного мовлення на матеріалі перекладів твору Дж. К. Ролінг «Гаррі Поттер і Таємна Кімната».

Аналіз зібраного фактичного матеріалу показав, що під час роботи із даним твором, не всі перекладачі однаково підійшли до розв'язання проблеми перекладу власних назв, специфічної лексики (специфічною для цього твору лексикою слід вважати закляття, назви чарів та магічного приладдя), та розмовного і діалектичного мовлення (наприклад, мовлення героя Геґріда). У більшості випадків перекладачі знехтували основним призначенням мови твору — справити враження на цільову аудиторію, тобто дітей.

Проведене дослідження дозволяє зробити висновок, що перекладаючи дитячу літературу, яка сьогодні так необхідна в Україні і все більше завойовує книжковий світ, варто мати на увазі, що адекватність її перекладу полягає не лише у правильній передачі послідовності подій і загальної теми, основних стилістичних засобів та авторської мови, не порушуючи мовних стандартів і використання мови перекладу, а і у тих нюансах, які роблять саме цю літературу дитячою. А діти — дуже чутлива аудиторія. Прищеплюючи у дитячому віці любов до високоякісної літератури, можна не сумніватися, що такі діти не перестануть читати художні твори і тоді, коли вони подорослішають.

ФОРМУВАННЯ ТА ІСТОРІЯ РОЗВИТКУ СУЧАСНОЇ АНГЛІЙСЬКОЇ МОВИ

А. О. Мамасва

*Київська філія, факультет правознавства та міжнародних відносин,
III курс, група МІ-31, спеціальність «Міжнародна інформація».*

Науковий керівник: О. І. Тараненко, старший викладач

Вивчаючи сьогодні англійську мову, ми знаходимо в її словниковому складі, фонетиці та граматиці цілий ряд явищ, які з точки зору сучасної мови просто не можливо пояснити: виявляється значна схожість між англійською та німецькою/французькою мовами. У сфері фонетичної будови мови також залишається цілий ряд явищ, незрозумілих з точки зору сучасної мови — наприклад, чому в словах *sign, light, know, gnat* пишуться літери, що не означають жодного звуку? Чому буквосполучення *ea* означає зовсім різні звуки в словах *speak, great, bear, heard, heart*?

На ці та багато інших питань можна знайти відповіді лише шляхом історичного вивчення мови.

Отже, сучасна англійська мова належить до групи германських мов — групи споріднених мов, поширених переважно на заході Європейського континенту. Сучасні германські мови — англійська, німецька, нідерландська (голландська) — відносяться до західної групи. Під *давньогерманськими мовами* розуміється сукупність споріднених діалектів, які разом з кельтськими, італійськими, іллірійськими і венетськими мовами відносяться до західного ареалу індоєвропейської мовної спільності.

Фонетичні і морфологічні зміни. Від всієї решти груп індоєвропейської сім'ї давньогерманські мови відрізняються рядом змін звуків і форм, які мали місце тільки тут. Однією з таких змін є перше німецьке пересування приголосних (зване також законом Грімма): індоєвропейські дзвінки придихові приголосні bh, dh, gh, перетворилися в ранніх німецьких мовах в дзвінки фрикативні, які дуже рано перетворилися на відповідні b, d, g (ср.: староанглійське й давньосаксонське *began* «нести») тощо.

Староанглійська мова. У 5–6 ст. н. е. до Британії через Північне море припливли англійці, сакси, юти і фризи, мови яких належали до західної підгрупи німецької групи індоєвропейської мовної сім'ї. Про ранні поселення в Британії відомо, головним чином, з Англосаксонської хроніки і від Біди Високоповажного, завершив свою Церковну історію англів в 731.

Оскільки в іменників зберігалися відмінкові закінчення, багато відносин могли виражатися без допомоги відмінків. Наприклад, простий датів міг використовуватися в староанглійській для позначення порівняння (у сучасному англійському: *better than I* «кращий, ніж я»), сумісної дії (ср. *with a troop of friends* «в компанії друзів»), інструменту дії (пор. *he slew the dragon with a sword* «він убив дракона мечем»). В іменній відміні було не менше 25 форм множини з перегласовкою, з яких до наших днів дошли тільки сім: *feet* «ноги», *geese* «гусаки», *teeth* «зуби», *men* «чоловіки», *women* «жінки», *lice* «воші» і *mice* «миші».

Скандинавський вплив. Золоте століття нортумбрійської культури передчасно завершилося в результаті нашествия вікінгів, які в 793 розграбували острів Ліндісфарн, й незабаром вікінги підкорили всю Англію. Відмінності між їх говорами виявилися зафіксованими в кінцевих компонентах географічних назв: *Nor-brecc* «схил», *Garri-gill* «ворон», *Sea-scale* «літня хатина», *Wither-slack* неглибока

долина, Brai-thwaite «поляна» — слова норвезького походження. Раннім запозиченням є слово law «закон, право» (досл.: «встановлене»), зі скандинавських мов були запозичені деякі назви частин людського тіла — calf «ікра (ноги)», leg «нога, гомілка», skin «шкіра» і skull «череп»; назви деяких тварин — bull «бик», kid «дитинча» і rein (deer) «північний олень»; загальноживані іменники — anger «гнів», axle «вісь».

Французький вплив. Протягом 150 років після завоювання Англії норманнами цей вплив виходив в основному з боку нормандського і пікардського діалектів. І в сучасній англійській мові слова відвічно нормандського походження (catch «зловити», warden «сторож») співіснують із словами з центральнофранцузького діалекту (chase «переслідувати», guardian «сторож», guarantee «гарантія»).

Значного впливу англійська зазнала від грецької й латини, але такі запозичення мали науковий характер.

На даний момент процес формування мов не завершився — відбувається створення нових слів у зв'язку з появою нових явищ та винаходів у різних галузях науки й техніки.

ПЕРЕКЛАД ЧАСТОК

О. В. Романюк

Луцький інститут розвитку людини університету «Україна»

факультет іноземних мов та перекладу,

3 курс, група ФП-31, спеціальність «Переклад»

Науковий керівник: В. П. Голотюк, викладач

Відомо, що в англійській мові кількість часток менша, ніж в українській мові. Саме тому переклад українських часток на англійську мову становить значну трудність, оскільки українські частки не завжди перекладаються англійськими частками. Вони можуть перекладатися певними словосполученнями і конструкціями.

а) переклад частки «лише» та сполучення частки «всього» з цією часткою:

1) частками only, but, just або alone:

Лише наука може зробити це. — Science **alone** can do it.

Їм дали **лише** незначну вина. — They were **but** lightly rewarded.

2) прислівника merely або barely:

Цей танок **лише** доповнює пісню. — The dance is **merely** an appendage to the song.

- 3) прислівника *all*:
Його хвороба була **лише** удаванням. — His illness was **all** pretence.
- 4) прикметника *mere, pure, bare*:
Вона **всього лише** дитина. — She is a **mere** child.
- б) переклад часток «хай» та «нехай»:
- 1) модальним дієсловом *must*:
Нехай щастя супроводить вас! — **May** good luck attend you!
- 2) дієсловом *let*:
Нехай все залишається, як є! — **Let** it be!
- 3) вигуком *hey* або *hurrah*:
Хай живе гетьман! — **Hey** for the Hetman!
- 4) реченням фразеологічного типу:
Нехай йому **не** поталанить! — **Bad luck** to him!
- в) переклад частки «нібито»:
- 1) прислівником *allegedly*:
Він **нібито** знепритомнів. — He **allegedly** lost consciousness.
- 2) дієсловом *to seem*:
Це **нібито** логічно. — This **seems** to be logical.
- г) переклад сполучення частки «аж» із прислівником «ніяк»:
- 1) як *far from*:
Епідемія **аж ніяк** не спадала, а, навпаки, поширювалася. — **So far from** abating, the epidemic spread.
- д) переклад частки «й (і)» з часткою «так»:
- 1) як *as it is*:
Буде **й так** все гаразд. — It will be right **as it is**.
- е) переклад частки «просто»:
- 1) часткою «*just*»:
Він не просто мій друг. — He isn't **just** my friend.
- 2) часткою «*simply*»:
Це просто неможливо. — It is **simply** not on.
- 3) прикметником «*perfect*», «*positive*», «*pure*» або «*sheer*»:
Вона просто диво. — She is a **perfect** duck.

Література

1. Карабан В. І., Мейс Дж. Переклад з української мови на англійську мову. — Вінниця: Нова книга, 2003.
2. Корунець І. В. Теорія і практика перекладу. — К.: Вища школа, 1986.
3. Білодід І. К. Сучасна українська літературна мова. Лексика. Синтаксис. — К.: Наукова думка, 1972.

ПІДСЕКЦІЯ 4.3. КРАЇНОЗНАВСТВО**THE FIRST STEPS IN IMPROVEMENT
OF LIFE LEVEL IN UKRAINE**

M. Borodiy

The faculty of Social Technologies,

I course, Group CP-51, speciality «social work»

Supervisor of studies: S. B. Prima

Comparing with developed social organizations in England, Germany, France, which exist more than 100 years, Ukrainian social service isn't so wide — spread and experienced. The social work in our country was organized only about 10 years ago. But today we can say about international admission and general respect for our social service. The first steps to international admission have already been done: the matter, theories and methods of social practice in Ukraine excited the curiosity of many specialists abroad.

The social service in our country is being developed successfully: a lot of working vacancies for social specialist were organized, more than 20 faculties and chairs at the Universities are preparing and training social specialists. Our workers can use the international experience in the field of social work. The amount of common projects with participation of famous Ukrainian scientists and workers increases every year. More and more social workers and sociologists get possibility to familiarize themselves with international social practice abroad.

But all these contacts and projects may not be realized due to lots of difficulties, the main of which are a shortage of financed or invested money, the problems in trade — unions, low salaries of social employees and so on.

The sphere of social workers activity is very wide: social protection, social help, the care of disabled persons and invalids, orphans, homeless and elderly people, talented children and many other. The better we provide good social services the sooner our life will achieve the higher standard of life. Well organized social services and social protection of population is one of the conditions for well-being in Ukraine.

ПЕРШІ КРОКИ ДО ПОКРАЩЕННЯ ЖИТТЯ В УКРАЇНІ

М. Бородай

Факультет соціальних технологій,

І курс, група СР-51, спеціальність «Соціальна робота»

Науковий керівник: С. Б. Пріма, доцент

Порівняно з соціальними організаціями в Англії, Німеччині, Франції, які існують більше 100 років, українська соціальна служба не так широко розповсюджена і досвідчена. Але сьогодні ми вже можемо говорити про міжнародне визнання і загальну повагу до нашої соціальної служби. Перші кроки до міжнародного визнання вже зроблені: зміст, теорії і методи соціальної практики в Україні викликають значний інтерес багатьох спеціалістів за кордоном.

Соціальна служба в нашій країні успішно розвивається: організовано багато робочих місць для соціальних працівників, більш ніж 20 університетських факультетів і кафедр готують фахівців і проводять тренінги їх. Наші спеціалісти мають можливість вивчати і використовувати міжнародний досвід в сфері соціальної роботи. Кількість спільних проєктів, в яких беруть участь відомі українські вчені та соціальні працівники, зростає кожний рік. Все більше і більше соціальних працівників мають можливість знайомитись з міжнародним досвідом соціальної служби, навчаючись за кордоном.

Але ці контакти і проєкти, можливо, і не здійсняться через безліч проблем, головна з яких — недостатність фінансування і недостатні інвестиції, проблеми, що виникають в професійних об'єднаннях, низькі заробітні платні соціальних працівників тощо.

Сфера активної діяльності соціальних робітників дуже широка: соціальний захист, соціальна допомога, піклування про людей з вадами та інвалідів, про бездомних та людей похилого віку, талановитих дітей, сиріт та багато іншого. Чим швидше ми забезпечимо високий рівень соціальних послуг, тим швидше покращиться життя пересічного громадянина. Добре організовані соціальні послуги і соціальний захист населення є однією з умов добробуту людей в Україні.

SOCIAL WORK SPECIALIST: IS IT A PROFESSION OR VOCATION?

I. Kiyashko

*The faculty of Social Technologies,
I course, Group CP-51, speciality «Social work»
Supervisor of studies: S. B. Prima*

The main goal of social work as profession is providing population with social services of different kinds.

Social work as vocation is a talent or natural ability and constant wish of a specialist to grant care and services to the people who need them. The social worker's talent and help given by the social specialist must be guided by some moral and professional principles of the person, his/her decency and noble impulses.

Both of them, a specialist by profession as well as a specialist by vocation, can fulfill their job rather skillfully. But the first behaves accordingly to his/her obligations and responsibility and acts mainly formally. Another one tries to do his/her best and to find the different ways of solving the problems, sometimes unusual and unexpected. His activity is guided by his inner striving for making something necessary and useful for people and society.

To be a specialist in social work must mean for everybody going this way «profession by vocation». In my opinion it's impossible to obtain such qualities as kindness, ability to sympathize and participate in the lives of other people and solving their problems. Any professional experience can't develop these features of character being very significant for social worker.

ФАХІВЕЦЬ З СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ — ПРОФЕСІЯ ЧИ ПОКЛИКАННЯ?

I. Кияшко

*Факультет соціальних технологій,
I курс, група CP-51, спеціальність «Соціальна робота»
Науковий керівник: С. Б. Пріма, доцент*

Головне завдання соціальної роботи як професії — надання населенню різних соціальних послуг.

Соціальна робота як покликання — це талант або природна здатність і постійне бажання спеціаліста піклуватися і надавати соціальні

послуги людям, які цього потребують. Талант соціального працівника і допомога яку він сам надає людям, керується моральними і професійними принципами особи, її порядністю і благородними пориваннями.

Обидва, як спеціаліст за професією, так і спеціаліст за покликанням, можуть виконувати свою роботу достатньо якісно. Але перший робить це з відчуттям обов'язку і відповідальності, і діє головним чином формально. Інший намагається зробити все, що можливо і шукає різні шляхи вирішення проблем, інколи незвичайні і неочікувані. Його діяльність диктується внутрішнім прагненням.

Бути спеціалістом з соціальної роботи повинно для кожного, хто обрав цей шлях, означати «професію за покликанням». На мій погляд, такі якості, як доброта, здатність співчувати та брати участь в житті інших людей і в вирішенні їхніх проблем, не можна здобути. Не може будь-який професійний досвід розвинути ці риси характеру, такі важливі для соціального працівника.

ВІДОБРАЖЕННЯ КУЛЬТУРИ НАРОДУ В ЙОГО МОВНІЙ ДІЙСНОСТІ

О. М. Коновал

Сумський гуманітарний інститут університету «Україна»

III курс, група П-3 Спеціальність «Переклад»

Науковий керівник: І. Г. Ізмайлова

Екстралінгвістичні фактори завжди впливали на переклад тих чи інших мовних одиниць. Кожна нація переосмислює навколишній світ, позначаючи однакові реалії по-різному.

Природне середовище відіграє дуже важливу роль у формуванні стереотипів та осмислення дійсності. Асоціації з тим чи іншим предметом накладаються на поняттєвий базис людської культури, мови, її мислення і втілює в національно-специфічних формах.

Розбіжності у мовах спричиняють непорозуміння при перекладах простих слів чи фразеологічних виразів. Спроможність перекласти одне іноземне слово декількома на рідну мову дає їй багатогранність, невичерпність та різноманітність.

Але найкраще зрозуміти ту чи іншу культуру допомагають фразеологічні вирази та ідіоми.

Проведення низки психолінгвістичних експериментів доводить, що асоціації у кожного народу різні, навіть якщо їхня мова та культура можуть бути схожими.

Найповніше дають зрозуміти культуру народу фразеологізми носіїв цієї мови. Зокрема ідіоми, в складі яких містяться власні назви.

Їхнє походження може бути найрізноманітніше. Вони можуть бути і запозиченими. Але всі вони будуть запозичені з Біблії або з античної літератури. А взагалі, якщо розглядати істинно англійські ідіоми, в складі яких зустрічаються власні назви, то їхньому походженню можна завдячувати назвам річок, міст, районів, графств, вулиць.

Але не всі фразеологізми виникли на цій основі. Дуже багато прийшло з літературної чи культурної спадщини народу. Звичайні чоловічі та жіночі імена тепер не просто називають ту чи іншу людину, а можуть, входячи до складу ідіом, називати історичних людей. А великий поет У. Шекспір подарував своїм співвітчизникам неймовірну кількість фразеологізмів, які, для надання гумористичного забарвлення мові змінюють по формі, але не по значенню.

На прикладі зоонімів можна простежити відмінності у сприйнятті світу між українцями та англійцями. Хоча загалом символізм у різних націй збігається, існують деякі відмінності у сприйнятті різних рис тварин. Кожна нація бачить тварину та її поведінку по-різному. Тварина, відіграючи різну роль у житті різних націй, і сприймається неоднаково. Таке відображення зоонімів також знайшло місце в фразеологізмах англійців. І завдання перекласти таку ідіому стає ще складнішим лише тому, що ця ж тварина може в іншого народу асоціюватися з несхожою реалією.

Таким чином, на розвиток мови великий вплив мають культурні традиції, з часом набуті знання та те, як людина сприймає навколишній світ. Перш за все на утворення нових фразеологізмів та порівнянь будуть впливати ті реалії, які будуть ріднішими для тієї чи іншої нації. І хоча всі люди однакові за розумовим потенціалом, але, як доводять психолінгвістичні експерименти, асоціативне мислення у кожної нації відрізняється. Тому ми й маємо таке розмаїття асоціацій у різних мовах, що надають кожній з них своєї неповторності та унікальності.

ЗНАЧЕННЯ КРАЇНОЗНАВСТВА ДЛЯ РОБОТИ ПЕРЕКЛАДАЧІВ

А. В. Кунцевич

Сумський гуманітарний інститут Університету «Україна»

III курс, група П-З, спеціальність «Переклад»

Науковий керівник: І. Г. Ізмайлова

Мова — змістовна. Це пам'ять роду, досвід людства, «оселя буття».

Мова кожної країни, нації насичена словами, які загалом складають уяву про цю місцевість. Вивчаючи мову, потрібно розуміти важливість тої чи іншої реалії для народу. Будучи перекладачем, не можна просто копіювати відношення носіїв мови оригіналу на носіїв мови перекладу, і навпаки, як то часто роблять, переносячи імператив прохання слов'янських мов на англійську. Це може привести не тільки до непорозуміння у відношеннях, а й викликати обурення у англосовної людини, що буде почувати себе ображеною.

Обізнаність перекладача у багатьох сферах науки, культури та реалій сучасного життя вирішує багато проблем при перекладі. І навпаки: відсутність хоча б ґрунтовних знань з предмету або реалій викликає труднощі, що часто призводять до помилок; в ліпшому випадку — до кумедних.

Непорозуміння при перекладі можуть мати не тільки індивідуальний характер, а й стати загальною помилкою, що, повторюючись, зі статі до статі, із книги до книги створює невірне бачення, змінює образ цілої країни, нації.

На мою думку, найцікавішим є переклад сленгів та віршів. Їх лексика вибивається з середнього шару мови (сленг — «низька» лексика, у віршах «високий» стиль) і тому потребує особливих пошуків відповідників у мові перекладу, що не обмежується лише словниками. А саме розуміння того, про що взагалі йдеться у творі іноді потребує підключення людей безпосередньо зв'язаних зі сферою життя, що описується, або звертання до носіїв мови оригіналу.

Така праця є не найлегшою, але дуже цікавою.

Що стосується віршів, то тут найважливішим є — яке співвідношення емоційного ефекту, близькості до оригіналу, відображення епохи та стилю обере перекладач.

Якщо йдеться про останнє, то, як на мене, потрібно прочитати не один вірш автора, дізнатись про образ життя людей того часу, щоб почати думати ідеями, формами автора. Тоді прийдуть і ритм, і слова.

Але в цьому випадку можна втратити емоційний ефект, бо те, що було істотним та прекрасним сто років тому, може викликати лише відразу сьогодні. (Найяскравішим проявом цього процесу є змінення ідеалів краси, особливо — жіночої).

Часто, якщо заглиблюватись в класичну літературу, наприклад Англії, перекладач зустрічається з власними назвами (імена королів, назви країн, що вже не існують тощо) і тут, щоб не збити з пантелику читача і не виглядати не професіоналом, варто почитати історію, зазирнути у словники власних назв.

Чимало перекладачів вважає, що весь світ повинен говорити й писати для них правильно, тобто лише тією мовою, якою їх вчили. Зачувши чийсь піджин або суржик, діалект або «недоречний» стиль, такий перекладач починає проявляти не стільки творчість, скільки безвідповідальність.

Тому я вважаю, що потрібно приділяти увагу знанню реалій життя іншомовних країн, що є самобутнім і потребує поваги.