

РІВНЕНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**О Н О В Л Е Н Н Я З М І С Т У , Ф О Р М Т А
М Е Т О Д І В Н А В Ч А Н Н Я І В И Х О В А Н Н Я
В З А К Л А Д А Х О С В І Т И**

Збірник наукових праць

Наукові записки
Рівненського державного гуманітарного університету

Випуск 2 (43)

Заснований в 1996 році

Рівне – 2010

ББК 74.20

О - 59

УДК: 159: 37: 371: 372: 373: 374: 376: 378: 379

Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти: Збірник наукових праць.

Наукові записки Рівненського державного гуманітарного університету. Випуск 2 (43). — Рівне: РДГУ, 2010. — 116 с.

Збірник наукових праць містить статті які відображають теоретичні та практичні аспекти найважливіших проблем психологічної допомоги особистості.

Опубліковані матеріали можуть бути корисними для науковців, учителів, вихователів, практичних працівників освіти, керівників дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладів, викладачів та студентів вищих педагогічних навчальних закладів.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Головний редактор:

Пальчевський Степан Сергійович – доктор педагогічних наук, професор (Рівненський державний гуманітарний університет).

Заступник головного редактора:

Янцур Микола Сергійович – кандидат педагогічних наук, професор (відповідальний секретар) (Рівненський державний гуманітарний університет).

ЧЛЕНИ РЕДАКЦІЙНОЇ КОЛЕГІЇ:

Бех Іван Дмитрович – доктор психологічних наук, професор, член-кореспондент АПН України (Інститут проблем виховання АПН України);

Вербець Владислав Володимирович – доктор педагогічних наук, професор (Рівненський державний гуманітарний університет);

Воробійов Анатолій Миколайович – кандидат педагогічних наук, професор (Рівненський державний гуманітарний університет);

Дем'янчук Анатолій Степанович – доктор педагогічних наук, професор, дійсний член АНВШ України (Міжнародний економіко-гуманітарний університет ім. академіка Степана Дем'янчука);

Карпенчук Світлана Григорівна – доктор педагогічних наук, професор (Рівненський державний гуманітарний університет);

Коваль Ганна Петрівна – доктор педагогічних наук, професор (Рівненський державний гуманітарний університет);

Литвиненко Світлана Анатоліївна – доктор педагогічних наук, професор (Рівненський державний гуманітарний університет);

Лісова Світлана Валеріївна – доктор педагогічних наук, професор (Міжнародний економіко-гуманітарний університет ім. академіка Степана Дем'янчука);

Малафійк Іван Васильович – доктор педагогічних наук, професор, член-кореспондент АПСН (Рівненський державний гуманітарний університет);

Павелків Роман Володимирович – доктор психологічних наук, професор (Рівненський державний гуманітарний університет);

Павлютенков Євген Михайлович – доктор педагогічних наук, професор (Запорізький обласний інститут післядипломної педагогічної освіти);

Пасічник Ігор Демидович – доктор психологічних наук, професор (Національний університет “Острозька Академія”);

Поніманська Тамара Іллівна – кандидат педагогічних наук, професор (Рівненський державний гуманітарний університет);

Савчин Мирослав Васильович – доктор психологічних наук, професор (Дрогобицький державний педагогічний інститут ім. Івана Франка);

Терещук Григорій Васильович – доктор педагогічних наук, професор, член-кореспондент АПН України (Тернопільський національний педагогічний університет ім. Володимира Гнатюка);

Тищук Віталій Іванович – кандидат педагогічних наук, професор, член-кореспондент АПСН (Рівненський державний гуманітарний університет);

Ямницький Вадим Маркович – доктор психологічних наук, професор (Рівненський державний гуманітарний університет).

Затверджено Вченою Радою Рівненського державного гуманітарного університету (протокол № 3 від 29. 10. 2010 р.).

Збірник затверджений ВАК України як наукове фахове видання, в якому можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукового ступеня доктора і кандидата наук з педагогіки (постанова Президії ВАК України №1-05/7 від 9.06.1999 р. та додаток до постанови ВАК України від 11.10. 2000 р. № 1 – 03/8).

За достовірність фактів, дат, назв і т. п. відповідають автори статей. Думки авторів можуть не збігатися з позицією редколегії. Рукописи рецензуються і не повертаються.

Адреса редакції: 33028 м. Рівне, вул. Остафова, 31. Рівненський державний гуманітарний університет

ISBN 966 — 7281 — 08 — 7.

© Рівненський державний гуманітарний університет, 2010

ОРГАНІЗАЦІЙНІ ОСНОВИ ДОГЛЯДУ ЗА ПСИХІЧНОХВОРИМИ В УМОВАХ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ

Резюме. В статті проаналізовано організаційні основи догляду за психічнохворими в умовах їх стаціонарного лікування. Описано особливості догляду за хворими з різними патологічними синдромами: депресивним, маніакальним, дисфоричним, паморочним, аментивним, деліріозним, кататонічним, з гострим маренням, психомоторним збудженням, зі слуховими галюцинаціями, у випадку наявності розладів пам'яті.

Ключові слова: догляд за психічно хворими, стаціонарне лікування, патологічні синдроми, гостре марення, психомоторне збудження, слухові галюцинації, розлади пам'яті.

Якість діагностики, лікування і догляд за хворими у психіатричному стаціонарі безпосередньо залежить від організації праці усього медичного персоналу. Розрізняють дві системи догляду за хворими: дво- і триступінчасту. При двоступінчастій (дволанковій) системі у догляді за хворими беруть участь лише лікарі і медичні сестри, а санітарки виконують функції прибиральниць, а при триступінчастій – за хворими доглядають усі три ланки медичних працівників – лікарі, медсестри і санітарки. Робочий час палатних медсестер розподіляється при цьому по-різному. При триланковій системі догляду палатна медсестра проводить біля хворих 32,6% робочого часу, а при дволанковій – 74,1%. Отже, при триланковій системі догляду медична сестра доглядає за удвічі меншим числом хворих, що істотно позначається на якості догляду.

Дволанкова система вимагає докорінної реконструкції усього способу життя лікарні, перебудови праці усіх допоміжних служб за принципом роботи "на відділення", впровадження елементів наукової організації праці, спеціального обладнання приміщень і робочих місць.

Профіль відділення визначає організаційні основи догляду за психічнохворими. Вони полягають у суворому додержанні розпорядку дня і правил поведінки медичних сестер з хворими [1; 2].

Прийом психічнохворого є першим етапом стаціонарного обслуговування. Медична сестра приймального відділення реєструє новоприбулого в журналі, заповнює паспортну частину історії хвороби, вимірює температуру тіла, приймає від хворого чи його рідних документи, гроші й цінності, випишує на них квитанції у двох примірниках. Одну квитанцію разом з цінностями кладе в сейф, другу – вклеює в історію хвороби. Одяг хворого укладає в спеціальний мішок разом з описом, а другий примірник опису приклеює до історії хвороби. Психічнохворих з симптомами інфекційної недуги поміщають в інфекційне відділення, а там, де його немає, – у спеціальний ізолятор у приймальному відділенні.

Після санобробки пацієнтів одягають у лікарняний одяг і в супроводі санітара або медичної сестри відправляють у психіатричне відділення.

Про прийняття психічнохворого в стаціонар медичний персонал повинен повідомити рідних (якщо вони не знають). Коли особа психічнохворого, прийнятого до стаціонару, не з'ясована, необхідно повідомити районне відділення міліції за місцем знаходження психіатричної лікарні.

Медичний персонал приймального відділення повинен бути дуже уважним і ввічливим до хворих та їхніх рідних. Якщо психічний стан хворого дозволяє, слід надати йому можливість спокійного спілкування з рідними, які його супроводять. Від якості роботи медичного персоналу в приймальному відділенні значною мірою залежить ефективність праці усього стаціонару і довіра хворого до медичного персоналу психіатричної лікарні [5].

Важливо правильно розмістити хворих у відділенні і пости спостереження середнього і молодшого персоналу залежно від кількості і контингенту хворих, особливостей приміщення та низки інших факторів.

Пости спостереження середнього і молодшого медичного персоналу розподіляються на рухомі й нерухомі. Цілодобові нерухомі пости обов'язково організуються в спостережній і соматичній палатах. Вдень біля вхідних дверей виставляють нерухомий пост санітара, який при появі відвідувачів відчиняє двері і з дозволу чергової медичної сестри або лікаря пропускає їх до лікарів.

Усі інші палати обслуговуються рухомими постами. Санітари цих постів подають судна лежачим хворим, обслуговують слабих і неохайних, стежать за відвіданням пацієнтами вбиральні. Чергові медичні сестри перевіряють роботу санітарів. Якщо санітар залишає пост з дозволу медсестри або лікаря, то сестра повинна замінити його іншим або стати на цей пост до його повернення. Після закінчення чергування санітар не має права залишати відділення доти, поки його не замінить інший санітар або медична сестра. Черговий персонал на своїх постах повинен бути однаково пильним як удень, так і вночі. Особливу увагу приділяють проведенню таких заходів, як роздавання їжі, зміна чергування, побачення з рідними, приймання передач, прогулянки хворих.

Коли хворий прибуває до психіатричного відділення, палатна медична сестра повинна ознайомити його з правилами внутрішнього розпорядку (звичайно, якщо він здатний осмислити і виконувати розпорядок), дати вичерпні відповіді на запитання, познайомити з обслуговуючим персоналом і хворими в палаті [3, 45].

Медсестри повинні бути дуже вимогливими до дотримання внутрішнього розпорядку життя у відділенні, тобто режиму утримання хворих, виконання лікарських приписів і розпоряджень, розпорядку сну, створення тиші і порядку, залучення пацієнтів до соціально – трудової реабілітації та ін. Відмовляючи в чомусь хворому, медична сестра повинна проявляти твердість, витримку і тактовність. У жодному випадку не можна вступати в конфлікт з хворими, сперечатися з ними, доводити свою правоту. Медичному працівникові в таких випадках треба зберігати спокій, намагатися переключити увагу хворих на іншу тему, а якщо це не вдається, то просто замовкнути, порадишити звернутися до лікаря або завідувача відділення.

Згідно з розпорядком дня від 8:00 до 8:30 змінюються палатні медсестри. Передають чергування безпосередньо біля ліжок хворих.

Нічна чергова сестра розповідає про стан хворих, їх скарги, самопочуття, сон, висловлювання. У цей же час під наглядом сестри проводиться гігієнічна гімнастика. О 8:30 починається роздача ліків, о 9:00 проводиться у відділенні п'ятихвилинка. До 10:00 години вона присутня у їдальні під час сніданку, від 10 до 12 години – лікарський обхід під час якого медична сестра виконує приписи лікарів, готує хворих і документи на виписку. Від 14 до 15 години – обід, від 15 до 16

години медсестра спостерігає за дотриманням тихої години, приводить у порядок документацію, від 16 до 18 години вимірює температуру, роздає ліки, направляє хворих на прогулянки та ігри, з 18 до 19:30 бере участь у годуванні хворих, передає зміну.

Медична сестра нічної зміни бере участь в обході хворих з черговим лікарем і виконує екстрені приписи і розпорядження, від 21 до 22 години готує пацієнтів до сну, провітрює палати, вимикає телевізор, заспокоює хворих і укладає їх у ліжка, від 22 до 7 години ранку стежить за станом хворих, їхнім сном, проводить процедури тяжкохворим, оформляє документацію [5, 46–83].

Відповідальною ділянкою роботи є побачення хворих з родичами і приймання передач. Для побачення у психіатричному відділенні відводять певні дні і години. Родичів, які вперше приходять на побачення, чергова медсестра знайомить з правилами відвідувань. Їм треба знати, що передачі проводять лише через посередництво медичних працівників, що до відділення не можна приносити ножів, виделок, ложок, скляного посуду, алкогольних напоїв, ліків, рідкі продукти приймають лише в пластмасовому посуді. Слід роз'яснити родичам, щодо висловів, скарг і прохань психічнохворих потрібно ставитись критично і повідомляти про їх зміст медичних працівників.

Нерідко хворі просять відвідувачів вкинути лист у поштову скриньку, передати комусь заяву, подзвонити по телефону. Необхідно, щоб відвідувачі знали про прикрі наслідки виконання подібних прохань: виникають різні непорозуміння, марно витрачається час службових осіб.

Деколи години побачень збігаються з годинами прогулянок, і хворі мають можливість прогулятися разом з близькими їм людьми в саду чи дворі.

Після відвідання хворих родичами слід оглянути постелі і речі, але робити це треба непомітно, коли хворого немає в палаті.

Внаслідок психічного розладу деякі хворі втрачають не лише соціальні зв'язки, адаптацію, але часом і елементарні навички самообслуговування, звичайні засоби спілкування з оточенням. У цьому плані перед медичним персоналом постає завдання допомогти хворим відновити старі навички або виробити нові, компенсувати дефект, який розвився. При цьому слід починати з найлегших навичок самообслуговування і поступово переходити до складних.

Необхідно враховувати, що в процесі навчання у хворих може з'являтися втомлюваність, зниження уваги, головні болі. В таких випадках треба припинити навчання і повідомляти про це лікаря.

У процесі проведення психолого-педагогічної та корекційної роботи велика роль належить налагодженню психологічного контакту з хворими, їх внутрішньої дисципліни, виробленню у них зацікавлення до самого процесу спілкування.

Найчастіше трапляється в психіатричній практиці депресивний синдром, який характеризується зниженим настроєм, уповільненим мисленням і руховою загальмованістю. У погляді й у поведінці хворого помітні журба, сум і безмірна туга. Навколишній світ сприймається в похмурих тонах. З'являються думки про непридатність до життя, та й саме життя здається безпросвітним, непотрібним. Хворі висловлюють маячні ідеї самозвинувачення, самоприпинення. Єдиним порятунком від нестерпимої туги, на їх думку, є лише смерть. Самогубство стає основною метою, у досягненні якої хворі виявляють надзвичайну, іноді витончену, дуже хитру винахідливість. А тому наглядати за такими пацієнтами треба дуже пильно. Особливо небезпечним щодо суїцидних дій є період виходу з депресії, коли рухова загальмованість проходить, а афективні розлади ще зберігаються.

Основним завданням медичного персоналу щодо таких хворих є запобігання самогубству. Слід постійно стежити за ними, часто передивлятися постіль, перевіряти кишені, чи немає там небезпечних предметів (цвяхів, осколків скла та ін.). Їжу та ліки такі хворі повинні приймати лише в присутності медичного працівника. Особливо уважно треба стежити за ними під час прогулянок і взагалі при перебуванні за межами відділення.

У хворих з симптомами депресії спостерігається рухова загальмованість. Деяким з них треба допомагати вдягатися, вмиватися, зачісуватися, доводитися умовляти декого поїсти, іноді погодувати з ложки. У випадках цілковитої відмови від їжі хворих годують через зонд. Необхідно стежити за регулярними випорожненнями кишечника, бо в депресивних хворих часто бувають запори. За приписами лікаря їм дають послаблявальні ліки або ставлять очисні клізми. Депресивних хворих звичайно поміщають в спостережну палату.

Маніакальний синдром характеризується підвищеним настроєм, живішим мисленням, збудженою рухливістю. Хворі перебільшують свої фізичні й інтелектуальні можливості, висловлюють маячні ідеї величі. Спостерігаються розлади сну, підвищення апетиту, часті статеві збудження. Пацієнти втручаються у всі справи, виявляють надмірну активність, у деяких у них спостерігається схильність до втечі або різних асоціальних вчинків.

При догляді за маніакальними хворими потрібно багато терпіння, витримки, самовладання. Ласкаве ставлення, переключення думок на іншу тему іноді допомагають заспокоїти збудженого пацієнта. Дуже важливо при догляді створювати сприятливі умови для нормального сну, ретельно стежити за прийманням ліків хворими, бо вони вважають ліки зайвими, не потрібними їм. Збуджених хворих іноді доводиться тримати під час введення ліків і в разі необхідності поставити клізму [4, 105].

Дисфоричний синдром характеризується злісно-дратівливим настроєм, неспокоєм, станом внутрішнього дискомфорту, схильністю до агресивних вчинків. Явища дисфорії спостерігаються здебільшого у хворих на епілепсію, настають раптово, переважно ранками, і тривають від кількох годин до кількох днів; так само раптово проходять.

У такому стані хворий небезпечний для оточення, він може вчинити агресивний акт або суїцидну спробу, а тому медичному персоналу треба бути особливо уважним і настороженим при догляді і нагляді за ним. Слід виявити привітність, не давати приводу таким хворим для афективного вибуху. Ввічливе, рівне ставлення, терпимість і стриманість є важливим запобіжним заходом проти виникнення конфліктів. В усьому іншому догляд за такими пацієнтами має плануватися з урахуванням особливостей хворих на епілепсію.

Не менш складним є догляд за хворими в стані сплутаної свідомості. Якщо людина не орієнтується в місці і часі, недостатньо розбирається в тому, що відбувається навколо неї, а надалі не може повністю відновити в пам'яті або зовсім не пам'ятає, що сталося, то це свідчить про глибоке порушення свідомості.

Паморочний синдром характеризується такими психічними розладами, як дезорієнтування, неправильне, сплутане відображення оточення, галюцинації і маячні ідеї переслідування, фізичного діяння, ревнощів; страх, тривога, афекти гніву, рукове збудження з нахилом до агресивних дій. Виникає цей синдром раптово і так само проходить у хворих на епілепсію, а

також при реактивних, травматичних, судинних та інших психозах [5, 67].

Догляд за такими хворими в паморочному стані в основному такий самий, як і при дисфорії. Про настання паморочного стану медична сестра негайно повідомляє лікаря і вживає заходів для посиленого нагляду.

Аментивний синдром спостерігається здебільшого при інфекційних психозах і характеризується розладом орієнтування, недоосмисленням навколишнього, безпорадністю, тривогою, страхом, неусвідомленими діями, швидкою виснажливістю. Хворі розгублено оглядаються, тривожно розпитують у всіх, хто їх оточує, що відбувається навколо, де вони.

Догляд за такими хворими зводиться до того, щоб уберегти їх самих і оточення від травм та інших наслідків неосмислених дій і вчинків. Пацієнти не завжди можуть знайти вбиральню, свою палату, постіль, безцільно блукають по палатах, отже, за ними потрібний постійний нагляд.

Деліріозний синдром здебільшого спостерігається при інтоксикаційних психозах і характеризується гострим початком, напливом зорових і сильних слухових галюцинацій, маячною реакцією на все навколишнє, маренням переслідування, дезорієнтуванням у місці і часі, страхами, психомоторним збудженням. Від раптового напливу яскравих, страшних зорових і слухових галюцинацій, маячних ідей хворі можуть виплигнути через вікно, вискочити в двері. Захищаючись від уявних ворогів, вони можуть бути небезпечними для оточення.

Особливої уваги від медичних працівників психіатричних відділень потребують хворі з таким тяжким розладом психіки, як так зване гостре марення. Нерідко цей стан закінчується летально [3; 5].

Характерними симптомами гострого марення є раптово виникаюча глибока сплутаність свідомості, уривчаста і безтямна спонтанна мовна активність; психомоторне аморфне збудження в межах ліжка. Мова складається з уривків фраз, слів, складів, вигуків, які не мають жодного сенсу. Хворі не вступають в контакт, не виконують інструкції, обличчя в них гіперемоване, склери ін'єковані, губи запечені, язик сухий, обкладений брудно – сірим нальотом, на губах часто буває герпес, на тілі – багато крововиливів, петехій. Хворі погано сплять, перестають самостійно їсти, подовгу затримують їжу в роті. Іноді спостерігається мимовільне сечовипускання.

Біля таких хворих звичайно призначають індивідуальний пост. Обслуговуючий персонал повинен вжити таких заходів: поставити ліжко подалі від стіни, щоб хворий не травмувався об неї; стежити, щоб він не падав на підлогу. Хворі весь час пітніють, тому треба часто змінювати натільну і постільну білизну, а приміщення провітрювати 3-4 рази на день. Необхідно стежити, щоб пацієнти не скидали з себе ковдри, за призначенням лікаря їх треба обкладати грілками, обгортати рушниками. Увесь час перевіряють стан ротової порожнини, часто промивають ізотонічним розчином натрію хлориду або слабким розчином перманганату калію, очищають язик, зуби, ясна, губи від нальоту і змашують їх розчином гліцерину або вазеліновим маслом.

Медичні працівники психіатричних відділень повинні добре знати ознаки синдромів, для яких характерні потьмарення свідомості, щоб вчасно забезпечити необхідне обслуговування. Глибоко порушується свідомість у хворих, які перебувають у коматозному стані, а також при оглушенні.

У коматозному стані спостерігається повна непритомність: немає реакції не лише на мовні, а й на фізичні подразники; немає сухожилкових рефлексів, реакції на больові подразники, реакції зіниць на світло; відмічається блідість шкіри і слизових оболонок, ослаблення серцевої діяльності, інколи порушується дихання.

Хворим у коматозному стані потрібна постійна увага і ретельний догляд. Необхідно стежити за пульсом, диханням, артеріальним тиском, за функціями кишечника і сечовидільної системи. Потрібно чітко і старанно виконувати всі розпорядження лікаря, бо коматозний стан може закінчитися смертю.

У стані оглушення хворі малорухливі, важко вступають у контакт, відповідають лише на елементарні запитання після неодноразових звертань, уривчасто, не виявляють найменшої активності, не стежать за своєю зовнішністю, а деякі не обслуговують себе. Їм необхідно допомагати при вмиванні, одяганні, водити їх до їдальні, а декого годувати з ложки.

Багато уваги слід приділяти хворим з виявами кататонічного синдрому. У стані кататонічного ступору хворі місяцями, а іноді й роками залишаються нерухомими, причому їх м'язи можуть бути напруженими або розслабленими. Здебільшого вони приймають "ембріональну позу", а спроби медичного персоналу змінити цю позу викликають м'язове напруження, опір. Кататонічний синдром часто супроводиться негативізмом, імпульсивними кататонічними збудженнями [4].

Через рухові розлади і негативізм хворих з кататонічним синдромом треба примусово умивати, розчісувати, одягати, супроводити у вбиральню, регулярно проводити їм санацію ротової порожнини, пильно стежити за діяльністю кишечника і наповненням сечового міхура. Неохайним хворим треба частіше приймати гігієнічні ванни, змінювати настільну і постільну білизну. Для таких хворих корисний щадний охоронний режим, недоцільно зайвий раз турбувати їх примушувати до участі в трудовій терапії або в будь-якій іншій діяльності, але на прогулянку треба водити обов'язково.

У випадку відмовлення від їжі немає необхідності відразу вдаватися до штучного годування. Пробують умовити хворого поїсти самостійно або з ложки. Якщо пацієнт має довіру до кого-небудь з персоналу чи родичів, доцільно доручати годування цим особам. Ступорозним хворим з вираженими явищами негативізму можна залишати їжу біля ліжка, і вони поїдять, коли поруч нікого не буде.

Хворих з нахилом до імпульсивних дій поміщають у спеціальну палату, де за ними постійно стежать медичні працівники.

При різних психічних захворюваннях спостерігаються стани психомоторного збудження (губерфренічного, маніакального, кататонічного, імпульсивного та ін.). Завдяки сильним антипсихотичним, нейроплегічним препаратам вдається порівняно швидко припинити психомоторні збудження. Але до купірування такого стану або на долікарському етапі допомоги багато залежить від знань і умінь медичної сестри. Це стосується насамперед заходів безпеки щодо самого хворого і усіх, хто його оточує [5, 134].

Хворого в стані психомоторного збудження слід ізолювати в окреме приміщення. Особам, які здійснюють нагляд, треба знати прийом тримання збуджених, нерідко агресивних психічнохворих. У той час, як медична сестра відвертає увагу пацієнта умовлянням, санітар підходить ззаду, швидко бере за руки в нижній третині передпліч, схрещує їх на животі хворого і тримає в такому положенні.

Медичним працівникам необхідно пам'ятати про імперативні слухові галюцинації, під впливом яких хворі можуть вчиняти агресивні дії або суїцидні спроби: стрибнути у вікно, скористатися будь-яким предметом для нанесення травми собі

або тим, хто знаходиться поблизу. Тому важливо знати об'єктивні ознаки галюцинацій, а саме: хворі затикають вуха ваткою, пальцями, довго до чогось прислухаються, щось шепочуть, з "кимось" перемовляються, зосереджують погляд на якомусь предметі. Поява у хворого галюцинацій, особливо імперативних, диктує необхідність більшої уваги до нього з боку медичного персоналу.

При догляді за хворими, які страждають маренням переслідування, отруєння, фізичного діяння, медичним сестрам треба робити все залежне, щоб вони приймали їжу і ліки. Крім того, доводиться враховувати можливість агресивних дій хворих з маренням, спрямованих на осіб, яких вони залучають у своє марення, чи при захисті від уявних ворогів. Такі хворі потребують пильного нагляду.

При різкому порушенні пам'яті пацієнт може бути дезорієнтованим (амнестичне дезорієнтування): не впізнає свого лікаря, родичів, не може знайти палати, свого ліжка, не знає, де він, не пам'ятає, чи їв що-небудь, чи приймав ліки. Ці ознаки нагадують поведінку хворих з вираженим недоумством, які також не розуміють, де вони, не можуть збагнути, що їм робити в найпростіших ситуаціях. Вони мляві або безладно метушливі, ейфоричні, безтурботні, нерідко у них відмічається розгальмованість потягів.

Постійного і пильного нагляду потребують хворі з глибокими розладами пам'яті й інтелекту. Їм завжди потрібна допомога при одяганні, проведенні туалету, прийманні ліків, їжі, під час фізіологічних відправлень.

У психіатричних відділеннях медичному персоналу нерідко доводиться надавати допомогу хворим під час припадків корчів – епілептичних і істеричних. Тому медпрацівники повинні вміти їх розпізнати і застосувати ту чи іншу тактику подання медичної допомоги.

Таблиця 1.

Диференціально-діагностичні критерії для розпізнавання епілептичних та істеричних припадків

№ п/п	Критерій	Припадки	
		Епілептичний	Істеричний
1	Фактор, який передував настанню припадку	Часто без видимих причин	Емоційне напруження, конфліктна ситуація
2	Місце виникнення	У будь-якому місці, через що бувають травми, опіки	Здебільшого в зручних місцях; травм не буває
3	Час настання	У будь-яку пору, не рідко під час сну	Під час сну не буває
4	Тривалість припадку	3 – 5 хв.	Від 10 – 20 хв. До кількох годин
5	Непритомність	Повна	Часткова або немає
6	Реакція зіниць на світло	Немає	Збережена
7	Прикушування язика	Часто	Не буває
8	Мимовільне сечовипускання	Часто	Не характерно
9	Характер корчів	Тонічні й клонічні фази	Характерних фаз не буває (вигинаються дугою, рвуть волосся)
10	Плач, крик	Не буває	Характерні
11	Стан після припадку	Приглушення, сон	Полегшення, "заспокоєння"

У деяких хворих на епілепсію бувають і істеричні припадки. Але тактика догляду зумовлюється не діагнозом хвороби, а характером припадку.

Під час епілептичного припадку треба підкласти під голову подушку або ковдру, розстебнути комір, забезпечити приплив свіжого повітря, між зуби вставити гумову трубку або валик з тканини. Не можна вставляти шпатель, обгорнутий ваткою, бо трапляються випадки аспірації вати і асфіксії. Особливо пильним має бути нагляд за хворими, які носять зубні протези. Під час припадку голову повертають набік, щоб запобігти аспірації слини, не можна переносити хворого на інше місце [4, 133].

Зовсім інша тактика догляду за хворими при істеричному припадку. Хворого ізолюють в окремій кімнаті, дають понюхати вату, змочену нашатирним спиртом. Поводяться з ним суворо, нікого з родичів в приміщення не допускають. Цих заходів буває достатньо, щоб припадок припинився [4; 5].

Отже, якщо дотримуватися всіх правил догляду за психічно хворими в процесі їх лікування в стаціонарних умовах, реабілітаційна робота таких осіб буде організовуватися більш ефективно.

ЛІТЕРАТУРА

1. Беляева Т.В. Вопросы реабилитации и психотерапии и невропатологии. – Л., 1980. – 38 с.
2. Богатская Л.К. Исследования личности в клинике и в экстремальных условиях. – Л., 1969. – С. 200–212.
3. Бондаренко Е. И. Реабилитация психически больных. – Л., 1971. – 81 с.
4. Днепроовская С.В. Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. – Л., 1987. – 194 с.
5. Михальчук Н.О., Поташнюк Р.З., Івашкевич Е.З. Основи психологічної реабілітації // Навчальний посібник для студентів Вузу (рек. МОН України як навч. посібник для студ. вищих навч. закладів та факультетів фізичного виховання і спорту, лист № 14/18.2-1000 від 06.05.2005р.). – Рівне: РДГУ, Міжнародний економіко-гуманітарний університет імені академіка Степана Дем'янука, РДГУ, 2006. – 192 с.

***Резюме.** В статті проаналізовані організаційні основи обслуговування психічно хворих в умовах їх стаціонарного лікування. Були описані особливості обслуговування хворих з різними патологічними синдромами: депресивним, манакальним, дисфорическим, обморочним, аментивним, делириозним, кататоническим, в остром бессознательном состоянии, психомоторным возбуждением, со слуховыми галлюцинациями, в случае расстройств памяти.*

***Summary.** In this article the methodical ways of treatment the patients with psychological deceases were analyzed. The peculiarities of treatment the patients with different pathological symptoms were described. These symptoms are: depressive,*

maniacal, disforic, dead faint, ammentive, delirios, catatonic, state of unconsciousness, psycho-motoring excitation, state of hearing hallucinations, state of memory deceases.

УДК [159.922.73:159.922.1]:316.48

Л.М. НАЗАРЕЦЬ

ПОСЕРЕДНИЦТВО ПСИХОЛОГА У ВИРІШЕННІ ПРОБЛЕМИ ВЗАЄМОДІЇ БАТЬКІВ І ДІТЕЙ

Резюме. У статті висвітлено причини виникнення сімейних конфліктів типу «батьки – діти» та запропоновано конструктивні шляхи їх вирішення.

Ключові слова: сімейне виховання, типи порушень сімейного виховання, сімейні конфлікти, засоби вирішення конфліктів.

Постановка проблеми. Проблема взаємин між поколіннями, або як кажуть конфлікт поколінь, існувала за всіх часів. У кожний період зміст проблеми, гострота протиріч, форми конфліктної взаємодії мали особливий конкретно-історичний характер і формували свої соціальні норми відносин між поколіннями.

Традиційно головним інститутом виховання є сім'я, родина. Те, що дитина здобуває в родині у дитячі роки, вона зберігає протягом усього наступного життя. Важливість родини як інституту виховання обумовлена тим, що в ній дитина знаходиться протягом значної частини свого життя. У сім'ї закладаються основи особистості дитини, вона одержує перший життєвий досвід, робить перші спостереження й вчиться як поводитися в різних ситуаціях.

Економічні труднощі, які переживають держава та безпосередньо сім'ї, поставили під загрозу інтелектуальний і моральний потенціал родини. Основний свій час батьки витрачають на пошуки засобів для виживання (коштів, продуктів харчування тощо), а не на духовне формування і розвиток дітей. У багатьох сучасних сім'ях спостерігається значна ціннісна дезорієнтація, коли на перше місце висувається ідея збагачення, батьки прагнуть виховувати в дітей прагматизм, раціональність. Детермінантами поведінки старших щодо дітей стали комерція, маніпулювання. Такі крайнощі призводять до відчуження дітей від батьків, встановлення між ними формально-ділових стосунків (зроби, прибори, принеси, мовчи) з відповідними реакціями – санкціями за порушення вимоги, що сприяє ще більшому загостренню одвічної проблеми батьків і дітей. Усе це актуалізує потребу вивчення проблеми взаємин батьків і дітей, розробки і визначення шляхів подолання асоціальних тенденцій у сім'ї і суспільстві.

Метою дослідження є здійснення теоретичного аналізу шляхів конструктивного вирішення проблеми конфліктної взаємодії батьків і дітей.

Розв'язанню проблеми взаємин людей та умов їх гуманізації присвячено дослідження сучасних філософів, психологів, педагогів, соціологів, зокрема теоретико-методологічні засади сформульовано у працях Г.С.Батищева, О.О.Бодальова, Л.А.Венгера, М.С.Кагана, Г.С.Костюка, В.М.М'ясищева; суб'єкт-суб'єктний, особистісно орієнтований підхід до виховання висвітлено в роботах І.Д.Беха, А.М.Богуш, О.В.Запорожця, І.С.Кона, О.М.Леонтьєва, Н.Ю.Максимової; вплив внутрішньосімейних взаємин на розвиток та формування дитячої особистості розкрито в працях О.І.Вишневського, М.М.Володкевича, О.В.Духновича, В.П.Кравця, Я.А.Мамонтова, М.Г.Стельмаховича, Я.Ф.Чепіги; сутність і закономірності взаємодії батьків і дітей у сучасних умовах стали предметом наукових пошуків Т.Ф.Алексєєнко, К.О.Журби, Т.В.Кравченко, Л.В.Повалій, В.Г.Постового, О.Л.Хромової. Проблеми виховання культури взаємин батьків і дітей також присвятили свої дослідження зарубіжні психологи і педагоги (А.Адлер, Е.Берн, С.Гудман, П.Дюрінг, А.Жирар, М.Земська, К.Леві-Строс, К.Флейк-Хобсон). Проведені дослідження засвідчують наявність прямого зв'язку між позицією батьків у взаєминах із дитиною, емоційністю їхніх міжособистісних взаємин, стилем виховання, добром виховних засобів і прийомів та рівнем соціального розвитку дитячої особистості.

Сучасні дослідження показують, що головними факторами у конфлікті поколінь є такі, як зниження соціального статусу людей похилого віку; зміна характеру праці в індустріальному суспільстві в результаті прискорення темпів науково-технічного прогресу; знецінювання молоддю накопиченого досвіду старших поколінь; поширення негласної державної політики відсторонення від роботи людей, що досягли пенсійного віку тощо.

Порушення сімейного виховання у психології розглядають як стійке поєднання певних рис виховання, яке призводить до негативних наслідків у розвитку особистості дитини. Відповідно виділяється низка критеріїв, серед яких: рівень протекції; ступінь задоволення потреб; рівень вимогливості до дитини. Поєднання таких рис утворює певний тип порушення сімейного виховання, зокрема, потуральна гіперпротекція характерна для потурального стилю, домінуюча гіперпротекція – для авторитарного і ліберального стилів тощо.

Частими причинами аномалії у вихованні дітей стають порушення подружжям етики взаємин, а також неоднозначність розуміння ними сімейних ролей: чоловіка, дружини, господаря, господині, голови сім'ї, вимог, які подружжя ставить один до одного.

Ще однією проблемою є те, що сучасні молоді батьки не мають єдиної стратегії виховання дітей у сім'ї. Вони прагнуть, щоб їхня дитина якомога раніше почала займатися музикою або танцями, вивчати іноземні мови тощо. Зазвичай батьки самі вирішують, що дитині цікаво, а що ні, чим вона повинна займатися і чого навчатися. З боку дорослих повсякчас відбувається тиск, суть якого виявляється у вимогах обов'язкового успіху, або в очікуванні на нього. Така позиція батьків породжує чисельні психолого-педагогічні проблеми [2].

Подружні конфлікти підвищують ризик виникнення і закріплення асоціальної поведінки у дітей. Зокрема, ризик зародження дитячої агресії й асоціальної поведінки в розлучених сім'ях в основному опосередковується батьківськими конфліктами, а не фактором розірвання шлюбу. Фізична агресія й насилля у відносинах подружжя, як особливо тяжкі форми подружнього конфлікту, стають сильним фактором ризику розвитку в дітей нетерпимості до інших, виникнення необґрунтованих агресивних спалахів чи стійкої агресивності по відношенню до оточення, закріплення асоціальної поведінки.

Серед причин, які обумовлюють конфліктність взаємин людей, на думку психологів, важливе значення мають:

- характер внутрішньосімейних відносин: у гармонічній родині встановлюється рухлива рівновага, формується почуття «Ми», члени родини здатні розв'язувати протиріччя, у той час як дисгармонійна родина

З М І С Т

<i>Від редакції</i>	3
Ямницький В.М., Литвиненко С.А. Ігротерапія як засіб психологічної допомоги дітям і підліткам	4
Павелків Р.В. Проблема пошуку та впровадження інноваційних психолого-педагогічних технологій розвитку особистості в освітніх закладах	6
Воробійов А.М. Психологія перфекціонізму.....	9
Артемова О.І. Проблеми психологічного супроводу дезадаптованих учнів загальноосвітньої школи	12
Бабак К.В. Професійний розвиток особистості як психологічна проблема	14
Безлюдна В.І. Народження другої дитини як фактор розвитку материнської сфери	16
Бучко В.Б. Проблеми надання психологічної допомоги засудженим до позбавлення волі.....	18
Главінська О.Д. Проблема професійної самосвідомості та самоствердження у юнацькому віці.....	21
Демчук О.О. Психологічні закономірності організації професійного самовиховання майбутніх педагогів	23
Демянюк О.Б. Інтегративний підхід у контексті психологічної допомоги особистості	26
Джеджеря К.В. Цінності як смислова основа подолання особистісних комунікативних труднощів.....	28
Дружиніна І.А. До питання вивчення феномену ідентичності у сучасній психологічній науці	31
Жигайло О.О. Особливості розвитку свідомості та самосвідомості молодших школярів	34
Ілляш С.Д. Психологічні аспекти розвитку професійного саморозуміння майбутніх педагогів	36
Кириченко Н.А. Психологічні особливості цілетворення та цілепокладання	39
Корчакова Н.В. Вплив особистісних характеристик на формування рольової поведінки у сфері батьківства	43
Кравчук М.М. Проблеми впливу небезпечних ситуацій на формування життєвих перспектив підлітків з девіантною поведінкою	45
Кулаков Р.С. Мотиваційні чинники професійного самовизначення у ранньому юнацькому віці	48
Лисяк О.М. Проблема внутрішньої конфліктності ціннісно-смислової сфери особистості.....	51
Маркович О.В. Психотерапевтична роль медичної сестри при спілкуванні з пацієнтами	54
Матейко Н.М. Особливості надання психологічної допомоги школярам, які проживають на екологічно несприятливих територіях.....	57
Мельник І.Я. Просоціальна поведінка як складова соціальної компетентності.....	60
Михальчук Н.О., Івашкевич Е.З. Організаційні основи догляду за психічнохворими в умовах стаціонарного лікування	63
Назарець Л.М. Посередництво психолога у вирішенні проблеми взаємодії батьків і дітей	67
Нестерук-Володимирець О.В. Психологічний супровід профільного навчання в позашкільному закладі нового типу – палаці дітей та молоді м. Рівного	69
Ніколайчук Г.І., Ніколайчук І.О. Проблема розуміння художнього тексту студентами вищої школи	73
Павелків В.Р. Особливості психодіагностики відхильної поведінки підлітків	75
Палагнюк В.В. Теоретичні засади психологічної допомоги в процесі професійної адаптації викладача-початківця ВНЗ	77
Пивоварчук Т.О. Психологічні особливості інтенсивного розвитку комунікативних здібностей студентів у процесі вивчення іноземної мови.....	79
Рибак В.А. Психологічні засади формування самоставлення студентів з особливими потребами	82
Косарєва О.І., Рудь Г.В. Особливості прояву механізмів психологічного захисту в підлітковому віці	84
Савуляк В.О. Корпоративна культура як чинник особистісного зростання працівників організації.....	87
Садова І.І. Соціально-психологічні проблеми сімей, пов'язані з вихованням дітей з особливими потребами у контексті загальної ситуації в Україні	89
Созонюк О.С. Концептуальні засади коучингу як форми психологічної допомоги.....	92
Сторож О.В. Психологічні особливості творчої соціалізації особистості на етапі ранньої юності	95
Хомич І.С. Самовідношення у молодшому шкільному віці	98
Цуканова М.С. Соціально - психологічна допомога та реабілітація бездоглядним і безпритульним дітям у притулку	100
Чала Ю.М. Проблема розвитку особистісного досвіду психолога під час тренінгової роботи та шляхи її розв'язання	103
Череп В.Ю. Психологічний супровід молодшої сім'ї з первістком: основні напрямки	106
Шмига А.І. Недоліки організаційної культури як одна з причин професійного «вигорання», превентивні методи та шляхи подолання	108
<i>Відомості про авторів</i>	112

Наукове видання

ОБНОВЛЕННЯ ЗМІСТУ, ФОРМ ТА МЕТОДІВ НАВЧАННЯ І ВИХОВАННЯ В ЗАКЛАДАХ ОСВІТИ

Збірник наукових праць

Наукові записки Рівненського державного гуманітарного університету

Випуск 2 (43)

Свідоцтво про державну реєстрацію: Серія РВ № 540/93-Р від 03.11.2009 р.

Заснований у 1996 р.

Редактор збірника Воробйов А.М.
Відповідальний за підготовку збірника до видання Янцур М.С.
Технічний редактор Кравчук В.Ю.
Комп'ютерна верстка Хильчук Т.К.

Здано до набору 22.10.2010 р. Підписано до друку 29.10.2010 р.
Формат 60x84 1/8. Папір офсетний № 1. Гарнітура Times New Roman. Друк різнографічний.
Ум. друк. арк. 29,14. Обл. вид. арк. 29,14. Замовлення № 84/1 Наклад 120.

Адреса редакції: 33028 м. Рівне, вул. Остафова, 31
Рівненський державний гуманітарний університет, кафедра професійної педагогіки і
трудової підготовки (к. 98, тел. 22-11-18)

Віддруковано в редакційно-видавничому відділі
Рівненського державного гуманітарного університету
33028 м. Рівне, вул. С.Бандери, 12, тел. 26-48-83

О – 59 **Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти: Збірник наукових праць. Наукові записки Рівненського державного гуманітарного університету. Випуск 2 (43). — Рівне: РДГУ, 2010. — 116 с.**

ISBN 966 — 7281 — 08 — 7.

Збірник наукових праць містить статті які відображають теоретичні та практичні аспекти найважливіших проблем психологічної допомоги особистості.

Опубліковані матеріали можуть бути корисними для науковців, учителів, вихователів, практичних працівників освіти, керівників дошкільних і загальноосвітніх навчальних закладів, викладачів та студентів вищих педагогічних навчальних закладів.

УДК: 159: 37: 371: 372: 373: 374: 376: 378: 379

ББК 74.20