

Сестричка



№ 4

Вересень, 2008

ГАЗЕТА КІРОВОГРАДСЬКОЇ ОБЛАСНОЇ
ПСИХІАТРИЧНОЇ ЛІКАРНІ

МЕДИЧНА СЕСТРА – ПРОФЕСІЯ ЧИ ПОКЛИКАННЯ?



Із часів первіснообщинного ладу функції догляду та обслуговування, які входять у сферу сестринської справи, виконували жінки, матері, сестри. Цілком природно, що жінка доглядала за новонародженими, немовлятами, а пізніше за дітьми. Вона завжди сприяла збереженню здоров'я оточуючих в сім'ї. Її турбота поширювалася на друзів, сусідів або й на всю общину. Поступово переходила на опіку хворих, немічних та старих.

З моменту поширення християнської релігії справа обслуговування хворих та надання допомоги тим, хто її потребував, вважалася християнським обов'язком, проявом любові до близького. На цих засадах виникло сестринство і в Україні створювалися монастири, при яких були лікарні, подорожні доми, що поєднували функції готелю, лікарні, та амбулаторії для мандрівників, які направлялися до святих місць та потребували медичної допомоги.

Видатним медиком – першою в світі жінкою, яка прославилася своїми медичними знаннями була внучка Володимира Мономаха, дочка Мстислава – Євпраксія Мстиславівна. Вона видала грецькою мовою трактати "Аліма" та "Мазі", де було зібрано і систематизовано знання з тогочасної медицини, і, крім опису хвороб та засобів їх лікування, дано поради щодо гігієни.

За часів середньовіччя в Україні не було ніяких навчальних медичних закладів, а навчання мистецтва лікувати та доглядати за хворими здійснювалося шляхом передачі знань від батьків дітям або на зразок ремісничого учнівства при монастирях.

Перші спроби організувати лікувально-санітарну справу в Україні відносяться до другої половини 18 століття. В закладах по типу ремісничих учнівств готувалися спеціалісти хірурги-цирульники, які надавали допомогу жителям міст і брали участь у військових походах та акушерки, які допомагали жінкам під час пологів.

Значної медичної допомоги потребували військові під час ведення бойових дій. Так за часів Кримської війни з'являються видатні особистості, які значною мірою вплинули на розвиток сестринської справи в майбутньому. В Англії Флоренс Найтінгейл видаває "голубу книжку" військової санітарії, в якій провела глибокий аналіз медичних втрат під час війни та вказала на можливі шляхи їх попередження. При її активній участі була відкрита армійська медична школа. У своїх знаменитих "Записках про сестринську справу" характеризує обов'язок медичних сестер як

"дію по використанню середовища, що оточує пацієнта, з метою сприяння його відновленню" та "підтримання у здоровій людині стану, при якому хвороба не може настути".

Початок Кримської війни визначив також початок нового етапу в розвитку сестринської справи в Російській імперії. У цей час М. І. Пирогов прийняв пропозицію щодо зачленення загонів сестер милосердя в Кримській компанії.

Перші в історії медицини жінки-медичні працівники почали надавати допомогу пораненим та хворим на полі бою.

Пирогов неодноразово вказував, що "наша сестра милосердя... должна быть простая, добродушная женщина, с практическим рассудком и с хорошим техническим образованием, непременно должна сохранить чувствительное сердце". Він писав: "Научные и технические предписания врачей

Завжди надіятися, ніколи не впадати у відчай – такі властивості великої душі.

А. Луцій ФЛОР.

досвіду, ізоляція медичних сестер від участі у всесвітніх та міжнародних професійних організаціях призвели до значного відставання системи з підготовки медичних сестер від міжнародних стандартів.

З часів здобуття Україною незалежності та суверенітету роблять певні кроки в піднесені престижу професії та освіти медичної сестри, як найбільш потрібної та масової в практичній охороні здоров'я.

Професія "Медична сестра" на сьогоднішній день є більш жіночою, так як надання допомоги хворим, немічним людям вимагає терпіння, уваги, ніжності, турботи – тобто суто жіночих рис. Особливе місце в медицині займає психіатрія, саме ця область потребує не тільки докладання фізичних та розумових сил а й значну долю душевого тепла, яку медичні сестри віддають пацієнтам. Важко переоцінити роль середньої медичної ланки в сучасній медицині.

Сучасна медична сестра повинна допомогти хворому не тільки в лікувальному процесі, а й дати йому та його рідним поради щодо максимального адаптування до ситуації, яка виникла, навчити його елементів самогідності і самодогляду, знайти своє місце в суспільному житті. Функції медичної сестри значно ширші, ніж просте виконання вказівок та призначень лікаря. На неї покладено основні обов'язки з догляду за пацієнтами, профілактики захворювань, надання психосоціальної допомоги особам, які мають психічні та фізичні захворювання, догляд за ними. Така допомога надається медичними сестрами як у лікувальних, так і в будь-яких інших установах, а також вдома і всходи, де в ній є потреба". Таким чином, саме поняття медична сестра – сестра милосердя виходить далеко за рамки професійних обов'язків. Не можна бути медичною сестрою тільки на робочому місці, ти залишаєшся нею і в повсякденному житті. Це – не просто професія – це покликання.

На нараді національних представників Міжнародної ради сестер було сформовано поняття "Сестринська справа": "Сестринська справа є складовою частиною системи охорони здоров'я і включає в себе діяльність, спрямовану на зміцнення здоров'я, профілактику захворювань, надання психосоціальної допомоги особам, які мають психічні та фізичні захворювання, догляд за ними. Така допомога надається медичними сестрами як у лікувальних, так і в будь-яких інших установах, а також вдома і всходи, де в ній є потреба". Таким чином, саме поняття медична сестра – сестра милосердя виходить далеко за рамки професійних обов'язків. Не можна бути медичною сестрою тільки на робочому місці, ти залишаєшся нею і в повсякденному житті. Це – не просто професія – це покликання.

Т.М. ХРІНЕНКО,
старша медична сестра
відділення № 10.



МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Останніми роками в охороні здоров'я все більше поширюється новий напрямок – реабілітація хворих й інвалідів.

Відповідно до визначення Комітету експертів ВОЗ, реабілітація є комплексом координуваних проведених заходів лікуваного, фізичного, психологічного, соціального, професійного й педагогічного характеру, спрямованим на можливо досягнення для даного індивідуума відновлення здоров'я, фізичного, психічного й соціального (включаючи працевдатність) статусів, втрачених у результаті захворювання або травми.

Основна мета реабілітації – досягнення максимально можливої участі людини в житті суспільства й родини і забезпечення його соціальної та економічної незалежності. Отже, реабілітація має на меті не тільки найповніше відновлення здоров'я й адаптації хворих до навколишнього середовища, але й втручання в безпосереднє оточення в суспільство хворих у цілому для сприяння їхньої соціальної інтеграції. Саме тому для досягнення основної мети реабілітації людини як особистості – необхідні спільні скородиновані діяльність різних відомств і здійснення реабілітації з багатьох напрямків.

Під медичною реабілітацією розуміють систему медико-біологічних заходів, спрямованих на відновлення й компенсацію порушених у результаті хвороби або травми функцій, профілактику ускладнень і рецидивів захворювання, розвиток навичок самообслуговування і трудової діяльності. Вона є міждисциплінарною галуззю охорони здоров'я і використовує досягнення багатьох медичних дисциплін, у тому числі фізіотерапії і курортології.

Медична реабілітація починається з моменту гострої фази хвороби і триває доти, доки не буде досягнуте максимально можливе усунення фізичних, психічних і професійних порушень, викликаних хворобою або травматичним ушкодженням. У цьому зв'язку на окремих етапах надання медичної допомоги хворому лікування і реабілітація замикаються, але ототожнюють їх, як це не-

рідко робиться, не можна. Специфічними особливостями, що відрізняють реабілітацію від лікування, є вплив на наслідки хвороби, мобілізація компенсаторних механізмів організму, націленість у майбутнє, активна участі хворого у реабілітації, комплексність і інтенсивність, широке використання методу тренувань, позитивна мотивація на досягнення кінцевого результату – побутової і соціальної інтеграції хворого або інваліда.

Реабілітація буде ефективною при проведенні її безупинно і з дотриманням ряду принципів.

Основними принципами медичної реабілітації є:

1. За можливістю ранній початок реабілітації, який включається органічно в процес лікування, доповнює і збагачує його.

2. Індивідуальний підхід до розробки програми реабілітації. При виборі реабілітаційних заходів обов'язково повинні враховуватися специфіка порушення функцій організму людини, особливості плінни захворювання в даного хворого і його реакції на пропоновані види реабілітаційної програми, облік всіх індивідуальних особливостей пацієнта. Тому добре і правильно, якщо реабілітацію, особливо на стаціонарному (госпітальному) етапі, проводить лікар, що володіє основами медичної реабілітації. Бажано, щоб і надалі реабілітацію проводив фахівець відповідного захворювання профілю, що пройшов підготовку з реабілітації, з запущенням фізіотерапевтів, психотерапевтів, діетологів і інших фахівець.

3. Комплексний підхід до побудови індивідуальної програми реабілітації. Крім медиків, які включають у реабілітаційну програму медичні засоби реабілітації, у реабілітації хворих та інвалідів повинні брати участь соціологи, психологи, педагоги, представники органів соціального страхування і юристи. Координацію діяльності всіх фахівець, що беруть участь у здійсненні програм реабілітації, природно, повинен здійснювати лікар, який краще за інших знає хворого і особливості протікання його захворювання.

4. Колегіальність у рішенні питань побудови індивідуальної програми реабілітації, переходу пацієнта від етапу до етапу, визначення часу й ступеня відновлення працевдатності, професійної переорієнтації.

5. Безперервність і завершеність реабілітації. Початі в стаціонарі реабілітаційні заходи повинні проводитися безупинно (у санаторії, у поліклініці, вдома) до одержання максимально можливого результату.

6. Поетапність реабілітації. Із цією метою повна інформація про стан хворого, проведені реабілітаційні заходи, реакції на них пацієнта та інші важливі про нього відомості повинні передаватися з етапу на етап.

7. Здійснення реабілітації в колективі хворих (інвалідів). Цей принцип продиктований тим, що основна мета реабілітації – повернення потерпілого в колектив. Крім того, люди зі зниженими можливостями внаслідок захворювання або травми легше контактувати і працювати з людьми, які переносять аналогічні труднощі.

8. Відновлення працевдатності й повернення до активної і суспільно-корисної діяльності. Провідна роль у реалізації цього принципу належить лікарів, які визначають функціональні можливості його до трудової діяльності і відповідність та майбутнім професійним навантаженням, психологів, що створюють психологічну мотивацію на той або інший вид трудової діяльності, і соціологів, які вирішують питання працевлаштування й професійної переорієнтації хворого з обліком відзначених вище особливостей.

9. Доступність реабілітації для всіх, хто її потребує. Цей принцип може реалізуватися тільки тоді, коли організаційні форми реабілітації будуть простими, зрозумілими та економічними, тісно пов'язаними з усією системою охорони здоров'я.

10. Гнучкість реабілітаційної служби, легке пристосування її до змінних структур хвороб з урахуванням соціальної значущості того чи іншого захворювання, до умов функціонування та пріоритетів охорони здоров'я.

О.В. АБЗАЛОВ,
медична сестра відділення №7.

РОСЛИНИ – НАШІ ПОМОГНИКИ

Матінка Природа щедро дає людині безліч можливостей змінити своє здоров'я: купайся в цілющому повітрі, настояному на густому ароматі квітучої флори, загартовуйся сонячними та водними процедурами, повної сили організму різноманіттям городин та садовини. Бери ж "дитино Природи" ці дари і розуміно користуйтися ними. Та, на жаль, ми ще мало розуміємо і знаємо нессяжну милість Природи і тому не пов'язуємо з нею можливість змінення фізичних та душевних сил. Для більшості з нас – як не буде на морі, то й не оздоровився. А чи варто занадто засмучуватися, що не вдалося оздоровитися на березі Півдня. Чи не краще скористатися повною мірою цілющої сили оточуючої нас дикоростучої та виплеканої руками людини рослинності? Адже все, що росте на планеті, акумулює в собі материнську щедрість землі, космічну енергію сонця, загадкову благодать води і містить усі необхідні для підтримання здоров'я людини білки, вуглеводи, жири, кислоти, вітаміни, макро- та мікроелементи

Стан організму залежить від правильно підібраного раціону харчування і усвідомлення, що здоров'я кожної особистості повинно утримуватися на належному рівні передусім турботами, а не турботами лікарів.

Використання лікарських рослин з лікувальною метою відоме з глибокої давнини. І

нині, незважаючи на прогрес синтетичної хімії і виготовлення лікарських препаратів хімічним шляхом, інтерес до фітотерапії зростає. Однак існує багато різних думок про користь і доцільність траволікування. Одні порівнюють його зі знахарством, інші – значно перебільшують значення такого лікування і віддають перевагу тільки йому, не видаючи при цьому сутно медичних засобів, а треті оцінюють траволікування як один із пунктів в комплексі фармакотерапії.

При вивченні впливу лікарських трав на людський організм спостерігається така закономірність: рослини, які містять алкалоїд – атропін, діють на нервову систему; рослини, до складу яких входять глюкозити, мають позитивний вплив на серцево-судинну систему; ті ж рослини, які містять дубильні речовини, як правило, володіють протизапальними, протимікробними, кровоспинними властивостями; а рослини з гарячкою присмаком посиллють секрецію шлункового соку, покращують травлення.

Незліченні багатства містяться у зелених витворах її величності Природи. Як їх правильно використати на користь своєму здоров'ю? Існує цілий ряд правил і рекомендацій, яких слід дотримуватися під час заготовілі та зберігання лікарських рослин. Перш за все необхідно знати, чим є та чи інша рослина, вміти відрізнити її від споріднених видів.



Заготовлю лікарських трав необхідно робити тільки в суху погоду. Не можна збирати в одній тарі одночасно кілька видів рослин. До лікарської сировини не повинні потрапляти будь-які механічні домішки (земля, пісок) або інші частини рослин – у листках не повинно бути плодів чи коренів. Заготовляти слід тільки ту частину рослин, яка буде використовуватися з лікувальною метою.

Сушити зібрану сировину необхідно у затінених, добре провітрюваних приміщеннях, країща на гориці. Плоди перед сушінням слід пров'ялювати, а потім досушувати у печі. Зберігати готову продукцію необхідно у паперових пакетах чи коробках у сухому приміщенні. Ті ж рослини, які мають отруйні властивості, зберігаються окремо, пауху в цільно закритих банках. Термін зберігання квітів і трав – 1-2 роки, коренів, кореневиц і корі – від 3-х до 5-ти років.

ДЕІНСТИТУЦІОНАЛІЗАЦІЯ... ЩО ЦЕ?

У медицині було багато визначних досягнень. Наприклад, виявлення збудників інфекційних хвороб. Або ж поява антибіотиків. Чи використання наркозу під час операції.

Величезним досягненням у психіатрії була поява групи нейролептиків. Вживання цих медикаментів дуже позитивно змінило психічні хвороби. А психіатричні лікарі стали лікарнями. До появи нейролептиків психіатричні лікарі були більше схожими на тюреми з гратах на вікнах, палатами-«камерами» на 15 чоловік кожна. Медичний персонал – це були наглядачі, робота яких слідувала за хворими 24 години на добу. Деякі лікарі, наприклад психіатричні лікарі для примусового лікування, навіть підпорядковувались не Міністерству охорони здоров'я, а Міністерству внутрішніх справ. Так було в Радянському Союзі.

У 1952 році з'явився аміназін. А на сьогодні синтезовано біля 500 нейролептиків. Психіатрична лікарня ставала все більше і більше лікарнею. Більше того, можливість допомоги хворим привела до закриття багатьох лікарень. Хворі змогли лікуватись у домашніх умовах. Бо в лікарнях хворій передував роками. Він був поза життєвою ситуацією. Тому втрачав життєві навики як від самого хвороби так і від багаторічного перебування за зачиненими дверима.

Деінституціоналізація – це трикомпонентний процес: переведення хворого із психіатричної лікарні на альтернативні методи допомоги за місцем проживання, розвиток спеціальних служб тим хворим, котрі не можуть бути переведені на лікування вдома. Причому ці нові форми обслуговування хворих передбачають нові умови життя, звичайно ж, країні умови життя.

Процес деінституціоналізації почався з 50-х років і продовжується й нині. В 90-х роках вже почали аналізувати як досягнення цього процесу, так і його недоліки. Серед досягнень хочеться назвати деякі прямо-таки шокуючі цифри. В 1955 році в державних лікарнях США перебувало 559 тис. хворих із загального числа населення в 165 млн. чол.

У 1998 році тільки 57151 людина займали ліжка в державних психіатричних лікарнях з числа населення країни – 275 млн.

Поява дених стаціонарів – це також результат деінституціоналізації. В нашій лікарні дений стаціонар почав працювати в 1981 році.

А як змінилась кожна психіатрична лікарня. Стало створюватись маленькі палати для хворих. Режим нагляду за хворими ставав все більше і більше людським. В палатах з'явились тумбочки, столи, шкафи для одягу. Стало створюватись відділення з режимом відчинених дверей. Тобто хворі вільно могли виходити на прогулянки, на свіже повітря, полюбуватись лікарняним парком. З'явилися телевізори в палатах. У відділеннях з'явилось багато вазончиків квітів. Були навіть аваріуми, вольєрчики зі співочими птахами. В деяких відділеннях, наприклад, в дев'ятому, проводилась обширна музикотерапія. В кожній палаті був транзистор, і проводилося заспокійливе лікування музигою. З реабілітаційною метою надавались хворим лікувальні відпустки в масовому порядку. Широко використовувалась психотерапія: раціональна, поведінкова, просвітницька, сімейна терапія інше.

Зараз у пресі і в висловлюваннях керівників медицини багато зувають про необхідність реформ у психіатрії. В інтерв'ю з відомими психіатрами заклики до реформ у психіатрії оприлюднюються неодноразово. Одночасно пишуть і про пригальмованість цих реформ.

І навіть є спроби знайти винних у цьому. Мені здається, що правильно вбачаються винними в гальмуванні реформ керівництво медичною. Воно (керівництво) до цього часу залишилось совковим. І не хочеться йому змінювати звичні психіатричні штампи. Це видно і в нашому житті, в нашій лікарні. Деінституціоналізація, шановні керівники медицини, не закінчилася, треба все більше і більше розвивати різні методи лікування хворих у дома. Треба створювати реабілітаційні

центри для них. Процес реабілітації після перенесеної хвороби дуже важливо. Наприклад, після перенесених операцій, інфарктів, інсультів. У психіатрії цей процес дуже важливий і дуже необхідний.

У нашій лікарні реформування проходить зі скрилом. У відділеннях проводиться ремонт. Завідувач відділення намагався створити палати європейського зразка – палата на два пацієнти, з туалетом, душем, телевізором, холодильником. І що ж? Чого доМігся цей лікар? В дев'ятому відділенні були окремі палати на п'ять чоловік. Завідувач відділенням "домігся" того, що такі палати ліквідували. Ось так проходить у нас реформування психіатрії.

Трапляються в нас випадки, коли ті чи інші зміни тільки погіршують стан хворих. До цього часу діє наказ, за яким забороняється виходити і заходити у відділення після десятої години вечора. Тобто хворі повинні бути зачиненими в багатомістких палатах більше 12 годин на добу. Не дивно, що в одному інтерв'ю жінка, яка постійно просила милостиню на вулицях Кіровограда, назвала нашу лікарню тюрмою.

Ні одна людина не застрахована від хвороби, в т. ч. і психічної. І ось захворів лікар. Потрапляє в лікарню і його тримають там в заперті. Це хіба людське ставлення до хворого?

Або ж придивіться до наших двориків для прогулянок хворих, котрі не можуть користуватись вільним виходом. Та це ж загороди для тварин, іх потрібно зробити такими, ніби це парк, з басейном, квітами, фонтаном. А огорожа повинні бути невидимими.

В одній із книг, що в моїй бібліотеці, є фото Ван Гога під час перебування його в психіатричній лікарні. Подвір'я для прогулянок, на якому перебуває геніальний митець, не відрізняється від прекрасного парку.

Процес деінституціоналізації в психіатрії продовжується. Давайте активно впроваджувати його принципи в життя нашої лікарні.

**М.А. МИХАЛЬЧУК,
завідувач відділенням №9.**

ди з будь-якого куточка планети мали рівний доступ до інформації. На відміну від паперових ЗМІ, Інтернет дас більше можливостей для зворотного зв'язку. Серед численних записів в гостевій кнізі сайту є і критичні і хвалебні, але частіше за інших прояви здивування – виявляється і у провінційній психіатрії може бути свій сайт.

Відвідувачі сайту можна розділити на дві категорії. Перша, найчисленніша – це ті, що якраз «цікавляться», зайдали дізнатися, що це таке – сайт психіатричної лікарні. Інша – це цільова аудиторія, психіатри, психологи, медичні працівники, фахівці з галузі охорони психічного здоров'я, які бажають дізнатися про наші професійні проблеми і як ми їх вирішуємо. Для них актуальніший розділ – статистика. А у «цикавих» користується найбільшою популярністю розділ, присвячений творчості психіатрів і їхніх пацієнтів. Із самого початку було вирішено не вказувати «хто є хто» серед авторів віршів, малюнків та інших творінь, адже художня цінність витвору мистецтва не залежить від діагнозу або його відсутності. Судячи з посилань і цитат з цього розділу на різних Інтернет-форумах, художні творіння наших авторів користу-

ються успіхом. Все частіше відвідують наш сайт земляки-кіровоградці, про що свідчить статистика кіровоградського міського Інтернет-каталогу.

Природно, що на сайті відображаються найбільш значущі події в житті лікарні. Тому нещодавно там з'явився новий розділ – «Газета», де розміщені найцікавіші (з погляду редактора сайту) статті з газети «Життя лікарні». На жаль, доводиться визнати, що не всі статті газети варто виносити на «світовий» огляд, хоч би тому, що деякі матеріали з того ж Інтернету – запозичені. Якщо мета сайту з початку його існування була презентацією лікарні в Інтернеті, то газета, на мою думку, насамперед повинна бути для «внутрішнього користування», тобто направлена на висвітлення актуальних подій та проблем для людей, які тісно пов'язані з нашою лікарнею.

Наприкінці хочу побажати редактору і авторам газети творчого натхнення, а читачам цікавого читання. Будете в Інтернеті – заходьте на наш сайт.

**О.НІКОЛАЄВ,
веб-майстер і редактор
сайту kopl.narod.ru.**

Діти з особливими потребами

Вдосконалення допомоги дітям з дефектами розвитку здійснюється у різних напрямках. Один із них – це оздоровлення дітей з психічними відхиленнями, які лікуються у дитячому відділенні Кіровоградської обласної психіатричної лікарні. У плані вирішення задачі по оздоровленню цих дітей розглядається і робота логопеда.

Практична робота логопеда показує, що відсоток мовної патології серед психічно хворих дітей достатньо високий.

Робота логопеда у дитячому відділенні розглядається як допоміжна і відповідає двом основним задачам:

- Участь і допомога в діагностуванні хворого в цілому (виявлення його зосередженості, працездатності, засвоєння програми);

- Корекція дефекту мови.

Робота проходить в тандемі (партнерстві: дитина – батьки – фахівець) і полягає в тому, щоб навчити батьків як займатись з своїми дітьми в домашніх умовах, стимуляція інтонованого голосового спілкування та сенсорний розвиток дитини. Логопедична робота, направлена на нормалізацію м'язевого тонусу і моторики артикуляційного апарату,

стимуляцію лепету, покращання розуміння зверненої мови і розвиток слухового та мовленнєвого диференціювання звуків, подолання дефектів звуковимови.

Логопедична робота направлена на розвиток сенсорних здібностей та дрібної моторики рук. Сенсорний розвиток – це розвиток у дитини сприйняття і формування уявлень про зовнішні властивості предметів, їхню форму, колір, величину, положення у просторі, запах, смак, а також увага, пам'ять, мислення. Корекційно-логопедичні методи, які використовує логопед: логопедичний масаж – для нормалізації тонусу м'язів артикуляційного апарату. Дозволяє краще жувати, ковтати, не поперхнутися під час їжі, чіткіше вимовляти звуки; артикуляційна гімнастика – розвиток кінетичних відчуттів, збільшення загального недорозвитку мовлення та дефектів звуковимови.

Вироблення чіткого мовлення, запобігання вторинним порушенням інтелекту, які можуть бути зумовлені мовними вадами; вібраційний масаж дає можливість виробити правильне мовленнєве дихання у дітей з дизартрією, заїканням, загальним недорозвитком мови, ринолалією.

Логопеди обов'язково використовують і дефектологічні методи: активізація пізнавальної діяльності – для забезпечення сприятливого розвитку пізнавальної активності необхідного усвідомлення дитиною власних здібностей та можливостей, їх розмежування і зміщення віри власні сили, впевненості у собі, дидактичні ігри – використання яких в даній послідовності гарантує ефективний розвиток сенсорних здібностей; завдання на розвиток логіки – дають можливість знаходити зв'язки між різними подіями, явищами, предметами, виділяти в предметах і явищах суттєве і несуттєве.

У дитини має бути бажання йти до школи, уміти контактувати з ровесниками, має бути достатній розумовий розвиток, який є основним у навчанні.

А мова і мовлення – це невичерпне джерело особистісного розвитку дитини, скарбниця усіх знань. Сформована своєчасно мовленнєва компетентність у дошкільному віці є однією з основних умов успішного шкільного навчання, а тим більше у дітей з особливими потребами.

С.О. ПАШКОВСЬКА, логопед.

Милосердя, турбота про дітей – це доля

Сьомого липня 1938 року в сім'ї Шевченків, Олексія Федоровича та Тетяни Вакулівни, народилась донечка, яку назвали Лідією.

Сім'я – багатодітна, Ліда була найменшою, але завжди "стояла за нею горою" три старших брати. Дитинство було нелегким: голодним, воєнним.

У 1946 році Ліда пішла до першого класу Обознівської середньої школи. Навчалася охоче, хоч школа знаходилася за 7 км від дому. Добиратись було нелегко, іноді робітники підвозили на підводах, санях, а частіше пішком – з друзями та однокласниками. Дуже рано почала допомагати батькам, які діручили дононці зовсім не дитячу роботу – пасти скот, шити, прати, працювати в полі та на городі. Рання самостійність, витримка, щоденна тяжка праця, нарешті з дорослими, відіграли важливу роль у становленні дівчини.

У 1953 році закінчила 7 класів та пішла вчитися на швею до м. Кіровограда, але спеціальність не була до душі, тому в 1955 році влаштувалась різнопрофесійно в Кіровоградську психіатричну колонію. Змінила не одну спеціальність – кастеляніші, асистента аптеки, санітарки у відділенні.

Лідія Олексіївна часто згадує тяжку працю в психіатричній лікарні: доводилось топити печі, щоб забезпечити теплом палати, не вистачало постільної білизни та одягу для хворих. Не було сучасних нейролептиків, збуджених хворих було тяжко заспокоїти. Праця в психіатричних відділеннях була складна і небезпечна. Але й це не злякало молоду дівчину, навпаки зацікавило, викликало бажання вчитися далі, щоб більш кваліфіковано допомагати хворим.

У 1964 році Лідії Олексіївні вступила на навчання, здобувати професію медичної сестри, в 1966 році закінчила курси "Червоного Хреста" та продовжу-

вала працювати в психіатричній лікарні, але вже на посаді медичної сестри. Працювала в гострих жіночих і чоловічих відділеннях, а останніх 28 років присвятила роботі з хворими дітьми. Саме це і стало її призванням. Милосердя і турбота про дітей – це доля, яку вона обрала свідомо, все життя долаючи перешкоди, не опускаючи рук.

Але життя не шкодувало цю жінку, її довелося пережити найстрашніше для матері – смерть старшого сина. Всі роки не покидають Ліду Олексіївну біль та смуток з дня смерті любого Павлика. Можливо, тому саме її так зрозумілі переживання батьків, чиї діти знаходяться на лікуванні в дитячому відділенні. Кожну дитину вона зігрівала материнським теплом, турботою, любов'ю. Із її рук найгіркіша пігурка була вже не такою й поганою, а ін'єкції не так вже й сильно боліли.

"Уважна, добра, турботлива", – так відгукуються про неї батьки і діти. Яка б не тяжка доля випала, які труднощі не пережито в сім'ї, але на роботі це завжди була чуйна жінка з посмішкою на обличчі та лагідними очима.

У липні 2008 року Лідія Олексіївна відзначила ювілей, її виповнилось 70 років. Незважаючи на хвороби та вік, що не дали дальше працювати Лідії Олексіївні, вона залишилась турботливою жінкою, мамою, бабусею.

Співробітники дитячого відділення завжди з пошаною згадують про Лідію Олексіївну, яка стала всім близькою і рідною.

Дякуємо за багаторічну відданість своїй справі, за добrotу, високу порядність, надійність. Ми відчуваємо велику повагу до неї, як до людини, яка пройшла дуже нелегку життєву дорогу, нікуди не звернувшись, не зламавшись.

Н.І. МАРЦУНОВА,
зас. дитячим психіатричним
відділенням.

Щиро вітаємо нашу колишню співробітницю Валентину Демешкіну з її першою поетичною збіркою і бажаємо крилатого злету поетесі у подальшій творчості.

МІЙ КІРОВОГРАД

В серці України
Над Інгул-рікою,
Явір над водою –
Мій Кіровоград.

У стежах безмежних
У зелених шатах
Ти стоїш в граніті,
Мій Кіровоград.

Не злякаєш турків,
Переміг фашистів,
Вистояв у війнах
Мій Кіровоград.

Та біду відвіши,
Із руїн підняєшся,

Став ще кращим містом
Мій Кіровоград.

Ти – перлина стежу,
Польова волошка,
Соловей співучий,
Мій Кіровоград.

Ти для мене юний,
Як душа безсмертний,
І тобі сьогодні
Деісті п'ятдесят.

Валентина
ДЕМЕШКІНА
(САЛОВА).

ГІМН УКРАЇНІ

Тобі сплету з калини я вінок,
Волосся маками і житом заквітчаю,
Соловейком прилечу в садок
І пісню чарівну заспіваю.

Веселій спів лугами задзвенить –
Від сивого Дніпра до в'янкої Росі.
І вмію личенько росою, що бринить
На свіжому, ранковому покосі.

Щоби була ти вічно молода,
Щоб кожної весні, мов ружа, зацвітала.
Щоб сяяла, як вранішня зоря,
І кращою серед держав ти стала.

Цвіти, моя Україночко, цвіти,
Я над тобою ясним сонечком полину,
Щоби простори облетіть й світи
І чути твою мову солов'їну.

В. САЕНКО.

ПРО ІМІДЖ МЕДИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

Дорогі медики! Мені хочеться вас запитати – чи кожний із вас, одягаючи зранку білий халат, пам'ятає про те, що він давав клятву Гіппократу? Несті добрі людям, служити їм вірно і безкорисно? Думаю, що не кожен. І тут мені хочеться поговорити про імідж. Я, наприклад, виходячи зранку з дому, усвідомлюю, що представляю обличчя компанії "АТБ-маркет" і міжнародної організації "Армія Спасіння", та відповідно з цим намагаюся виглядати і вести себе у суспільстві. Думаю, що робота у психіатричній лікарні накладає певні обов'язки на весь персонал, зовсім як мати імідж медичного працівника.

Декілька років тому мені довелося проходити курс лікування в Римській клініці "Fate bene dratelli", що в перекладі з італійської значить: "Робіть добро, браття!" (для порівняння наше – "психушка", "дурдом"?!).

Повинна сказати, що душевно хворі виліковувались тут за короткий час не стільки від ліків, як від доброчесливого ставлення персоналу та затишної обстановки в палаті. Завжди усміхнені, привітні італійці назавжди залишилися в моїй пам'яті. На будь-яке прохання хворих відповідали ввічливо та з посмішкою. Після 10 днів перевебання в клініці важкохворі відправлялися для поглиблених лікування в клініку під назвою "Вілла

Клементина". Звучить як музика, правда?

Але ж наша лікарня могла б називатися "Клініка для душевно хворих святої Єлизавети", на честь покровительки нашого міста Єлизаветрада.

"Вона лікується в селищі, в дурдомі" – звучить образливо, чи не так? Друга справа так: "Я провела цей місяць в клініці святої Єлизавети". Відкрилася ж у місті "Лікарня святого Луки"...

Дух радянської лікувально-трудової колонії витає над селищем Но-вим. Але ж у давнину душевно хворих людей називали блаженими. "Блаженные нищие духом, ибо они обретут царствие Небесное", прочитаете на стінах будь-якого православного храму. Ще таких людей у давнину називали юродивими, але не ображали, а почитали і подавали милостиню.

Наш Президент обрав курс держави на євроінтеграцію. І я впевнена, що Україна займе гідне місце серед європейських держав як історичний, культурний, географічний центр, як житниця Європи.

Дорогі медики! Мені хочеться виразити надію, що всі ми будемо працювати над собою, удосконалювати, духовно підвищувати і не забувати про ту місію, яку поклав на нас Господь Бог!

Лариса ЧАЙКА.

Фінансування закладу

Порівняно з минулими роками фінансування закладу змінилося на краще. Свідченням цього є збільшення видатків на харчування (тепер вартість одного ліжко-дня на харчування складає майже 12,0 грн), звичайно, це відчули хворі. Недостатньо, але також збільшилися видатки і на медикаменти (вартість одного ліжко-дня складає 3,43 грн). Майже на 200,0 тис. грн придбано м'якого інвентарю, про що раніше могли тільки мріяти.

Днями Верховна Рада України внесла необхідні зміни до Держбюджету, відміна усі формальності, і відтепер третій етап Єдиної тарифної сітки вводиться з 01.09.2008 року, що дасть можливість відчути суттєву різницю між заробітними платами різних за кваліфікацією працівників завдяки тарифним коефіцієнтам. Крім цього, до кінця року очікується ще два підвищення мінімальної заробітної плати з 1 жовтня та з 1 грудня 2008 року.

У серпні поточного року за кошти місцевого бюджету для лікарні було придбано медичне обладнання на суму 192,0 тис. грн, а саме: для клініко-діагностичної лабораторії – аналізатор електролітів крові (27,8 тис. грн), центрифугу (3,9 тис. грн), для стоматологічного кабінету – компресор В/М ДК502В (10,1 тис. грн), камера для зберігання стерильних інструментів (4,2 тис. грн), декілька апаратів для фізіотерапевтичного кабінету (35,6 тис. грн), та декілька стерильізаторів для лікувальних відділень ГП1-80 (39,2 тис. грн).

Також частково поновлено обладнання нашого харчоблоку, придбано новий котел для приготування їжі, ходильну установку для зберігання продуктів харчування та універсальну овочерізку.

Частково за кошти місцевого бюджету, частково за кошти від добровільних внесків громадян змінюється зовнішній вигляд наших лікувальних відділень, кабінетів, покрівель, де проводяться поточні та капітальні ремонти.

Г.М. САВІЦЬКА,
заступник головного лікаря з економіки.

НАСЛІДКИ ХВИЛИНИ БЕЗВИХОДІ

Статистика свідчить, що в Україні щорічно закінчують життя самогубством близько 15 тисяч людей. Згідно із дослідженнями, 40 відсотків самогубств відбувається внаслідок родинних конфліктів та негарадів, 77 відсотків людей-сукідентів попереджають про свій намір. Майже 94 відсотки – це психічно здорові люди. Суїцидальних проявів більше на 40 відсотків серед самотніх людей. Причому розлучені частіше вдаються до самогубства, ніж одружені. За допомогою методів статистики психологи підрахували "вершину вікової суїцидальноти": для чоловіків – це 40-45 років, для жінок – 40-45, 50-60 років.

Учені стверджують, що спроби самогубства та самі суїциди тісно пов'язані з біологічними ритмами організму. Інша кількість зростає навесні та знижується восени. Максимум досягається у квітні-червні. Частіше трапляються увечері, на початку ночі та рано вранці.

Саме тоді залишаються наодинці зі своїми думками та переживаннями. Уже стало закономірністю, що найбільша кількість самогубців реєструється навесні та влітку. Саме різка невідповідність весняного та літнього світу і розчарованого стану душі провокує самогубство. Сьогодні психологи виділяють 10 основних мотивів суїцидальної поведінки:

- Переживання образів, одиночності, відчуженості, неможливості бути зрозумілим.
- Реальна або уявна втрата батьківської уваги, нерозділене кохання, ревнощі, смертельні хвороби, недоліки фізичного розвитку.
- Переживання, пов'язані зі смертю одного із батьків, їх розлучення або ж із відсутністю одного з них.
- Переживання провини, сорому, образів, не задоволеності собою.

5. Страх перед ганьбою; глузування, пригнічення.

6. Страх перед покаранням.

7. Любовні невдачі, сексуальні експресії, вагітність.

8. Почуття самотності, погроз, шантажу, стресові ситуації, невдоволеності життям.

9. Бажання привернути до себе увагу, викликати співчуття.

10. Наслідування приятелів, геройів книг, кінофільмів ("ефект Вертера"). Щодо останнього мотиву, то психологи давно помітили пряму залежність між кількістю самогубств, які демонструють телебачення та інші засоби масової інформації, та реальною кількістю самогубств у суспільстві.

Найбільший відсоток спроб самогубства – серед молоді до 30 років. Підлітки також часто для вирішення власних проблем вдаються до суїциду. Адже у цьому віці навіть невеликі проблеми сприймаються дуже гостро, а цінність людського життя ще не усвідомлюється повною мірою. Здається, якщо на твое кохання не відповіли взаємністю, все інше назавжди втрачає сенс. У такому віці причиною самогубства може стати навіть "дів'ята" за іспит. Причина дитячих самогубств – у непорозумінні з дорослими, неправильності життя. Підліткам та їх взагалі молоді не затишно жити у сучасному світі, де панують байдужість у сім'ях, незайнятість за межами будинку, почуття непотрібності. Для дітей смерть – це те, за допомогою чого можна довести свою правоту, уникнути покарання, помстилися.

Багато людей вдаються до самогубства у віці після 50 років. Це стається через відсутність соціального та матеріального захисту, підтримки з боку рідних та коштів на лікуван-

ня численних хвороб. Людина втомлюється від боротьби за шматок хліба, опускає руки, не бажає бути тягarem для оточуючих. І тоді їй залишається лише один крок...

Найцінніше, що є у людини, – це її життя. І, можливо, доля багатьох справді склалася б по-іншому, якби у хвилину безвиході пригадали про те, що воно дається людині лише один раз. Найчастіше людина, яка зважується на самогубство, насправді вмірати не хоче, вона лише прагне вийти з певної кризової ситуації.

Підготував О.В. ПРИСЯЖНИЙ,
лікар-психіатр відділення №13.

ЗЦІЛЮВАТИ ПОГЛЯДОМ І СЛОВОМ

Що для людини найголовніше? Звичайно, це здоров'я, як фізичне так і духовне. Во коли хворіш, весь світ не мілій. У нашому суспільстві, на жаль, досі співчувають фізичним вадам здоров'я, а психічно хворіх зневажають, вважаючи їх людьми "другого", а то і "третього" сорту. І часом виходить так, що хворий стає ізольованим від суспільства "нормальних" людей. І це є однією з найголовніших причин того, що хвороба "тягне його на дно". Відомо, що навіть – здоровій людині потрібне душевне тепло у колі друзів, рідних та знайомих. Во стреси можуть викликати невротичні розлади навіть у психічно здорових людей, не кажучи про тих, у кого за тих чи інших причин психічний стан хіткий та неврівноважений. В інших випадках проблема вибору не постає: у хворого одна дорога – в лікарню.

(Закінчення на 7-й стор.)

ПРО ПРИЧИННИ ГОЛОДОМОРУ 1932-1933 рр.

Багато десятиліть у нашій країні замовчували страші факти голодомору і геноциду українського народу на початку 30-х років. І тільки зараз, у 2008 році, ці факти офіційно визнано як на рівні керівництва України, так і на рівні міжнародної спільноти.

Але є одна проблема. Вона полягає в тому, що голі факти голодомору і геноциду визнали, та до цього часу ніхто не назвав істинні причини цих подій. На 63-й Асамблеї ООН наш Президент намагався щось сформулювати, але його точку зору ніхто не підтримав. Тобто мільйони людей загинули, а чому вони загинули і заради чого – не зрозуміло. У всякому випадку, обґрунтованої офіційної точки зору з цього приводу не існує.

Існують тільки неофіційні і нічим не підтвержені вигадки та припущення. За все життя в цьому плані довелось чути тільки три неофіційні версії. Версія перша: Сталін зневажливість українського народу за його прагнення до волі і державної незалежності. І тому вирішив знищити український народ, як такий шляхом штучного голодомору. Версія друга: українці не хотіли добровільно йти до колгоспів. І щоб зламати опір та примусити українців до вступу в колгоспи, Сталін влаштував штучний голодомор. Версія третя (комуністична): два роки підряд був великий неврожай, тому і виникли проблеми. А голодомору і геноциду зовсім не було.

На перший погляд все це звучить перевонливо. Та тільки на перший погляд. Бо є багато фактів, які вищевикладені суперечливі версії легко спростовують.

Перший факт: якби Сталін хотів винищити тільки український народ, то голодомор охопив би тільки Україну. Але відомо, що голодомор одночасно відбувся на Україні, в Росії (Поволжі) і в Казахстані.

Другий факт: у Казахстані під час голодомору загинуло близько мільйона людей. А це становило половину населення Казахстану. На Україні ж загинуло значно менше людей відносно всієї кількості населення. Входить, що Сталін ненавидів казахів значно більше, ніж українців. Входить, що казахи виборювали свою незалежність більше ніж українці. А це повністю суперечить дійсності.

Третій факт: голодомор на Україні відбувався переважно в сільській місцевості, а у великих містах ніякого голодомору не було. Тобто механізм голодомору діяв дуже вибіково. І казати, що голодомор був спрямований на винищенні всього українського народу в цілому – це буде свідома неправда.

Четвертий факт: на всій території СРСР не було жодної нації, яка б добровільно та з радісними піснями пішла до колгоспів. Шалений опір чинили всі нації, і організація колгоспів відбувалась виключно примусово. Ніяких особливих пріоритетів у цьому колгоспному питанні Україна не має.

П'ятий факт: у Росії голодомор відбувався тільки на Поволжі, а на всій іншій території нічого подібного не було. Тобто механізм голодомору і в Росії діяв чомусь теж дуже вибіково. І тільки там, де вищували хліб.

Шостий факт: якби голод виник з природних причин, то комуністи мали б сприятливу нагоду з гуманістичними міркуваннями надати гуманітарну допомогу і на цьому зробити собі велику пропагандистську кампанію (як допомога "Челюскину"). Але ніякої допомоги голодним комуністів взагалі не надали і гвалту навколо голоду не було. Все відбувалося під грифом "Цілком таємно". Саме це і вказує на штучність голодомору.

Таким чином, три існуючі зараз версії

причин голодомору та геноциду не витримують елементарної критики. А тому виникає потреба знайти та обґрунтувати істинні причини. Для того, щоб це страждати не повторилось.

Скажемо одразу: причин голодомору та геноциду було всього дві. Перша – загальна, друга причина – безпосередня. Спочатку розберемося із загальною причиною. Так відомо, що Сталін був парапоїком, тобто страждав на психічний розлад. Ленін хворів нейросифілісом, тобто страждав на прогресивний параліч з парапоїдальними ідеями реформаторства. Енгельс задля щастя народів пропонував збудувати концтабори. Якщо це не парапоя, тоді що це? Маркс у своєму "Маніфесті комуністичної партії" пропонував увести спільність жінок, тобто віддати жінок у загальне користування (і багато іншого в тому ж стилі). Це теж не парапоя?

Тобто всі основні теоретики та практики марксизму страждали на парапоїю як психічний розлад. І зрозуміло, що сама комуністична ідея, породжена парапоїками, теж була суто парапоїдальною, хворобливою, антинародною. Інакше бути не могло. З цього витикає перший висновок: загальна причина голодомору полягає в тому, що народи України, Росії і Казахстану (та всі інші народи СРСР) стали жертвами парапоїдальної комуністичної ідеї та парапоїків, які дорвались до влади.

Але, з'ясувавши загальну причину голодомору та геноциду, ми ще не отримали відповідь на інше запитання: "Чому голодомор відбувався саме в 1932-1933 роках? Чому ні роком раніше, ні роком пізніше?" Тобто нам треба з'ясувати безпосередню причину голодомору.

А справа ось у чому. Ще Маркс і Енгельс попереджали, що комуністи можуть прийти до влади тільки в умовах великої війни, коли в руках населення буде зосереджено багато зброї. І без зброї про владу годі й мріяти. І в 1917 році, на хвилях Першої світової війни, більшовики до влади в Росії таки дірвались. Одразу було викинуто лозунг: "ДА ЗДРАВСТВУЄТ МИРОВАЯ РЕВОЛЮЦІЯ!" Тобто без винятку всі країни на всій планеті треба зробити комуністичними.

Але вже у 1918 році Перша світова війна закінчилася й умови для здійснення Світової революції зникли. Наступив мир, а потрібна була велика війна. Тому одразу виникла ідея: не пасивно чекати виникнення нової світової війни, а активно розв'язати її самим з метою продовження і здійснення Світової революції (це вже типова парапоя – задля щастя народів повбивати народи на війні).

І тут думки більшовиків докорінно розійшлися. Троцький наголосив ідею перманентної революції: незважаючи ні на що, треба продовжувати безперервно атакувати сусідні країни з метою встановлення більшовицького режиму. А Ленін і його вірний учень Сталін наголосували інше: зараз сил на Світову революцію немає. Країна розорена громадянською війною. А тому треба атаки тимчасово припинити, зробити перепочинок, накопичити сили та зброю. І тільки потім нанести по Європі могутній стрімкий вирішальний удар.

У 1924 році помер Ленін, але його ідеї продовжував втілювати Сталін. Після тривалої боротьби за владу Сталін переміг Троцького, якого в 1929 році вигнали з СРСР. Саме з цього часу і почалася величезна підготовка до Другої світової війни, яка була потрібна Світовій революції. Саме в 1929 році був проголошений курс на індустриалізацію

СРСР, яка на практиці означала побудову могутньої військової промисловості заради отримання величезної кількості новітньої зброї. Саме це і було головним завданням перших п'ятирічок.

Але швидко з'ясувалося, що обладнання і заводи вкрай застарілі та зруйновані. З'ясувалося, що потрібні новітні технології. Виявилося, що інженери або повіткали з СРСР, або хто залишився – перестріляні. Нема кому будувати. А свої кадри ще не вирости, бо на це потрібен дуже тривалий час. Індустриалізація забуксувала.

Вихід знайшли. Домовились із США. І на самому початку 30-х років СРСР заполонили американські інженери. Саме вони вчили нації нові кадри. Саме вони відновлювали зруйновані та будували нові заводи. Саме вони надали СРСР новітні технології. Хто має сумніви – хоч сьогодні відвідайте наш славний український Дніпрогес. Там і по теперішній час є американське обладнання. Допомагає з Америки надійшла тому, що там існував лозунг: "Хай вони там усі в Європі переселяться та передеруться, а ми на цьому добрі заробимо і будемо панувати в світі". Це потім і відбулося.

Та за допомогу прийшлося платити. І мільйони тонн хліба з багатого врожаю, який конфіскували на Україні, в Росії та в Казахстані, попливали до Америки. І ніхто тим хлібом не подавився, ніхто не вийшов на демонстрації протесту против людожерства. Во саме в цей час у США бушувала велика депресія 1929-1933 років. І американцям було не до демонстрацій – самим би вижити. Ось це і є ціна голодомору – індустриалізація СРСР з допомогою США.

Висновок другий: безпосередня причина голодомору та геноциду в 1932-1933 роках полягає в тому, що народи України, Поволжя та Казахстану стали жертвами заради зброї для парапоїків. Во хліб міняли на зброю.

Гадаєте, що зброю не здобули? Ще як здобули. За дві з половиною передвоєнні п'ятирічки СРСР стрімко перетворився на одну величезну фабрику по виробництву найновітнішої зброї. І на 21 червня 1941 року для нападу на Європу СРСР мав понад 23 тисячі танків (легких, середніх, важких, плаваючих, швидкохідних), понад 24 тисячі найкращих у світі військових літаків, понад 25 тисяч наймогутніших гармат. Це було більше, ніж у всьому світі разом взято. Та приблизно у 6-7 разів більше, ніж було у Гітлера (до речі, як і Сталін, Гітлер був соціалістом та яскраво вираженим парапоїком). І тільки раптовий випереджальний удар Гітлера 22 червня 1941 року не дав змоги Сталіну заднати свої величезні навали зброї в повному обсязі, що поховало мрії про Світову революцію. Не досягши світового панування, Сталін програв Другу світову війну. І Гітлер програв.

А виграла – Америка.

Тепер ми можемо зробити остаточний об'єднаний висновок: істинною причиною голодомору та геноциду 1932-1933 років стала оскажена гонка зброяння, спрямована на реалізацію маячної комуністичної ідеї про Світову революцію.

Незалежність, колгоспи та неврожай до голодомору ніякого відношення не мають. Боставки у великий політичний грі були значно вищими. Для США, СРСР і Німеччини мова йшла про світове панування.

ЗЦІЛЮВАТИ ПОГЛЯДОМ І СЛОВОМ

(Закінчення. Початок на 5-й стор.)

Із перерахованих вище причин стає зрозумілим те, що хворий без постійної допомоги психотерапевта не обійтеться. Тому важливо лікувати не лише дорогими ліками, але і словом лікаря – друга та порадника.

У відділенні № 2 по-справжньому гарний медперсонал: медсестри, санітарки, але особливо чуйні лікарі. Ганіна Марина Владленівна зцілює кожним дотиком, поглядом і словом, даруючи хворому впевненість у своїх силах. Завідуюча відділенням Дубчак Тетяна Миколаївна так затишно облаштувала кожен куточок відділення, що тут стіни буквально загоюють душевні рани. Я була у багатьох відділеннях: 10, 12, 17 і нарешті "осіла" в другому. І впевнена, що всіма своїми успіхами я завдячує відділенню № 2: лікарям і всьому персоналу. Низький вам уклін!

Юлія ХАРЧЕНКО,
пацієнтика відділення №2.

Річниця світлої пам'яті Загрунної Меланії Прокопівни

Дуже важко говорити про людину в минулому часі, проте час швидкоплинний. Не встигли озирнутися, а вже пройшов рік від дня смерті нашого товариша, колеги і просто чудової жінки – Загрунної Меланії Прокопівни, яка пропрацювала в лікарні 33 роки.

Немає жодної людини в лікарні, яка б не поважала і не цінувала її як співробітника.

Трудовий шлях Меланія Прокопівна починала з посади лікаря-ординатора, а з 1980 року – завідуюча відділенням № 4, потім – відділення № 10.

У той день, коли вона народилась, Господь неначе підказав батькам її ім'я Міла – мила, добра, душевна, красива, лагідна, непересічна. Такою вона була і завжди залишиться у наших серцях.

Пропрацювавши з Меланією Прокопівною не один рік, ми – співробітники відділення – пишаємося тим, що працювали під її керівництвом, наше відділення завжди було в пошані. Усі ми намагалися брати приклад із завідуючої, яка добровісно ставилася до своїх обов'язків, і співробітники докладають усе своє вміння тримати марку, щоб не змарнувати її старання.

Меланія Прокопівна була грамотним керівником,уважним і чуйним лікарем. Будь-яка складна ситуація завжди вирішувалася кваліфіковано і грамотно, вона була справжнім другом, уважним співрозмовником, могла дати пораду і надати посильну допомогу всім, хто до неї звертався. За ці якості її дуже любили і поважали співробітники, хворі та їхні родичі, які ще тривалий після її смерті час приходили у відділення з почуттям величного жалю, що пішла із життя така чудова людина.

Ось уже пройшов рік, а в голо-

ві звучить її голос: "Доброго ранку, дівчата! Всі ідемо на нараду", а після знову: "Нічна, відпочиваємо! Денна – працюємо! Всім дякую!". В цій людині були енергія, доброта, душевне тепло, і все це вона віддавала оточуючим.



Меланія Прокопівна була людиною великої душі, а це не всім дано. Якби нас оточували подібні люди, то такі поняття, як злість, ненависть, жадібність, душевний біль, образа назавжди пішли б із нашого лексикону.

І сьогодні, в цей осінній, але дуже сумний день, хочеться сказати, що ми будемо пам'ятати її добро- порядність, увагу, любов до всіх.

Вона завжди залишиться в нашій пам'яті сонячною людиною, адже сонячні люди є, проте не всі світять, а Вона – світила.

Колектив відділення №10.

МИНУЛЕ І СЬОГОДЕННЯ СЕЛИЩА НОВОГО

Як люблю я наше селище Нове. Особливо навесні, коли, йдучи через парк, і у зеленому шумовині дерев чуєш голосистий і чарівний спів пташок. А ще парк дивує своєю красою, коли каштани відсвічують своїми ліхтариками у травні. А я пам'ятаю, коли ще тільки садили цей парк. Як це було давно. І все одно я милуюсь ним, де щодня ходжу через нього на роботу і додому.

Згадується картина, коли людей було ще зовсім небагато у селищі Новому, а багатоверхівок взагалі не було. Пам'ятається, як був дуже великий сад, де росли і яблуні, і малина, і смородина, і горобина. А під час суботників, весни збиралі яблука, вибирали картоплю. Працювали з великим бажанням, з натхненням. І, як завжди, попереду йшов головний лікар Олег Іванович. Хотілося сміяться і співати, коли починали ми роботу.

Обідали гуртом біля старої хати (цих хат звались їдальнєю), де їсти варила справна і моторна баба Ніна. Вона була дуже доброю господинею. Після обіду відпочивали, грали на гармошці і співали. Водопроводу ще не було і воду ми носили з колодязя на коромислі. Прокручую в пам'яті, мов кінострічку, ті далекі дні і часи, як ми жили, раділи життю, коли цінувалася дружба, коли раділи разом чиємуспе успіху, а також сумували разом, якщо в когось якесь лихо.

Зараз селище Нове розбудувалось: є житлові будинки, школи, дитсадки, поліклініка, магазини, тобто все, як у місті. А скільки людей у мосму рідному селищі! Я пишаюся ним, воно з кожним роком стає все привабливішим і красивішим.

М.М. КВАША.

ОБІРВАЛОСЯ ЖИТТЯ НАДЗВИЧАЙНОЇ ЛЮДИНИ

Серед більшості людей, з якими мені доводилося спілкуватися у житті, особливе місце займає Меланія Прокопівна.

Мудра, шляхетна, надзвичайно добра, чуйна – людина зі зворушливою душою. Працювати з нею було легко і разом з тим дуже відповідально. Високий професіоналізм, совість, благородство та гідність, делікатність та відповідальність, бездоганний зовнішній вигляд – усе це визначало стиль роботи Меланії Прокопівні як керівника.

У разомові з колегами, яка б не була складна ситуація, ніколи не підвищувала голосу, була завжди коректною. І поряд з нею хотілося бути кращим, відповідати їй у всьому.

Вже не працюючи у відділенні, я часто заходила до Меланії Прокопівні за професійною порадою і просто по-жіночому "вилити душу". Так, як вона, ніхто не міг вислухати, послівчувати, спробувати розібратися і дати відповідь. Вона допомогла мені перенести випробування долі як лікар і як друга. Своїми особистими проблемами намагалася никого не обтяжувати.

За останні роки на неї звалися стільки горя, що фізично і морально було дуже важко витримати. З'явилися проблеми зі здоров'ям, часу на себе, як завжди, катасрофічно не вистачало. Будувались плани "надалі – обстексус, полікусь, відпочину". Продовжувала брати на себе чужу біду. І вичерпався запас міцності. Обірвалася нитка життя цієї дуже світлої, доброї, вірної і надійної людини.

Т.Г. ГУТNIK.

Такою пам'ятають Меланію Прокопівну колеги та друзі

Мілочка була завжди надзвичайно чутливою, з високим почуттям відповідальності і віданості своїй справі, високо порядна, організована та добра людина. Вдома зразкова господиня, в її квартирі завжди порядок, затишок, тепло. Важко уявити собі більш турботливу матір. Хвілювалася, коли єдиний син хворів у дитинстві, недосипала, завжди чекала вже дорослого, робила все, щоб Жені жилося якнайкраще.

Меланія Прокопівна вміла відчувати горе інших: за допомогою і порадою до неї я могла звернутися вдень і вночі.

Коли в 2005 році о четвертій годині ранку не стало моєї матери, Меланія Прокопівна була поряд: підтримала, допомогла пережити біль. Ця жінка з високим почуттям відповідальності хвілювалася за кожного хворого. Байдужість і безтурботність зовсім їй не притаманні.

Минув рік, а біль утрати ще великий, нам усім дуже не вистачає цієї доброї і розумної людини.

Н.І. МАРЦУНОВА.

КАРДІОФОБІЯ - НЕВРОЗ СЕРЦЯ

Загалом психологи сьогодні діагностують близько 500 "болячок", у перебігу яких зустрічається симптом "боюсь". Дуже багато в літературі можна знайти різні фобії (страхи). Хоча фобії не є небезпечними, але здіка змушують нервувати та червоніти. Насамперед слід сказати, що фобійні прояви бувають натуральними, адекватними і корисними. Наприклад, коли відчуваємо тривогу, напригну чи занепокоєння у певних ситуаціях, наприклад, виступ перед аудиторією, складання іспиту. Це природний стан.

Але існує чимало випадків тривоги, фобій патологічних, хворобливих. Ще гірше, коли тривога, фобія набуває хронічного перебігу і починає давати знати про себе не лише в стресових ситуаціях, але і без поважних причин. У цих випадках фобії людині не лише не допомагають, а навпаки, заважають у повсякденному житті. Усі фобії - це хворобливі реакції на життєву ситуацію.

Особливою формую прояву фобій та паніки є кардіофобія. Вона має характерні клінічні прояви, відносна частота цієї фобії серед населення. Цей розлад найчастіше зустрічається в чоловіків, і в діяльно-підлітковому віці. Кардіофобія має, крім тривоги, різноманітні клінічні прояви, на які скаржаться хворі. При нормальному стані серце працює в автономному режимі і людина не помічає і не відчуває роботи свого серця. Лише при сильному фізичному або емоційному напруження людина може відчувати серцевиття та інші незначні прояви з боку серця і судин. Велику роль у виникненні кардіофобії відіграє тривожний тип характеру, коли дана людина склонна до постійної тривоги за своє здоров'я, постійно "прислухується" до роботи серця, інших органів та систем організму. У вказаних осіб можливі появі панічних страхів за своє життя, за роботу серця від різних факторів, які повсякденно зустрічаються в житті. Дуже великий відсоток кардіофобій виникає без хворобливих змін в роботі серця і судин. Але кардіофобії можуть дуже часто виникати в людей, у яких виявлені різного ступеня серцево-судинні захворювання: перенесені інфарктів серцевого м'язу або при стеноардії, ішемічні хвороби серця, гіпертонії, тахікардії при фізичному напруження. Фіксується хворими з кардіофобічним симптомом як "кінець життя", серце зупиниться, повторний інфаркт і знову виникає приступ із тими проявами, про які йшлося вище.

З часом ці хворі надмірно "охороняють" своє здоров'я, обмежують необґрунтовано свою життєдіяльність. Виникає запекла поведінка: фобія або страх повторення приступу. Якщо така людина "зафіксувала" в корі мозку тривогу, страх приступу, вона вийде з цього "замкнутого кола" самостійно уже не в змозі. При подальшому ускладненні кардіофобії погіршується сон (помру від приступу вві сні), з'являється страх замкнитих приміщення, або великих територій з тієї ж причини (помру без допомоги, ніхто не допоможе).

Виникнення первого приступу може викликати надмірне паління тютюну, надмірне "засипання" з боку серця і судин. Але кардіофобії можуть дуже часто виникати в людей, у яких виявлені різного ступеня серцево-судинні захворювання: перенесені інфарктів серцевого м'язу або при стеноардії, ішемічні хвороби серця, гіпертонії, тахікардії при фізичному напруження. Фіксується хворими з кардіофобічним симптомом як "кінець життя", серце зупиниться, повторний інфаркт і знову виникає приступ із тими проявами, про які йшлося вище.

На закінченні хочу наголосити, що фобії, в тому числі і кардіофобія - це не "тавро на все життя", як деяло називає свої страхи. Вони вилкові. Основним методом при цьому є психотерапія, при якій використовується ряд методик, що дозволяють позбавитися або, в крайньому випадку, значно знизити актуальність проявів кардіофобії, звичайно, в поєднанні з медикаментами, і знову почати повноцінне життя. Психотерапевтичні методики направлені на відновлення порушення взаємовідносин між хворим і оточуючим середовищем, коригується емоційна реакція хворого на різni стресові реакції, виробляються нові, скориговані норми поведіння хворої людини з урахуванням її соматичного стану, типу характеру. Робота хворого з психотерапевтом і психотерапевтом даст можливість проаналізувати шляхи виникнення фобій і знайти тільки шляхи, які допоможе вам знову відчути радість життя в усій його красі.

Якщо на Заході відвідування психотерапевта - будenna річ, то у нас чомусь цього соромляться, бояться. На Заході люди з гордістю називають своїх психотерапевтів, а у нас соромляться і приховують свої звернення. Фобія - хвороба, що повністю вилковується. І чим раніше, тим краще.

О.Б. IPXA,
лікар-психіатр відділення №16.

ВІТАЄМО ЮВІЛЯРІВ!

Адміністрація та профспілковий комітет щиро вітають працівників-ювілярів лікарні з 50-річчям:

I.П. Пальчук - лікаря-психіатра відділення №17.

Із 55-річчям: Л.А. Успистого - електротрогазозварника.

Із 60-річчям: І.В. Кривого - автосплюсаря. С.П. Михальчук - сестру медичну ділення стаціонару. В.В. Пашнюк - мо-

лодшу медичну сестру (санітар палатний) відділення №1, а також О.В. Січенко - молодшу медичну сестру (санітарку палатну) відділення №15 з народженням сина Антона (19.07.08 р.) і зичать усім щастя, благополуччя, здоров'я, довголіття, сімейного затишку та здійснення окріпленіх мрій.

СЛУЖБА СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ІНФОРМУЄ:

Відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 16.07.2008 р. №654, від 16.07.2008 р. з 1 вересня 2008 року встановлюються надбавки на догляд у розмірі 50 гривень таким категоріям осіб:

1. Інваліди I групи (без подання додаткових документів).

2. Одинокі інваліди II групи, які потребують постійного стороннього догляду (додатково надаються такі документи):

а) заява на призначення надбавки на догляд (встановленого зразка), в якій особа повинна зазначити, що не має працездатних родичів (незалежно від місця проживання), зобов'язаних за законом її утримувати;

б) довідка про склад сім'ї, що особа не має дітей, або діти досягли пенсійного віку, або діти отримують пенсію по інвалідності).

4. Одинокі інваліди III групи, які досягли пенсійного віку (додатково подають такі документи:

а) заява на призначення надбавки на догляд (встановленого зразка), в якій особа повинна зазначити, що не має працездатних родичів (незалежно від місця проживання), зобов'язаних за законом її утримувати;

б) довідка про склад сім'ї, що особа не має дітей, або діти досягли пенсійного віку, або діти отримують пенсію по інвалідності).

5. Одинокі інваліди II групи, які досягли пенсійного віку (додатково подають такі документи:

а) заява на призначення надбавки на

догляд (встановленого зразка), в якій особа повинна зазначити, що не має працездатних родичів (незалежно від місця проживання), зобов'язаних за законом її утримувати;

б) довідка про склад сім'ї, що особа не має дітей, або діти досягли пенсійного віку, або діти отримують пенсію по інвалідності).

6. Одинокі одержувачі пенсії за віком, які отримують пенсію відповідно до Закону України "Про загальнообов'язкове державне пенсійне страхування" та які потребують постійного стороннього догляду (додатково подаються такі документи:

а) заява на призначення надбавки на

догляд (встановленого зразка), в якій особа повинна зазначити, що не має працездатних родичів (незалежно від місця проживання), зобов'язаних за законом її утримувати;

б) висновок лікарсько-консультивативної комісії (ЛКК) про те, що особа потребує постійного стороннього догляду;

в) довідка про склад сім'ї, про те, що особа не має дітей або діти досягли пенсійного віку, або діти отримують пенсію по інвалідності.

Зазначенім категоріям осіб надбавка на догляд встановлюється у разі, якщо вони не отримують державну соціальну допомогу на догляд до Закону України "Про державну соціальну допомогу особам, які не мають права на пенсію, та інвалідам".

Додатково повідомляємо, що одинокі одержувачі пенсії за вислугу років, які потребують постійного стороннього догляду, мають право на надбавку на догляд у разі отримання пенсії відповідно до Закону України "Про пенсійне забезпечення осіб, звільнених з військової служби, та деяких інших осіб" по лінії силових міністерств.

Інформацію підготувала Л.КРОТОВА, медсестра соціальної допомоги.

«Життя лікарні»

газета Кіровоградської обласної психіатричної лікарні видана українською мовою. Свідоцтво про реєстрацію КГ № 476/54Р.

Редактор Л. Коцар.

Адреса редакції: Україна, 25006, селище Нове, вул. Металургів, 2а. Тел./факс: (0522) 31-99-45 (приміський), 31-99-10 (головний лікар).

Газета віддрукована у ФОП Недюжко Г.Д., вул. Садова, 88а. Тел.: 22-47-17, 22-64-52. Зам. № 871. Тираж 300 прим.