ODWODNIENIE

PRZEDE WSZYSTKIM PROFILAKTYKA

ALKOHOL I JEGO SKUTKI

2/2019 (11)

Poradnik Pacjenta

www.zoz-debica.pl

Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy

LEKARZ RODZINNY

SPIS TREŚCI

PRZEDE WSZYSTKIM PROFILAKTYKA ..... STR 3

LEKARZ RODZINNY - KOMPETENCJE I OBOWIĄZKI ..... STR 4

ODWODNIENIE ..... STR 6

PSYCHOLOGICZNE LECZENIE PRZEWLEKŁEGO BÓLU ..... STR 8

ALKOHOL I JEGO SKUTKI ..... STR 10

ADHD ..... STR 12

TERAPIA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU ..... STR 14

ROLA PIELĘGNIARKI W ODDZIALE TERAPII UZALEŻNIEŃ ..... STR 16

ZASADY I KWALIFIKACJE PRZYJĘCIA DO ODDZIAŁU ORAZ PORADNI TERAPII UZALEŻNIEŃ ..... STR 17

SYMFONIA NA 1050-LECIE CHRZTU I 100 LAT NIEPODLEGŁOŚCI. STR 18

szpital z uśmiechem

Wydawca:
Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy
39 – 200 Dębica, ul. Krakowska 91
Redakcja:
Redaktor Naczelny - lek med. Julitta Garbal-Sawka
Redaktor naukowy - dr n. med. Lesław Ciepiela
Opracowanie graficzne – mgr Piotr Krasoń
Kontakt: e-mail: biuletyn@zoz-debica.pl
Druk: [zet] drukarnia cyfrowa
Nakład: 500 sztuk
Biuletyn ukazuje się jako kwartalnik.
Dostępny jest również w formie cyfrowej pod adresem:
http://www.zoz-debica.pl/biuletyn.html

okładka fot.freepik

Przede wszystkim profilaktyka

Podstawowa opieka zdrowotna jest częścią systemu opieki zdrowotnej i zapewnia zdrowym i chorym świadczenia zdrowotne w przychodni lub w domu. Do zakresu opieki należą świadczenia zdrowotne, profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej, chorób wewnętrznych i pediatrii udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Pacjent ubezpieczony ma prawo do swobodnego wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki i położnej spośród lekarzy, pielęgniarek i położnych ZOZ. Lekarz POZ planuje i realizuje opiekę lekarską nad pacjentem oraz koordynuje udzielanie świadczeń przez współpracujący z nim personel medyczny. Pacjent zgłasza się do lekarza POZ zawsze, gdy ma problem zdrowotny. Jeśli stan zdrowia pacjenta wymaga dalszych badań i leczenia u lekarza specjalisty lub hospitalizacji, lekarz POZ wyda konieczne skierowanie.

Profilaktyka to głównie edukacja zdrowotna zarówno dorosłych pacjentów jak również dzieci i młodzieży, badania bilansowe oraz szczepienia obowiązkowe i zalecane.

W związku z nadchodzącą porą jesienno – zimową chciałabym zwrócić uwagę, że okres ten obfituje w zwiększoną ilość zachorowań, głównie dotyczącą układu oddechowego. W związku z powyższym powinniśmy już dziś przygotować się na ten czas, czyli ustabilizować tryb życia (odpowiednia ilość snu), zbilansować dietę ze zwiększoną podażą owoców i warzyw, rozpocząć suplementację witaminami i mikroelementami. Bardzo ważnymi są szczepienia przeciw grypie, które można już rozpocząć z początkiem września. Wszystkie informacje na temat szczepień udzielą Państwu lekarze rodzinni. Nie wolno również zapomnieć o odpowiednim do aury ubraniu!

Życzę zdrowia,

Lek. med. Marzenna Podhorecka
Lekarz specjalista w dziedzinie pediatrii
Lekarz rodzinny w Przychodni Rejonowej Nr 1 ZOZ w Dębicy

mgr Agnieszka Książek

Lekarz Rodzinny

kompetencje i obowiązki

Lekarz rodzinny stanowi filar systemu opieki zdrowotnej. To do niego najpierw pacjent zgłasza się ze swoim problemem. Lekarz rodzinny stawia wstępne rozpoznanie oraz ustala plan leczenia. Lekarze specjaliści medycyny rodzinnej zajmują się całymi rodzinami – pod opieką mają zarówno niemowlęta, jak i dzieci, młodzież, osoby dorosłe czy osoby w podeszłym wieku.

Lekarza rodzinnego wyróżnia spośród innych specjalności lekarskich to, że kiedy kardiolog skupia się na układzie krążenia, a psychiatra na zdrowiu psychicznym, to specjalista medycyny rodzinnej musi skupiać się na wszystkich układach i narządach ludzkiego organizmu.

Powiedzenie, że lekarz rodzinny zajmuje się wszystkim, nie byłoby tak naprawdę dalekie od prawdy – rzeczywiście jest tak, że specjalista medycyny rodzinnej sprawuje całościową opiekę nad swoimi pacjentami.

Głównym zadaniem lekarza rodzinnego jest ocena problemu, z którym zgłasza się do niego pacjent – lekarz rodzinny stawia wstępną diagnozę, zleca ewentualne niezbędne badania (o których będzie mowa niżej), a także zwykle wdraża choremu leczenie.

Najczęstsze choroby lekarze rodzinni zwykle leczą sami – jako przykłady można tutaj podać nadciśnienie tętnicze, cukrzycę czy infekcje układu oddechowego.

Zdarza się czasami, że lekarz rodzinny wyczerpał swoje możliwości diagnostyczne – np. nie może on zlecić badań, które według niego byłyby konieczne do postawienia rozpoznania u pacjenta. W takiej sytuacji jego zadaniem jest wystawienie skierowania do odpowiedniego specjalisty, np. kardiologa, neurologa czy gastroenterologa. Lekarz rodzinny może skierować pacjenta nie tylko do poradni specjalistycznej, ale również i do szpitala. Lekarz rodzinny kierując pacjenta do lekarza specjalisty w Poradni lub oddziału szpitalnego oprócz skierowania powinien dołączyć kopię wyników badań diagnostycznych i przeprowadzonych konsultacji, będących w jego posiadaniu, a umożliwiających lekarzowi w poradni specjalistycznej lub w oddziale szpitalnym postawienie wstępnego rozpoznania stanowiącego przyczynę skierowania oraz zweryfikowanie dotychczas zastosowane leczenie.

Lekarz rodzinny zajmuje się pacjentem całościowo. Jego zadaniem jest nie tylko leczenie chorób, z którymi zgłaszają się do niego jego pacjenci, ale i dbałość o profilaktykę zdrowotną. To od lekarza rodzinnego oczekuje się, że będzie przypominał pacjentom o zalecanych badaniach profilaktycznych.

Jego rolą jest również promowanie zdrowego trybu życia (np. nakłanianie pacjenta do zwiększenia intensywności podejmowanej aktywności fizycznej czy namawianie go do rzucenia palenia).

Lekarz rodzinny kwalifikuje i przeprowadza szczepienia. Ocenia on również przebieg procesów rozwojowych u dzieci – to właśnie specjaliści medycyny rodzinnej zajmują się zwykle przeprowadzeniem tzw. bilansów zdrowia dziecka.

Lekarz rodzinny to dość specyficzny specjalista. Nierzadka jest sytuacja, gdy do jednego lekarza rodzinnego pacjent uczęszcza przez wiele długich lat. Jest to o tyle korzystne, że specjalista dobrze zna wtedy swojego pacjenta.

Z drugiej strony stanowi to pewne wyzwanie dla takiego medyka – aby współpraca z pacjentem przebiegała w odpowiedni sposób, musi on przecież doprowadzić do wytworzenia się odpowiedniego stopnia zaufania w stosunku do swojej osoby.

Obowiązki lekarza rodzinnego obejmują naprawdę wiele różnych aspektów, specjaliści tej dziedziny zajmują się bowiem także kierowaniem chorych na leczenie uzdrowiskowe (czyli do tzw. sanatoriów) czy wydawaniem skierowań na zabiegi rehabilitacyjne.

Jeśli w wyniku udzielonej porady lekarskiej zachodzi konieczność wykonania badań laboratoryjnych, lekarz wskazuje pacjentowi laboratorium, w którym wykonane zostaną na jego zlecenie badania diagnostyczne i mikrobiologiczne.

fot. freepik.com

W przypadku uzasadnionym medycznie, materiał do badań laboratoryjnych może być pobrany w domu pacjenta. Zlecenie lekarza POZ wykonuje pielęgniarka, do której pacjent jest zadeklarowany.

Wykaz badań diagnostycznych, na które kieruje i za które płaci lekarz POZ ze środków finansowych otrzymywanych z NFZ za każdego pacjenta, jest ściśle określony. Wszystkie wykonywane są na zlecenie lekarza w laboratorium lub pracowni, z którymi na wykonywanie danych badań zostały podpisane umowy.

Pacjent wykonuje zlecone badanie w laboratorium wskazanym przez lekarza kierującego.

Zakres badań, które może zlecić lekarz rodzinny, jest stosunkowo duży. Specjaliści tej dziedziny mogą kierować pacjentów na wiele różnych analiz laboratoryjnych, takich jak m.in.:

- morfologia krwi,
- badanie ogólne moczu,
- markery stanu zapalnego (takie jak OB czy CRP),
- elektrolity (m.in. sód czy potas),
- kreatynina,
- poziom glukozy we krwi,
- doustny test tolerancji glukozy (OGTT),
- parametry gospodarki lipidowej (np. cholesterol całkowity, cholesterol LDL, trójglicerydy),
- próby wątrobowe (np. aminotransferaza asparaginowa i aminotransferaza alaninowa),
- hormony tarczycy (FT3, FT4, ale i przysadkowy hormon kontrolujący czynność gruczołu tarczowego – TSH),
- czynnik reumatoidalny,
- poziom żelaza,
- parametry układu krzepnięcia (np. INR, APTT).

Od lekarza rodzinnego otrzymać można również skierowanie na badania kału – medyk może zlecić jego badanie ogólne, ale i ocenę kału w kierunku obecności w nim pasożytów czy krwi utajonej.

Specjaliści medycyny rodzinnej mogą zlecać badania mikrobiologiczne (m.in. wymaz z gardła), ale i badania ultrasonograficzne (lekarz rodzinny może skierować pacjenta na USG tarczycy, ślinianek, nerek i pęcherza moczowego, a także na USG jamy brzusznej oraz obwodowych węzłów chłonnych).

Jeszcze innymi badaniami, na które można otrzymać skierowanie od lekarza rodzinnego, są:

- spirometria,
- badania endoskopowe przewodu pokarmowego (gastroskopia oraz kolonoskopia),
- zdjęcia RTG (brzucha, klatki piersiowej, zatok oraz czaszki i RTG różnych kości),
- badanie EKG.

mgr Agnieszka Książek

Absolwentka dębickiego ILO im. Króla W. Jagiełły w Dębicy. Absolwentka Wydziału Pielęgniarstwa Collegium Medium Uniwersytetu Jagielońskiego w Krakowie, posiadająca specjalizację z medycyny społecznej, kierownik Sekcji Marketingu i Rozliczeń Usług Medycznych, współpracuje z Centralną Komisją Egzaminacyjną w Warszawie jako egzaminator w zawodach medyczno – społecznych, pasjonatka pszczelarstwa, ukończyła szkołę policealną na kierunku pszczelarskim.

lek med
Bartosz Jedliński

Odwodnienie

Bagatelizowanym i niedocenianym problemem jest potrzeba odpowiedniego nawodnienia ludzkiego organizmu podczas upałów. Tracimy w czasie upałów, nawet w spoczynku (np. jadąc długo autobusem, w którym jest parno i gorąco), sporo wody poprzez parowanie i pocenie się. Zmysł pragnienia, zwłaszcza u starszych osób, jest niedoskonały i nie daje poczucia, że chce się pić nawet wtedy, kiedy człowiek jest już częściowo odwodniony.

fot. freepik.com

Aktywnośc fizyczna w upale, zwłaszcza przy dużej wilgotności powietrza, może prowadzić do szybkiego deficytu wody. Dla osób sprawnych aktywnością fizyczną, sprzyjającą odwodnieniu, może być długotrwały, szybki marsz po górach, długa jazda na rowerze, bieg, wiosłowanie itd, a dla osób mniej wytrenowanych kilkugodzinna praca w ogrodzie, czy nawet spokojny marsz. Odwodnienie przynosi szkode ciału człowieka zasadniczo na 2 sposoby: pogarsza wydolność organizmu i samopoczucie, upośledza odpoczynek i regenerację po wysiłku, a w skrajnych przypadkach może grozić nawet udarem cieplnym i śmiercią. By lepiej zilustrować zagrożenia związane z odwodnieniem, przyjrzyjmy się temu, co dzieje się podczas wysiłku fizycznego w upale. Ciało dysponuje większą ilość krwi do przepływu przez skórę, by chłodzić się przez parowanie potu, zatem mniej krwi pozostaje do dyspozycji mięśni i mózgu – mamy więc mniej siły i gorzej się czujemy (mózg pracuje w trybie oszczędzania swych zasobów), a zdrugiej strony, kiedy człowiek się poci, z powodu utraty wody zmniejsza się ilość krwi krążącej. Mniejszą ilość krwi serce musi szybciej pompować dla zaspokojenia potrzeb organizmu, więc wzrasta tętno. Konsekwencją tego jest fakt, że aktywność fizyczna o tej samej intensywności dla człowieka odwodnionego odbywa się na szybszym pulsie w porównaniu z człowiekiem odpowiednio nawodnionym, a zatem ma mniejszy zapas do tentna maksymalnego. Warto też pamiętać, że podczas intensywnego wysiłku w ciepłym, wilgotnym dniu, człowiek może tracić nawet ok. 1,5 litra wody w ciągu godziny, a utrata ok. 5% masy ciała za przyczyną odwodnienia grozi już udarem cieplnym u osób wrażliwych. Do tak dużego odwodnienia może prowadzić też zsumowanie sie deficytu wody z kilku dni, a wystarczy tylko trochę mniej wody pić, niż traci się w ciągu każdego dnia. Wtedy człowiek nawet nie zdaje sobie sprawy dlaczego pogorszyła sie jego wydolność i samopoczucie i dostaje zadyszki już np. po wejściu na 1 piętro.

Jak zatem zapobiegać temu zagrożeniu, jakim jest odwodnienie? Intensywny wysiłek w temperaturze poopwyżej 21ºC, albo nawet 15ºC przy dużej wilgotności powietrza, stwarza wyzwanie dla odpowiedniego nawodnienia. Przy odwodnieniu sygnały ostrzegawcze (np: zawroty głowy, brak sił, szybki puls) pojawiają się późno, a człowiek odczuwa silne pragnienie, kiedy jest już częściowo odwodniony. Najlepszą i nieprześcignioną substancją do nawodnienia jest najzwyklejsza w świecie woda. Należy ją pić często, małymi łyczkami, np. pół szklanki co pół godziny. Człowiek może czuć się dobrze nawodniony, kiedy poczuje potrzebę pójść do toalety i oddaje bezbarwny mocz. Nie można wypić na jedno posiedzenie litr wody i czuć się w pełni nawodnionym, gdyż tkanki potrzebują czasu, by wchłonąć wodę. Jednorazowe wypicie dużej ilości wody sprawi, że ucieknie ona bez optymalnej korzyści dla organizmu przez nerki z moczem. Człowiek jest w stanie wchłonąć z żołądka ok. 150-200 ml wody na kwadrans. Ta bariera sprawia, że nie możemy szybko, jednorazowo podać dużej ilości wody, a patrząc na to, że możemy stracić w upale przy dużej aktywności nawet 1,5 litra wody na godzinę, deficyt wody zawsze powstanie.

Większa ilość wypitej wody sprawia, że ta bezproduktywnie chlupie w żołądku, ale wchłania się i tak w swoim tempie. Często ludzie obawiają się utraty jonów i mikroelementów z potem, ale zasadniczo człowiek nie musi uzupełniać elektrolitów, gdyż ilość jonów dostarczana z normalnym jedzeniem z dużym zapasem wystarcza. W szczególności unikać należy w upale napojów moczopędnych, jak kawa, kola, piwo. Niby dostarczamy wodę w tych napojach, ale efekt moczopędny (któż nie sikał po piwie?) sprawia, że tracimy więcej wody, niz przyjęliśmy. Napoje izotoniczne dla sportowców czy suplementy diety będące dodatkiem do nawodnienia nie są uzasadnione dla przeciętnego człowieka o przeciętnej aktywności. Największe korzyści przynosi człowiekowi odpowiednia dyscyplina nawodnienia w czasie odpoczynku, by aktywność fizyczną w upale miał szansę zacząć z odpowiednim zapasem.

lek med Bartosz Jedliński

Lekarz rodzinny, wieloletni pracownik ZOZ w Dębicy, skończył studia AM w Lublinie w 2001 r. Zainteresowania: muzyk, wirtuoz gitary, szachista, skrablista, speedcuber fotograf, astrofotograf, pasjonat gier logicznych i geometrii hiperprzestrzennej, budowniczy gitar elektrycznych konstruktor lunet astronomicznych, dodatkowe zainteresowania to historia Polski, szczególnie II wojny światowej, filozofia, literatura klasyczna, poezja, amatorski piłkarz, amatorski tenisista, doświadczony biegacz maratończyk i ultramaratończyk.

fot. freepik.com

Psychologiczne Leczenie Przewlekłego Bólu

Leczenie przewlekłego bólu w ostatnich 50 latach uległo radykalnym zmianom. Można to zawdzięczać nie tylko rozwojowi medycyny, ale głównie upadkowi dualistycznych poglądów zdrowia. Koniec lat 1970 widział pierwszą konferencję multidyscyplinarną Międzynarodowego Stowarzyszenia Bólu gdzie definicja bólu obejmowała integrację czynników fizycznych i afektywnych odpowiedzialnych za doświadczanie bólu. Równoczesny rozwój psychologii klinicznej przyczynił się do badań bolu z perspektywy poznawczo-behawiarolalnej. Naciskiem tego nurtu była rekonceptualizacja procesów biopsychosocjalnych, poznawczych i behawioralnych przyczyniających się i utrzymujących ból. Psychologowie pracujący w tej dziedzinie bólu rozwijali techniki i strategie poznawczo-behawioralne aby pomagać pacjentom z przewlekłym bólem. Celem tych technik było ułatwienie kontroli pacjenta nad bólem. Niestety z upływem czasu, po licznych badaniach kontrolnych oraz praktyce klinicznej okazało się, że jakkolwiek doskonałe wydają się techniki poznawczo-behawioralne, to ich skuteczość na dłuższą metę w leczeniu przewlełego bólu nie jest adekwatna. Pacjenci eksponowani na takie sprotokolizowane interwencje narzekają na ich powierzchowność w osiągnięciu autentycznych, długotrwałych rezultatów w uśmierzeniu ich bólu. W związku z tym rozwój takich nurtów terapeutycznych w ostatnich 10 latach znanych jako trzecia fala terapii poznawczo-behawioralnej, jak na przykład Terapia Akceptacji i Zaangażowania, Terapia Współczucia oraz Terapia Uważności powoli udowadnia swą skuteczność w leczeniu przewlekłego bólu.

Często pacjent zadaje pytanie czemu został posłany do Psychologa na leczenie swego bólu. Nie jest tak, że lekarze uważają iż ból pacjenta jest tylko w jego umyśle. Pacjentowi trzeba wytłumaczyć że bólowi przyczyniają się czynniki zarówno fizyczne i psychiczne, a czasem powody nie są widoczne. Psycholog jest expertem który potrafi pacjentowi pomóc z jego myślami, emocjami, i zachowaniem, które towarzyszą bólowi. Typowy plan leczenia pacjenta z bólem obejmuje oceny parametrów bólu, czynniki biopsychosocjalne przyczyniające się do bólu, czynniki które utrzymują ból, zwrotne informacje z konceptualizacją bólu pacjenta, plan leczenia wspólnie opracowany aktywną współpracą pomiędzy pacjentem i terapeutą. Najskuteczniejsze leczenie pacjenta z przewlekłym bólem wymaga ścisłej komunikacji i współpracy pomiędzy zespołem multidyscyplinarnym i co istotne, z rodziną/partnerem pacjenta.

prof Andrzej Kuczmierczyk

Pracuje na wydziale psychologii klinicznej na University of Hertfordshire oraz prowadzi klinikę psychologiczną powiązaną z leczeniem i badaniem pacjentów z schorzeniami przewlekłego bólu. Jest współautorem między innymi jednej z pierwszych wydanych książek z dziedziny psychologii zdrowia – Health Psychology – A Psychobiological Perspective oraz późniejszej – Formulation and Treatment in Clinical Health Psychology a także licznych artykułówi naukowych z dziedziny psychosomatyki, klinicznej psychologii i psychologii zdrowia.

fot. freepik.com

lek med
Maksymilian Stęga

Alkohol i jego skutki

fot. freepik.com

Alkohol (etanol) jest substancją bardzo aktywną biochemicznie: w większym stężeniu niszczy tkankę biologiczną, wpływa na pracę uczuć, sposób myślenia, upośledza koordynację ruchów oraz kontrolę zachowania.

Alkohol niekorzystnie wpływa na wiele narządów:

- niszczy przede wszystkim wątrobę, trzustkę, inne narządy układu pokarmowego,
- zakłóca wchłanianie odżywczych substancji z pożywienia,
- niekorzystnie wpływa na serce i może powodować nadciśnienie,
- zmniejsza odporność organizmu i sprawia, że częściej chorujemy,
- jest bardzo szkodliwy dla układu nerwowego,
- zwiększa podatność na infekcje i choroby zakaźne, częstsze urazy czaszki, większą wypadkowość oraz częstsze samobójstwa,
- jest przyczyną urazów ciała, zaburzeń psychicznych i zachowania, zaburzeń żołądkowo - jelitowych, nowotworów, chorób układu sercowo - naczyniowego, zaburzeń immunologicznych, chorób kręgosłupa, układu rozrodczego oraz szkód prenatalnych,
- powoduje majaczenie alkoholowe (delirium tremens, majaczenie drżenne, biała gorączka) – stan zaburzeń świadomości z iluzjami, omamami oraz urojeniami trwający do tygodnia, spowodowany nagłym odstawieniem lub zmniejszeniem dawki spożywanego alkoholu. Często towarzyszą mu zaburzenia wegetatywne i inne objawy somatyczne.

Skutki zdrowotne nadużywania alkoholu. objawy oraz kryteria konieczne do rozpoznania majaczenia alkoholowego

- uzależnienie od alkoholu;
- objawy prodromalne (zaburzenia snu, drżenie mięśniowe, lęk),
- objawy podstawowe (zaburzenia świadomości, omamy i iluzje, najczęściej wzrokowe i słuchowe, wyraźne drżenie mięśniowe),
- objawy towarzyszące (urojenia, podniecenie, zaburzenia snu, objawy nadaktywności układu współczulnego, napady drgawkowe).

Halucynoza alkoholowa: może utrzymywać się zarówno w okresach picia, jak i trzeźwości. W przeciwieństwie do delirium, omamy mają w tym przypadku charakter słuchowy, co oznacza, że chorzy słyszą nieistniejące głosy, nierzadko należące do znajomych osób. To, co mówią głosy, jest zwykle nieprzyjemne dla pacjenta i stwarza poczucie zagrożenia. Bywa, że głosy namawiają chorego do podejmowania różnych działań – mówi się wtedy, że omamy mają charakter imperatywny. Szczególnie niebezpieczne są sytuacje, gdy treścią halucynacji są głosy nakazujące popełnienie samobójstwa lub agresję wobec innych osób. Mogą się pojawiać również nieprawidłowe przekonania (czyli urojenia) dotyczące bezpieczeństwa oraz poczucie bycia obserwowanym i obmawianym.

Zespół Otella jest rodzajem alkoholowej psychozy. Nazywa się go również paranoją alkoholową i alkoholowym obłędem zazdrości. Zespół Otella jest ściśle związany z wieloletnim piciem alkoholu oraz niską samooceną, choć urojenia niewierności występują niekiedy w przebiegu innych chorób psychiatrycznych (stwierdzono go w niektórych badaniach nawet u 30% osób uzależnionych od alkoholu poddanych leczeniu). Wymaga leczenia psychiatrycznego, które w wielu przypadkach może trwać do końca życia.
Zespół Otella to patologiczna zazdrość o partnera lub partnerkę, bez racjonalnych podstaw. Opiera się właściwie tylko na urojeniach. Zdecydowanie częściej dotyczy mężczyzn niż kobiet.

lek. med. Maksymilian Stęga

Lekarz psychiatra, specjalista terapii uzależnień, absolwent Liceum Ogólnokształcącego w Dębicy, absolwent Akademii Medycznej w Lublinie, posiada Certyfikat terapii uzależnień PARPA w Warszawie.

fot. mgr Ernest Garstka

Dr n. med.
Lesław Ciepiela

ADHD

fot. freepik

Wszyscy znają słowo ADHD, czyli z angielskiego Attention Deficit Hyperactivity Disorder, inaczej zespół hiperkinetyczny z deficytem uwagi, który należy do sfery zaburzeń zachowania i emocji rozpoczynających się zwykle w dzieciństwie. Rozwija się u dzieci do 7. roku życia i chociaż z czasem jego objawy ustępują, a nawet całkowicie mogą wygasnąć w wieku dojrzewania, to zdarzają się takie przypadki także u dorosłych.

Najważniejszym z objawów jest nadmierna ruchliwość dziecka, brak koncentracji i zaburzenia emocjonalne, charakteryzuje się stałymi problemami z zachowaniem oraz poszanowaniem praw innych osób w swoim sąsiedztwie. Dzieci z ADHD znacznie różnią się od swoich rówieśników – szybciej i mniej dokładnie wykonują zadania, męczy ich bezczynność i nuda, więc zaczynają rozrabiać, mają problem z zastosowaniem reguł społecznych, nie kończą rozpoczętych czynności, przechodząc do kolejnych. Ważną rolę w rozwoju choroby grają uwarunkowania genetyczne, a w sensie molekularnym mniejsza aktywność dopaminy w określonych strukturach mózgu. Do czynników ryzyka choroby zalicza się urazy okołoporodowe, w tym uszkodzenie centralnego układu nerwowego. Inne to nikotyna i inne substancje, w tym psychoaktywne przyjmowane przez kobietę w ciąży, a także zespół FAS (ang. Fetal Alcohol Syndrome) pojawiający się w wyniku nadużywania alkoholu przez kobietę ciężarną.

W praktyce znamy trzy rodzaje zespołu hiperkinetycznego z deficytem uwagi:

1. Zespół zaburzeń koncentracji,
2. Zaburzenie nadruchliwością oraz impulsywnością,
3. Zespół nadruchliwości z deficytem uwagi mieszany.

U chłopców częściej dominuje typ mieszany, natomiast u dziewcząt dominujący jest podtyp z przewagą zaburzeń uwagi. Do najbardziej charakterystycznych objawów ADHD zalicza się:

1. zaburzenia koncentracji uwagi, impulsywność, nadpobudliwość psychoruchową,
2. bieganie bez celu, podskakiwanie, chwiejność emocjonalną, gadatliwość,
3. łatwą rozpraszalność pod wpływem bodźców w otoczeniu, nadmierną wrażliwość na bodźce, agresywność bądź stany lękowe,
4. zaburzenia mowy, trudności z nawiązywaniem kontaktów z rówieśnikami,
5. zaburzenia snu (wczesne budzenie się, trudności z zasypianiem, niespokojny sen).

Schorzenie występuje średnio u 1/100 uczniów szkół podstawowych, w przeważającej ilości dotyczy chłopców. W okresie niemowlęcym oraz wczesnodziecięcym charakteryzuje go nadmierna ruchliwość w okresie pierwszych udanych prób chodzenia, zaburzenia łaknienia, zmniejszona ilość snu. W okresie szkolnym pierwszym sygnałem są informacje, że dziecko nie może wysiedzieć na lekcji, kręci się po klasie, jest głośne, przeszkadza innym uczniom, jest agresywne wobec rówieśników. Choroba występuje także u dorosłych. Osoby takie prowadzą chaotyczny tryb życia, łatwo ulegają uzależnieniom od substancji farmakologicznych i alkoholu.

Zespół hiperkinetyczny z deficytem uwagi to problem całej rodziny pacjenta. Funkcjonowanie w jednym domu z dzieckiem chorym na zaburzenia hiperkinetyczne z deficytem uwagi jest niezwykle trudne i wyczerpujące. Często prowadzi do frustracji, zmęczenia, poczucia bezradności i zniechęcenia. Kiedyś często używano określenia „trudne dziecko". Ten pogląd prowadził do braku zrozumienia, dyskryminacji i krzywdzenia osób dotkniętych tym probemem.

Dr n. med. Lesław Ciepiela

Ukonczył I Liceum Ogólnokształcace w Debicy, absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie z roku 1981, pediatra i specjalista neurolog dzieciecy. Doktoryzował sie w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellonskiego. Zawodowo zwiazany ze Szpitalem Zespołu Opieki Zdrowotnej w Debicy, gdzie jest Kierownikiem Zespołu Poradni Specjalistycznych.

TERAPIA OSÓB UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU Z ZABURZENIAMI OSOBOWOŚCI

Osobowość traktuje się jako złożony wzorzec głęboko zakorzenionych cech psychologicznych wyrażanych w sposób automatyczny niemal w każdej sferze funkcjonowania psychologicznego człowieka (Millon T. Davis R., „Zaburzenia osobości we współczesnym świecie", IPZ, 2004r.).

Zaburzenie osobowości, to inaczej rodzaj zaburzenia psychicznego, którego istotnymi cechami są głęboko zakorzenione, trwałe, nieprzystosowawcze wzorce relacji ze środowiskiem, myślenia o nim i postrzegania go, ukonstytuowane tak dalece, że powodują trudności w funkcjonowaniu społecznym i behawioralnym (Kurcz i inni, Słownik psychologii, wyd. Wyd. 2, Warszawa: Scholar, 2002r.).

Osoby z zaburzeniami osobowości są szczególne podatne na uzależnienia od środków psychoaktywnych, w tym od alkoholu.

Oto krótkie charakterystyki zaburzeń osobowości:

Paranoiczne - nieufność i podejrzliwość wobec innych ludzi, gdyż ich motywy działania interpretowane są jako wrogie.
Schizoidalne - oderwanie, wycofanie z relacji społecznych oraz ograniczona ekspresja emocjo-
Schizotypowe - dominuje dolegliwe poczucie dyskomfortu w bliskich związkach; występują zaburzenia poznawcze lub percepcji oraz ekscentryczność w zachowaniu.
Antyspołeczne - lekceważenie i łamanie norm społecznych oraz praw innych ludzi.
Z pogranicza - niestabilność w związkach interpersonalnych, niestałość obrazu siebie, afektu i znaczna impulsywność.
Histrioniczne - nadmierna emocjonalność oraz zabieganie o uwagę innych.
Narcystyczne - pretensjonalność, potrzeba bycia podziwianym i brak empatii.
Unikające - zahamowanie społeczne, poczucie nieadekwatności i nadwrażliwość na negatywną ocenę.
Zależne - uległość i nadmierne przywiązanie w relacjach interpersonalnych, wynikające z przesadnej potrzeby bycia zaopiekowanym.
Obsesyjno-kompulsyjne - zaabsorbowanie uporządkowaniem, perfekcjonizm i potrzeba kontroli.
Zabużenia osobowości bliżej nieokreślone - stwierdzane gdy:
• wzorzec zachowań spełnia ogólne kryteria dla zaburzenia osobowości oraz obecne są cechy kilku różnych zaburzeń osobowości (choć w niewystarczającej ilości, by postawić diagnozę konkretnego);
• wzorzec spełnia ogólne inne kryteria dla zabu-

żenia osobowości (np. pasywno-agresywne zaburzenie osobowości).

Depresyjne zaburzenie osobowości: osoba z depresyjnym zaburzeniem osobowości jest ponura, zniechęcona, pesymistycznie nastawiona, skłonna do rozmyślań, nastawiona fatalistycznie. Prezentuje się jako bezradna, opuszczona przez innych. Czuje się bezwartościowa, winna i bezsilna. Ocenia samą siebie jako zasługującą tylko na krytykę i potępienie. Człowiek z taką osobowością nie tylko oczekuje, że zdarzy się najgorsze, ale rozpacza, że życie nigdy nie będzie lepsze. To znaczy, że pesymistyczne nastawienie poznawcze ma naturalne konsekwencje w sposobie przeżywania, które z kolei nasilają pierwotne nastawienie, tworząc błędne koło. Przygnieciony i zniechęcony człowiek widzi siebie jako kogoś, kto nie jest w stanie sprostać wyzwaniom życia, niezdolnego do rozwiązania swoich problemów. Bezradność i poczucie beznadziejności wzajemnie się podtrzymują i wzmacniają. Pacjent czuje się nieudolny, a uczucie to zniechęca go do podejmowania jakiejkolwiek inicjatywy. Przeciwnie, pozostaje na łasce sił zewnętrznych, a jego los zdeterminowany jest zdarzeniami pozostającymi poza jego wpływem i kontrolą. Większość ludzi z osobowością depresyjną wierzy, że realizmem jest pesymizm i że to osoby normalne muszą się oszukiwać, by uczynić życie warte życia. Ludzie z osobowością depresyjną zazwyczaj poddają się losowi i mozolnie przebijają przez życie bez radości i nadziei. Mają przeświadczenie, że ich uczucia są usprawiedliwione okolicznościami oraz osobistymi porażkami i uważają, że nie mają prawa czuć się lepiej. Lata doświadczeń nauczyły ich, że nawet gdy wszystko wygląda znakomicie, to i tak tuż za węgłem czyha nieszczęście. Jeżeli osoba z osobowością depresyjną szuka pomocy, dzieje się to na żądanie jakiejś znaczącej dla niej osoby z otoczenia lub dlatego, że w życiu jednostki wydarzyło się coś, co nią tak wstrząsnęło, że pomoc z zewnątrz jest konieczna.

Biorąc pod uwagę wszystkie wyżej opisane cechy osób z takim zaburzeniem osobowości, by terapia była skuteczna, przy leczeniu musimy uwzględniać ich specyfikę. Podczas terapii stawiamy cele:

- aktywnie działać w świecie, a nie poddawać się losowi,
- dzielić zadania na etapy tak, by nie przeciążać się ogromem wysiłku, chwalić samych siebie i odczuwać dumę z powodu każdego, nawet małego osiągnięcia, zamiast potępiać się za drobne niedoskonałości,
- realizować własne plany i nie zdawać własnej oceny na łaskę innych
- oddzielić się psychicznie od wrogiego wplątania,
- skończyć z wyolbrzymianiem problemów, roztrząsaniem dawnych porażek, wykorzystywaniem pesymizmu jako sposobu zniechęcania siebie, jeszcze zanim przystąpi się do działania.

Pacjenci powinni również nauczyć się, że ciągłe demonstrowanie bezradności działa na innych odpychająco, a może nawet przyciągać jednostki o skłonnościach sadystycznych.

Dzięki treningowi umiejętności społecznych bezbronność, wieczne usprawiedliwianie się i uległość ustępują zachowaniom bardziej asertywnym i bardziej przyciągającym innych, co powinno pomóc w przywracaniu szacunku do siebie. Jako wskaźnik postępów terapii wspierającej można traktować nasilenie relacji przeniesienia, ponieważ wielu pacjentów z osobowością depresyjną widzi w terapeucie „maga" i poprawę przypisuje jego umiejętnościom, a nie własnej skuteczności, co zwiększa ich zależność. Monitorowanie relacji przeniesienia jest istotne, gdyż terapia wspierająca nie powinna wspierać patologicznej zależności.

Ważne również, by pacjent nauczył się samodzielnie rozpoznawać pesymistyczne myśli i sprawdzać ich konsekwencje. Wiedział, że nie należy generalizować, arbitralnie wnioskować czy tworzyć dychotomiczne kategorie w kolorach czarno – białych.

Terapeuta powinien zwracać szczególną uwagę, by doświadczenia pacjenta, zwłaszcza w początkowym etapie terapii, były związane z możliwością osiągnięcia sukcesu: dzielić zadania na etapy, stawiać łatwe do urzeczywistnienia cele, uczyć umiejętności rozwiązywania problemów i tworzenia planów alternatywnych w razie niepowodzenia. Pacjentów z osobowością depresyjną należy ostrzec, że trudne okresy i złe nastroje nieuchronnie powrócą, więc muszą być przygotowani na skuteczne radzenie sobie z tym, by uniknąć nawrotu depresji i potencjalnie powrotu do picia.

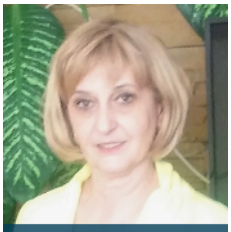
Bardzo pomocna w osiąganiu celów terapeutycznych okazuje się praca w grupie. Pacjent uczy się, że inni doświadczają podobnych trudności, że nie jest ze swoją słabością sam. Obserwuje również poprawę u innych. Kiedy osoba z osobowością depresyjną dzięki terapii poczuje przypływ energii, ulegają zmianie jej zachowania interpersonalne,

defensywne funkcjonowanie, koncepcja siebie i schematy poznawcze.

Bibliografia:
1) Millon T., Davis R., „Zaburzenia osobowości we współczesnym świecie", IPZ 2004
2) Carson R.C., Buther J.N., Mineka S. „Psychologia Zaburzeń", GWP Sopot 2003;
3) (Kurcz i inni, Słownik psychologii, wyd. Wyd. 2, Warszawa: Scholar, 2002r.).
4) Klasyfikacja DSM IV i V
5) Rosenhan D.L., Seligman M.E.P. „Psychopatologia", PTP, Warszawa 1994
6) Terapia uzależnienia i współuzależnienia, wydane specjalne 2007 r.

mgr Jacek Wysowski

Psycholog, specjalista psychoterapii uzależnień, superwizor państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.



mgr Ewa Chodur

Rola pielęgniarki
w Oddziale Terapii Uzależnień

Do pracy z osobami uzależnionymi włączeni są: lekarz, psychoterapeuci, psychologowie, pielęgniarki. Program leczenia oparty jest głównie na psychoterapii, jednak część pacjentów ze względu na współistniejące choroby jest objęta farmakoterapią. Pielęgniarka pracująca w Oddziale towarzyszy pacjentowi od pierwszego kontaktu do zakończenia leczenia. Do jej zadań należy poinformowanie pacjenta o metodach leczenia, sposobach pielęgnowania, prowadzenie dokumentacji medycznej papierowej oraz elektronicznej. Zobowiązana jest także do przestrzegania tajemnicy uzyskanej od pacjenta.

Specyfika pracy w Oddziale Leczenia Uzależnień wymaga odpowiednich umiejętności społecznych pielęgniarki aby nawiązać i podtrzymać kontakt z pacjentem. Pacjenci często są wyczuleni na postawę pielęgniarki w relacji terapeutycznej - zadaniem pielęgniarki jest więc budowanie poczucia bezpieczeństwa i zaufania.

Pielęgniarka w oparciu o wiedzę psychologiczną, socjologiczną, psychiatryczną, stara się zapewnić zindywidualizowana opiekę na każdym etapie leczenia.

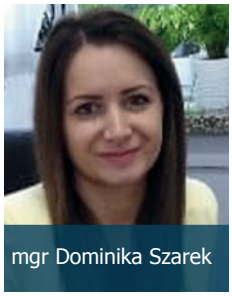
Działania i obowiązki pielęgniarki pracującej z osobami uzależnionymi zmierzają głównie do zniwelowania szkód zdrowotnych spowodowanych piciem alkoholu, zapobiegania powikłaniom, zmiany postawy wobec choroby, proponowanej terapii oraz zmiany stylu życia.

Ocena ryzyka podjęcia próby samobójczej i opracowanie interwencji należy również do pielęgniarki. Podjęcie rozmowy, towarzyszenie pacjentowi i udzielanie wsparcia łagodzi napięcie pacjenta, co często zmniejsza nasilenie się myśli rezygnacyjnych.

Pielęgniarka jest partnerem w relacji z pacjentem i jego rodziną, członkiem zespołu terapeutycznego, która wzbogacając się w wiedzę o pacjencie pomaga w powrocie do zdrowia i życia w trzeźwości.

mgr Ewa Chodur

Certyfikowany instruktor terapii uzależnień, pielęgniarka dyplomowana, pielęgniarka Oddziałowa Oddziału Terapii Uzależnień ZOZ Dębica w Straszęcinie.



mgr Dominika Szarek

Zasady kwalifikacji i przyjęcia
do Oddziału oraz Poradni Terapii Uzależnień

Poradnia Terapii Uzależnień jest Poradnią ambulatoryjną, koedukacyjną, zajmującą się diagnostyką, leczeniem, rehabilitacją osób uzależnionych od alkoholu, nikotyny, leków uspokajających, nasennych, substancji psychoaktywnych, oraz leczeniem nawyków i popędów. Do Poradni są także przyjmowani pacjenci zobowiązani do leczenia przez Sąd. W razie konieczności pacjenci są kierowani na badania i konsultacje specjalistyczne. Ponadto w Poradni są prowadzone działania konsultacyjno-edukacyjne dla rodzin osób uzależnionych. Przyjęcia odbywają się w trybie planowanym. Przed przyjęciem do Poradni obowiązuje tygodniowa abstynencja od spożywania alkoholu lub odbyte leczenie detoksykacyjne.

Zasady kwalifikacji do Oddziału Terapii Uzależnień w Straszęcinie

Pacjenci ubiegający się o przyjęcie do Oddziału Terapii Uzależnień rejestrują się telefonicznie na rozmowy kwaliifikacyjne, które odbywają się w każdy poniedziałek i piątek w godz. od 11.00-12.00. W skład komisji kwalifikacyjnej wchodzą: lekarz psychiatra, specjalista psychoterapii uzależnie, oraz psycholog. Pacjent podczas kwalifikacji pacjent otrzymuje informacje o regulaminie Oddziału oraz wskazówki dotyczące terapii. Jednym z głównych warunków przyjęcia do Oddziału jest co najmniej tygodniowa abstynencja. Pacjenci, którzy zostali zakwalifikowani do podjęcia terapii potrzebują skierowania od lekarza rodzinnego.

Oddział Terapii Uzależnień w Straszęcinie

Oddział Terapii Uzależnień w Straszęcinie jest Oddziałem stacjonarnym, całodobowym. Terapia na etapie podstawowym prowadzona jest w paradygmacie poznawczo-behawioralnym. Czas trwania terapii to 7 tygodni. Podczas trwania terapii pacjenci uczestniczą w grupie motywacyjnej oraz w grupie terapeutycznej rozszerzonej. Do poszczególnych grup zostają kwalifikowani przez personel terapeutyczny podczas zebrań klinicznych.

Oferta Poradni w Dębicy:

Poradnia Terapii Uzależnień mieści w Dębicy przy ul. Cmentarnej 54 w budynku Przychodni Rejonowej Nr 1, czynna jest od poniedziałku do piątku.
Program jej pracy przedstawia się następująco:
Poniedziałek (w godz. od 10.25-18.00).
11.30-13.30 grupa terapeutyczna dla osób uzależnionych od alkoholu
15.00-17.00 grupa terapeutyczna dla osób uzależnionych od hazardu
Terapia indywidualna
Wtorek (godz. 7.00-14.35)
terapia indywidualna dla osób uzależnionych, współuzależnionych.
Środa (godz. 7.00-14.35)
konsultacje medyczne lekarza psychiatry
czwartek (godz. 10.25-18.00)
rozmowy indywidualne, konsultacje psychologiczne
piątek (godz. 7.00-14.35)
7.30-9.30 grupa terapeutyczna dla osób uzależnionych od nikotyny
9.30-11.30 grupa wsparcia i interwencji kryzysowej dla osób współuzależnionych
Terapia indywidualna.

mgr Dominika Szarek

Specjalista Psychoterapii Uzależnień, z-ca kierownika Oddziału Terapii Uzależnień ZOZ Dębica w Straszęcinie.

Dr n. med. Lesław Ciepiela

Symfonia
na 1050 lecie chrztu i 100 lat niepodległości

Niepodległość nastała nagle, jesienią 1918 roku. W stulecie jej odzyskania w nieodległym Tarnowie – tym pierwszym niepodległym mieście ówczesnej Galicji - zaplanowano koncert: główny punkt programu: I Symfonia Pawła Sydora napisana na 1050-lecie Chrztu Polski, już sławna w świecie p.t. „Chrzest". Kompozytorem tego dzieła jest Paweł Sydor, dyrygent i pianista znany w wielu krajach. Studiował grę na fortepianie u Sanforda Margolisa, kompozycję w klasie Edwarda Millera i Richarda Hoffmana oraz dyrygenturę pod kierunkiem Roberta Spano i Roberta Ponto w Oberlin Conservatory of Music. Następnie w Juilliard School of Music w Nowym Jorku jego nauczycielem kompozycji był John Corighliano - jeden z najwybitniejszych kompozytorów. To Jego wielki dzień. To także wielki dzień Jego Rodziców.

Kompozytor jest synem dr n. med. Antoniego Sydora. Ten urodzony w Przeworsku na Podkarpaciu lekarz wybitny lekarz specjalista nefrolog. Człowiek, któremu współczesna nefrologia małopolska i podkarpacka wiele zawdzięcza. Po latach kariery naukowej w Białymstoku rozpoczął swoją wieloletnią służbę nefrologii, a szczególnie dializoterapii w szpitalach Tarnowa. Początkowo tworzył zręby dializoterapii w obecnym Szpitalu Specjalistycznym im prof. Szczeklika w Tarnowie, następnie w nowo otwartym w połowie lat siedemdziesiątych Szpitalu Wojewódzkim Św. Łukasza w Tarnowie. Jego dzieło trwa i rozkwita nadal. Jego uczniowie pracują w wielu w Klinikach i Oddziałach Nefrologii, w stacjach dializ małopolski i podkarpacia. Jego uczniem jest twórca stacji dializ Szpitala w Dębicy dr Daniel Dwornik.

Z wybiciem godziny dziewiętnastej cichnie gwar, gasną światła, niemal wszystkie miejsca na widowni zajęte. Koncert otwiera red. Dariusz Stańczuk – niedościgniony mistrz słowa, zwłaszcza gdy opowiada o muzyce.

Dziś mówi o wielkiej rocznicy, festiwalu „Jeszcze Polska muzyka", przedstawia plany koncertowe na najbliższe dni, prezentowane przez orkiestrę utwory i ich kompozytorów. Jako pierwsza przedstawiona jest Fanfara chorałowa (2018), oraz fragmenty muzyki z filmu "Popiełuszko. Wolność jest w nas" reż. Rafał Wieczyński (2009)

Koncert trwa bez przerwy. Cała widownia i ja bierzemy głęboki oddech. Red. Dariusz Stańczuk przedstawił, w sobie tylko możliwy, wręcz doskonały sposób dzieło Pawła Sydora zamówione i odtwarzane przez Orkiestrę Akademii Beethovenowskiej na 1050 rocznicę Chrztu Polski.

Symfonia stała się, zarówno w epoce klasycznej, a i jest nią współcześnie, najważniejszą formą muzyki orkiestrowej. W XX wieku do tradycji trzy, czteroczęściowych symfonii przeznaczonych na orkiestrę nawiązywało bardzo wiele utworów, w tym większość symfonii Beethovena, Mahlera i późniejszych - Szostakowicza, Prokofiewa, Honeggera, Strawińskiego.

Tradycję symfonii z głosem (chórem, solistami lub chórem i solistami) podjął m.in. Strawiński (Symfonia psalmów) i Szostakowicz (XIII i XIV Symfonia). Taką - w zamiarach kompozytora - jest też symfonia Chrztu Pawła Sydora.

Część pierwsza – Mesco, druga – Sancti: Adalbertae et Stanislae, część trzecia – Bogarodzica i część czwarta Meditation: Jesu, in Te confido. Ostania to Rex Regnum.

Najpierw chrzest: w oficjalnej historiografii kościelnej i państwowej przyjmuje się rok 966 za datę chrztu Mieszka. Nie zachowało się żadne źródło z X wieku, a w Polsce także z XI wieku, które przekazałoby o chrzcie Polski nawet krótką wzmiankę. Najstarsza informacja pochodzi z Kroniki Thietmara z Merseburga. Mieszko miał zdecydować się na przyjęcie chrztu z rąk czeskich, aby zapobiec dalszej ekspansji z zachodu. Teza ta zyskała tak dużą popularność, że zamieniła się w stereotyp, który zdominował polskie piśmiennictwo historyczne, zwłaszcza publicystykę i literaturę piękną. Potem wspomnienie świętych Wojciecha i Stanisława. Ich dzieje wpisane w ówczesną rzeczywistość stanowią o tym, co w naszej historii było trudne. Psalm ten brzmi słowami oddania i zawierzenia: „Pan jest moim pasterzem, nie brak mi niczego. Pozwala mi leżeć na zielonych pastwiskach. Prowadzi mnie nad wody, gdzie mogę odpocząć: orzeźwia moją duszę. Wiedzie mnie po właściwych ścieżkach, przez wzgląd na swoje imię. Chociażbym chodził ciemną doliną, zła się nie ulęknę, bo Ty jesteś ze mną". Bogurodzica składa się z próśb modlitewnych liturgicznej wspólnoty wiernych. Jest pieśnią, która od Matki Chrystusa dociera do Trójcy Świętej, odsłania istotę modlitwy jako duchowego obcowania i dotyka tajemnicy metafizycznej. Jest to po części poetycka ikona, która uobecnia Boga. Była i jest śpiewana podczas liturgii eucharystycznej - osnuta wokół greckiego okrzyku w łacińskiej liturgii „Kyrie eleison" (Chryste, zmiłuj się!), który jako refren, otwiera na duchowe doświadczenie obcowania z Bogiem.

Czwarta część to medytacje z tekstem psalmu 144/145, które zamyka wyznanie znane nam wszystkim. To obraz głoszący chwałę samego Pana Jezusa i słowa skierowane od św. Faustyny: „Jezu ufam Tobie". Piąta część to Rex Regnum. Krótka, ale dramatyczna i pełna energii. Finałem są słowa chóru: Christus vincit, Christus regnant Christus imperat. Muzyka ucichła, brawa ucichły. Gratulacje dla kompozytora, jego najbliższych.

Następnego dnia inaczej spojrzałem na rozpościerające się za oknem nowobudowane lądowisko dla śmigłowców. Coraz mocniej dobijały się myśli obrazujące nasze lekarskie powołanie. To słowa z filmu „Helikopter w ogniu" Ridley'a Scotta - „Leave no man behind - nie zostawić nikogo bez pomocy".

I … wyobraziłem sobie jak przy dźwiękach „Symfonii Chrztu" na lądowisku naszego szpitalal ląduje „Black Hawk" z szachownicą i znakiem czerwonego krzyża na kadłubie…

Dr n. med. Lesław Ciepiela

Ukonczył I Liceum Ogólnokształcace w Debicy, absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie z roku 1981, pediatra i specjalista neurolog dzieciecy. Doktoryzował sie w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellonskiego. Zawodowo zwiazany ze Szpitalem Zespołu Opieki Zdrowotnej w Debicy, gdzie jest Kierownikiem Zespołu Poradni Specjalistycznych.

SPIS TELEFONÓW

CENTRALA 14 670 36 21 do 23, 680 82 00

PORADNIE SPECJALISTYCZNE

Rejestracja ogólna	208
Poradnia Chirurgiczna, Ortopedyczna	204
Poradnia Endokrynologiczna	213
Poradnia Laryngologiczna	215
Poradnia Kardiologiczna	463
Poradnia Medycyny Pracy	228
Poradnia Neonatologiczna	382
Poradnia Neurologiczna	214
Poradnia Neurologiczna II	496
Poradnia Rehabilitacji	452
Poradnia Reumatologiczna	201
Poradnia Stomatologiczna	220
Poradnia Urologiczna	304

SOR

Izba przyjęć SOR	396
Izba Przyjęć Planowych	271

ODDZIAŁ CHIRURGII OGÓLNEJ

Sekreteriat	318
Gabinet lekarski	311
Dyżurka pielęgniarek	314

ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWEJ I ORTOPEDII

Sekretariat	317
Gabinet lekarski	210
Dyżurka pielęgniarek	310

ODDZIAŁ DZIECIĘCY

Sekretariat	376
Gabinet lekarski	370
Dyżurka pielęgniarek	367, 368

ODDZIAŁ GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZY

Sekretariat	322
Gabinet lekarski	326
Dyżurka - ginekologiczna	327
Dyżurka - położnicza	325

ODDZIAŁ NEONATOLOGICZNY

Sekretariat	332
Gabinet lekarski	372
Dyżurka	331

ODDZIAŁ NEUROLOGII

Sekretariat	486
Gabinet lekarski	389
Dyżurka pielęgniarek	386

ODDZIAŁ OKULISTYCZNY

Sekretariat	346
Gabinet lekarski	347
Dyżurka pielęgniarek	348

ODDZIAŁ REHABILITACJI

Sekretariat	346
Gabinet lekarski	340
Dyżurka pielęgniarek	338

ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY I

Sekretariat	356
Gabinet lekarski	354
Dyżurka pielęgniarek	353

ODDZIAŁ WEWNĘTRZNY II

Sekretariat	360
Gabinet lekarski	359
Dyżurka pielęgniarek	358

ODDZIAŁ ZAKAŹNY

Sekretariat	408
Gabinet lekarski	387
Dyżurka pielęgniarek	383, 483

ZOL

Sekretariat	670
Gabinet lekarski	672
Dyżurka pielęgniarek	669

ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY I

Sekretariat	624
Gabinet lekarski	660
Dyżurka pielęgniarek	663

ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY II

Sekretariat	652
Gabinet lekarski	650
Dyżurka pielęgniarek	649

ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY III

Sekretariat	634
Gabinet Lekarski	635
Dyżurka pielęgniarek	638

ODDZIAŁ ODWYKOWY

Sekretariat	657
Gabinet lekarski	656
Dyżurka pielęgniarek	654

ODDZIAŁ OIOM

Dyżurka pielęgniarek	312
Gabinet lekarski	313

Pracownia Rehabilitacji	451
Pracownia Endoskopii	410
Pracownia Holter	475
Pracownia RTG	365
Pracownia Tomografii	462
Pracownia USG	364
Laboratorium	481
POZ dni robocze (18:00-08:00), soboty, niedziele i święta (08:00-08:00)	444
POZ Gabinet Lekarski	403
Stacja Dializ	414
Telefony alarmowe	112, 999