SCHIZOFRENIA

PACJENT Z CHOROBĄ ALZHEIMERA

DEPRESJA

4/2018 (9)

Poradnik Pacjenta

www.zoz-debica.pl

Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy

ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY I

SPIS TREŚCI

ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY I ..... STR 3

DEPRESJA ..... STR 4

SCHIZOFRENIA ..... STR 7

PACJENT Z CHOROBĄ ALZHEIMERA ..... STR 8

JAK PICIE ALKOHOLU WPŁYWA NA UCZUCIA..... STR 10

MIÓD PSZCZELI ..... STR 12

CHAD ..... STR 14

DJEMBE NA ODDZIALE ..... STR 15

szpital z uśmiechem

Wydawca:
Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy
39 – 200 Dębica, ul. Krakowska 91
Redakcja:
Redaktor Naczelny - lek med. Wojciech Barański
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. Marcin Kądzielawa

Oddział Psychiatryczny I

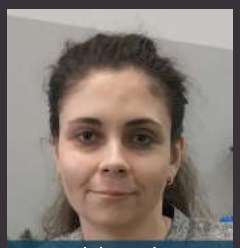
Oddział Psychiatryczny I jest oddziałem ogólnopsychiatrycznym, w którym leczeni są pacjenci (kobiety i mężczyźni powyżej 18 roku życia), z zaburzeniami psychicznymi oraz osoby upośledzone umysłowo. Leczenie w całości finansowane jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W oddziale pracuje pięciu lekarzy (w tym dwóch lekarzy specjalistów, trzech lekarzy rezydentów, dwóch psychologów, pracownik socjalny). Jednostka mieści się w Straszęcinie, gmina Żyraków i posiada 32 łóżka. Kierownikiem oddziału jest lek. med. Aneta Szatko – Weselak. Leczenie w Oddziale polega na stosowaniu farmakoterapii, uzupełnionej rozmowami terapeutycznymi i terapią zajęciową.

Dodatkowo prowadzona jest psychoedukacja rodzin osób chorych. Pacjenci podczas hospitalizacji korzystają z zajęć gimnastycznych, spacerów, treningów relaksacji. Od kilku miesięcy, raz w tygodniu, prowadzone są warsztaty bębniarskie z wykorzystaniem Djembe.

fot. Marcin Kądzielawa

fot. freepik.com

Depresja



lek med
Agnieszka Kogut

Depresja to poważna choroba, która wg definicji Światowej Organizacji Zdrowia, objawia się smutkiem, utratą zainteresowań i przyjemności, poczuciem winy, niską samooceną, zaburzeniami snu i apetytu, uczuciem zmęczenia i osłabieniem koncentracji.

Depresja znacząco wpływa na jakość życia i zdolność funkcjonowania w każdym obszarze życia, zarówno społecznym jak i zawodowym.

Depresja to czwarty najpoważniejszy problem zdrowotny na świecie.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że do roku 2020 depresja stanie się w skali świata drugą najczęstszą przyczyną niepełnosprawności wynikającej ze stanu zdrowia.

KLUCZOWE FAKTY:

- Depresja jest powszechnym zaburzeniem psychicznym – na świecie na depresję choruje ponad 350 mln ludzi, w Polsce nawet do 1,5 miliona osób
- Depresja jest najczęściej diagnozowana u osób w przedziale wiekowym 20-40 lat i dotyka co dziesiątego mężczyznę oraz co piątą kobietę.
- Wśród osób chorujących na depresję 40-80% ma myśli samobójcze, 20-60% podejmuje próby samobójcze – pośród nich – 15% chorych skutecznie.
- Z powodu depresji ginie około miliona osób na świecie każdego roku, 3 800 każdego dnia.
- Depresja może być skutecznie leczona.

PRZYCZYNY DEPRESJI:

Depresja rzadko ma tylko jedną przyczynę. Chorobę najczęściej wywołują różne, złożone czynniki takie jak negatywne doświadczenia, ciężkie choroby trwające długi czas, czynniki dziedziczne, cechy osobowości, warunki życiowe.

Współczesne czasy (zmiany cywilizacyjne, wzrost tempa życia, kryzys ekonomiczny) generują dodatkowe czynniki rozwoju depresji. Są nimi: zaburzenia rytmów okołodobowych (więcej pracujemy, mniej śpimy) oraz przewlekły stres. Rozregulowanie rytmów dobowych może prowadzić do zaburzenia cyklów zmian nastroju oraz snu i aktywności, wpływając na sposób funkcjonowania człowieka w ciągu doby.

OBJAWY DEPRESJI:

- Stopniowa utrata radości życia i odczuwania przyjemności, umiejętności cieszenia się rzeczami i wydarzeniami, które do tej pory były odczuwane jako radosne, aż do całkowitego ich zaniku (anhedonia), obniżenie nastroju i przeżywania, połączone ze zobojętnieniem („jest mi wszystko jedno, co się dzieje i co się stanie"), poczucie pustki, czasami zmienny (labilny), drażliwy nastrój, trudność w kontrolowaniu natroju oraz smutek (mające głęboki i przenikliwy charakter, doświadczane przez większość czasu), płacz, który coraz trudniej kontrolować, a czasami niemożność panowania nad własnymi emocjami, impulsywność niezgodna z dotychczasowym zachowaniem.
- Ograniczenie aktywności życiowej, stopniowa utrata dotychczasowych zainteresowań, trudności w podejmowaniu różnych czynności i działań, aż do skrajnego zaniechania tych czynności (abulia) – na przykład niemożność wstania z łóżka, wykonania najprostszych czynności higienicznych, jak ubranie się, umycie, uczesanie, stopniowa utrata energii życiowej i zmniejszenie wrażliwości na bodźce emocjonalne (apatia), wzmożona męczliwość, przewlekłe zmęczenie z ograniczeniem codziennej aktywności, czasami pobudzenie psychoruchowe z poczuciem zwiększonego napięcia wewnętrznego, niepokoju oraz niemożnością znalezienia sobie miejsca.

fot. mgr Ernest Garstka

• Myślenie depresyjne to pesymistyczna ocena własnej przeszłości, teraźniejszości i przyszłości, utrata poczucia własnej wartości, zaniżona samoocena, poczucie bycia bezwartościowym, niepotrzebnym.
• Lęk wprawdzie nie jest typowym objawem depresji, ale bardzo często jej towarzyszy. Pacjentowi, choć ma poczucie stale utrzymującego się lęku, trudno określić, czego konkretnego się boi (lęk nieokreślony). Lęk niejednokrotnie ma charakter przewlekły, jego nasilenie stopniowo narasta i zmniejsza się (lęk wolno płynący), często jest umiejscawiany przez pacjenta gdzieś w środku ciała, na przykład w klatce piersiowej.
• Narastające poczucie utraty sensu życia, bezsens życia, poczucie beznadziejności, myśli rezygnacyjne, myśli o śmierci. Może to być pragnienie śmierci drogą naturalną („chciałbym usnąć i więcej się nie obudzić", „proszę Boga o śmierć", „chciałbym ulec jakiemuś wypadkowi"), aż do myśli o popełnieniu samobójstwa. Myśli samobójcze pojawiają się często wbrew woli pacjenta, który stara się sobie z nimi radzić, ignorować je, ale z czasem staje się to coraz trudniejsze.
W przebiegu depresji często występują też inne mniej typowe dolegliwości:
• Zaburzenie koncentracji uwagi, poczucie pogorszenia pamięci i funkcji poznawczych, które stopniowo ustępują wraz z postępującym leczeniem depresji i poprawą nastroju.
• Zaburzenia snu w depresji przejawiają się często trudnościami w zasypianiu i utrzymaniu snu, sen często jest płytki, przerywany.
• Często występuje zmniejszenie lub utrata apetytu. Towarzyszy temu czasem znaczna utrata wagi ciała (kilka kilogramów w ciągu miesiąca). Czasami jednak depresji może towarzyszyć nadmiernie łaknienie, objadanie się nietypowe dla do-tychczasowego zachowania (zwłaszcza słodkimi pokarmami), co w połączeniu z brakiem aktywności fizycznej może prowadzić do zwiększenia masy ciała. W tej sytuacji mówimy o tak zwanej atypowej depresji.
• Spadek libido (popędu seksualnego) – brak ochoty na seks zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn często występuje w depresji.
• U kobiet mogą wystąpić zaburzenia cyklu płciowego i zaburzenia miesiączkowania
• Dla typowych postaci depresji charakterystyczne jest tzw. dobowe wahanie samopoczucia. Pacjenci zazwyczaj gorzej czują się w godzinach porannych, południowych i bardzo trudno im jest rozpocząć dzień. W godzinach wieczornych mają wrażenie nieco lepszego samopoczucia i aktywności.
Aby rozpoznać powyższe objawy muszą one występować bez przerwy przez co najmniej dwa tygodnie. Nie wszyscy chorujący na depresję cierpią z powodu tych samych objawów. Nie zawsze jest tak, że osoba chora ma depresyjny nastrój czy też odczuwa wewnętrzną pustkę. W niektórych przypadkach przeważają zaburzenia snu, anhedonia, w innych brak inicjatywy, w jeszcze innych dolegliwości fizyczne. Również, jeśli chodzi o natężenie choroby to bywa ono różne. W przypadku depresji podstawową metodą diagnostyczną, która pozwala ustalić rozpoznanie, jest dokładne badanie psychiatryczne i wywiad (rozmowa z pacjentem, w miarę możliwości też z jego bliskimi/opiekunami).

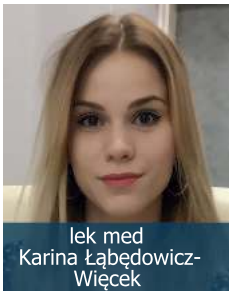
JAK LECZY SIĘ DEPRESJĘ?

Metod leczenia jest kilka. Podstawową jest leczenie farmakologiczne. Leki do leczenia depresji nazywają się lekami przeciwdepresyjnymi. Wiele z nich, obok działania przeciwdepresyjnego, ma też działanie przeciwlękowe i poprawia sen.
Leki przeciwdepresyjne nie uzależniają, nie powodują uszkodzenia mózgu, nie zmieniają osobowości. Ich działanie pojawia się powoli, zazwyczaj w ciągu 2 tygodni. Szybciej może się poprawić sen i zmniejszyć napięcie psychiczne i lęk.
Są też inne metody leczenia. W lżejszych postaciach depresji skuteczną metodą może być psychoterapia. Nie ma wówczas konieczności podawania lekarstw.
W cięższych postaciach depresji psychoterapia również jest przydatna, jest wówczas metodą uzupełniającą leczenie farmakologiczne.
Leczenie depresji jest długotrwałe, przedwczesne przerwanie kuracji może spowodować nawrót objawów choroby.

NAJWAŻNIEJSZE:
DEPRESJA JEST WYLECZALNA.

lek. med. Agnieszka Kogut

Rezydentka I roku Psychiatrii
ukończyła kierunek lekarski na Lwowskim Uniwersytecie Medycznym.



lek med
Karina Łąbędowicz-Więcek

Schizofrenia

Termin SCHIZOFRENIA (od słów schizo – rozszczepiam i phrenos - umysł, wola, serce) określa jedną z najczęstszych chorób psychicznych. Choruje na nią ok. 1% światowej populacji, zaczyna się w młodym wieku, najczęściej między 18. a 35. rokiem życia.

Co to jest PSYCHOZA?

Psychoza, to taki stan umysłu, w którym zmienia się postrzeganie otaczającego świata. Zachowanie takiej osoby odbierane jest przez innych jako "nienormalne" - myślenie staje się chaotyczne, niedostosowane do przyjętych społecznie norm, pełne spiskowych teorii. Chory zaczyna wycofywać się z kontaktów społecznych, żyje we własnym świecie. Często pojawiają się objawy wytwórcze: urojenia, czyli błędne przekonania, w które chory bezkrytycznie wierzy oraz omamy (inaczej halucynacje) najczęściej słuchowe, ale również dotyczące innych zmysłów: wzroku, smaku, węchu.

Schizofrenia jest psychozą.

Jak rozpoznać, że ktoś z moich bliskich choruje?

Początek choroby może być nagły lub powolny. Psychoza może narastać przez kilka dni, ale również przez kilka miesięcy. Pacjent niewłaściwie interpretuje zaistniałe zdarzenia, fakty, ma wrażenie obcości otaczającego go świata, miewa uczucie zagrożenia, wydaje mu się, że jest obserwowany, śledzony. Osoba taka nie ma poczucia choroby, dlatego też może zareagować agresywnie, gdy ktoś z bliskich sugeruje wizytę u lekarza. Pacjent czuje się zdrowy i takie propozycje interpretuje jako potwierdzenie jego teorii spiskowej.

Skąd się bierze schizofrenia? Czyja to wina?

Ryzyko zachorowania jest większe w rodzinach, w których rozpoznano schizofrenię; największe, gdy chorują krewni I stopnia (rodzice, rodzeństwo). Genetyczna podatność na chorobę nie oznacza wcale, że ona wystąpi. Oznacza to, że człowiek może urodzić się ze schizofrenią, ale to, czy w ciągu życia pojawią się objawy, zależy od wielu czynników. Choć, niestety, czynniki te wciąż pozostają nieznane, należy pamiętać, że schizofrenia nie jest w żaden sposób spowodowana działaniami bliskich, czy samego pacjenta. Błędy w wychowaniu dziecka, trudne dzieciństwo, czy traumatyczne przeżycia nie są przyczyną schizofrenii. To dysproporcje pomiędzy neuroprzekaźnikami (substancje odpowiadające za komunikowanie się ze sobą komórek mózgowych) odgrywają znaczącą rolę w zaburzeniach psychicznych.

Jak leczy się schizofrenię?

Leczeniem schizofrenii zajmują się psychiatrzy. Często, szczególnie w ostrej psychozie, konieczna jest hospitalizacja w oddziale psychiatrycznym.

W terapii stosuje się głównie neuroleptyki – leki przeciwpsychotyczne, które są dobierane przez lekarza indywidualnie do każdego pacjenta, m.in. w zależności od nasilenia i rodzaju objawów. Jako że farmakoterapia schizofrenii jest długotrwała, należy podkreślić, że neuroleptyki, to leki stosunkowo bezpieczne i, co ważne, nie uzależniają. Przebieg schizofrenii i nasilenie objawów w dużej mierze zależą od dobrej współpracy pacjenta z lekarzem, od regularnego zażywania zaleconych leków. Nie należy jednak zapomnieć o znaczącej roli, jaką odgrywa wsparcie rodziny, bliskich i społeczeństwa.

Jakie jest rokowanie?

Schizofrenia jest chorobą przewlekłą, rokowanie jest bardzo zróżnicowane i zależy od wielu czynników. Choroba ta ma przebieg nawrotowy, a ryzyko nawrotów nigdy nie ustępuje całkowicie, dlatego tak ważne jest regularne zażywanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza psychiatry. W praktyce leczenie podtrzymujące powinno trwać do końca życia.

Choroba to nie wstyd!

Chorujący na schizofrenie nie zagrażają innym bardziej niż osoby zdrowe. Niestety społeczeństwo często miewa stereotypowe podejście do choroby psychicznej, które zakłada, że osoba cierpiąca na schizofrenię jest całkowicie nieprzewidywalna, agresywna, niezdolna do funkcjonowania wśród ludzi. Schizofrenia to nie wyrok! Nowoczesna psychiatria dąży do tego, aby pacjent mógł wrócić do pełnej sprawności sprzed zachorowania, aby przebywał w szpitalu jedynie tyle czasu, ile jest to konieczne, a na stałe mieszkał w warunkach naturalnych – w domu, wśród swoich bliskich.

Zaraz po "szoku" jakim jest zachorowanie, pacjenci przez pewien czas mają gorszą pamięć, trudności z koncentracją, są mniej ufni, powolni. Dlatego też początkowo wymagają większej opieki, wsparcia ze strony bliskich. Najbliżsi powinni wspierać chorego w planowaniu ścieżki życiowej, motywować go do przestrzegania zasad leczenia, do podejmowania aktywności, pracy, utrzymywania kontaktów społecznych. Pomoc rodziny jest nieocenione i ma olbrzymi wpływ na przebieg choroby.

Pamiętaj! Jest schizofrenia - są osoby chore na schizofrenię, ale nie ma "schizofreników".

Chorujący na schizofrenię boją się odtrącenia i marginalizacji, a oczekują, jak każdy z nas, szacunku i zrozumienia.

lek. med. Karina Łabędowicz-Więcek

Lekarz rezydent w trakcie specjalizacji z Psychiatrii, ukończyła wydział wojskowo-lekarski na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

mgr Renata Styś

Pacjent z chorobą Alzheimera

Choroba Alzheimera polega na zwyrodnieniu tkanki mózgowej, które powoduje zanik komórek nerwowych. Zanik mózgu spowodowany jest odkładaniem się substancji białkowej zwanej amyloidem, którego obecność utrudnia pracę komórek nerwowych doprowadzając do ich rozpadu. Czynnikami predysponującymi do zachorowania są: obecność genu apolipoproteiny E, wiek, płeć (czterokrotnie częściej chorują kobiety), krótki okres edukacji, zawód niewymagający aktywności umysłowej, zespoły otępienne w rodzinie, urazy głowy, choroby naczyniowe mózgu.

Choroba Alzheimera charakteryzuje się podstępnym początkiem, powolnym przebiegiem, zaburzeniami pamięci - początkowo świeżej, później odległej, zaburzeniami mowy, orientacji i zachowania. Początkowo, przy zachowanym krytycyzmie, może pojawić się obniżenie nastroju, rzadziej depresja, a w późniejszym okresie częściej występuje dysforia, podwyższony nastrój, czasem wesołkowatość lub mania połączona z niepokojem, brakiem koncentracji uwagi, przymusowym chodzeniem. Typowym objawem późniejszego okresu jest tzw. „Objaw zachodzącego słońca", charakteryzujący się zaburzeniem snu polegającym na przestawieniu rytmu dobowego – senność w ciągu dnia i nocne pobudzenie. Do stałych objawów należą też: trudności w rozpoznawaniu różnych dźwięków, struktur, w ubieraniu się i utrzymaniu higieny osobistej, w wykonywaniu precyzyjnych ruchów. W zaawansowanym okresie pojawia się nietrzymanie zwieraczy, halucynacje, urojenia, nierozpoznawanie osób. Pogarsza się zdolność chodzenia, co jest częstą przyczyną upadków, złamań. W ostatnim okresie choroby chorzy nie są w stanie poruszać się samodzielnie, później nawet przy pomocy innych, co powoduje leżenie w łóżku. Efektem są zaniki mięśniowe, przykurcze kończyn, odleżyny, powikłania zatorowo-zakrzepowe, infekcje dróg moczowych i oddechowych, co bywa najczęstszą przyczyną zgonu osób z otępieniem.

Przeciętny czas trwania choroby wynosi średnio 8-14 lat. W praktyce rozpoznanie następuje dopiero

w okresie wyraźnego zaawansowania, co oznacza krótszy przebieg, około 5-7 lat.

Rozpoznanie stawia się na podstawie objawów, które mają przebieg postępujący bez dolegliwości somatycznych, brak wyraźnych objawów neurologicznych i ogniskowych w badaniu tomograficznym głowy (obserwuje się często tylko uogólniony zanik mózgu, zwłaszcza płatów skroniowych, czołowych i potylicznych). Znaczenie diagnostyczne może mieć wynik pozytronowej tomografii emisyjnej (PET) i tomografii emisyjnej pojedynczego fotonu (SPECT).

W leczeniu choroby Alzheimera stosuje się leki: Donepezyl, Rywastygmina, Galantanina, Memantyna. W zaawansowanym otępieniu chorzy wymagają leków przeciwdziałających pobudzeniu i regulujących sen. Dawki leków są ustalane indywidualnie dla każdego chorego przeważnie podczas jego pobytu w szpitalu. Istotne jest zwrócenie uwagi na choroby współistniejące, np., cukrzyca, nadciśnienie, anemia, itd.

Pielęgnowanie pacjenta z chorobą Alzheimera na każdym etapie zmierza do hamowania postępu choroby, przeciwdziała powikłaniom oraz polega na dążeniu do poprawy jakości życia, zapewnieniu mu bezpieczeństwa i opóźnieniu konieczności uzależnienia od pomocy innych. Rola pielęgniarki (opiekuna) zwiększa się wraz z postępem choroby. Postępujące pogorszenie pamięci jest zwykle najwcześniejszym zauważalnym objawem, nasilającym się w miarę trwania choroby i stanowiącym problemy opiekuńcze. W łagodzeniu ich istotne jest utrzymanie regularnego rozkładu dnia, unikanie zmian otoczenia oraz opiekunów chorego. Ważne jest utrwalanie podstawowych informacji dotyczących tożsamości (warto uwzględnić zaopatrzenie pacjenta w identyfikator). Niezbędne są codzienne ćwiczenia pamięci dostosowane do możliwości danej osoby (oglądanie zdjęć, czytanie listów, oglądanie filmów rodzinnych, rozwiązywanie krzyżówek itd.). Pomocne są we wcześniejszych okresach choroby napisy: „szafka z obuwiem", „sztućce", „łazienka", itd.

Wraz z postępem choroby chory staje się mniej sprawny. Potrzebuje więcej czasu na ubranie się, na odróżnianie części garderoby. Może mieć coraz mniej sprawne ręce i trudności z wiązaniem sznurowadeł czy zapięciem guzika. Należy pomóc choremu przez modyfikację garderoby: guziki i sznurówki zamienić na zamki lub rzepy, ubranie ułożyć w kolejności zakładania.

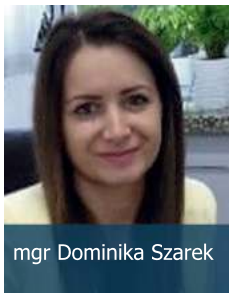
Istotne jest przystosowanie pomieszczeń w których przebywa chory do jego możliwości sprawnościowych: w łazience poręcze, drabinki, maty antypoślizgowe, zabezpieczenie kuchenek gazowych, źródeł gorącej wody itp.

W późniejszym okresie należy dbać o racjonalne żywienie i pory posiłków, gdyż chory może nie pamiętać kiedy jadł, a ponadto z czasem traci odczuwanie łaknienia i pragnienia.

Przyjmuje się, że w okresie początkowych objawów pacjent wymaga uwagi opiekuna około jednej godziny dziennie. W kolejnych latach ten czas się wydłuża i po 5-7 latach wynosi całą dobę. W zaawansowanym stanie opieka całodobowa obejmuje wszystkie aspekty pielęgnacyjne: pomoc w kontroli zwieraczy, karmienie, codzienna toaleta, ochrona przed upadkami, profilaktyka przeciwodleżynowa, regulacja snu, terapia lekowa, kontrola parametrów życiowych (temperatura, ciśnienie krwi, ewentualnie poziom cukru czy okresowe badania laboratoryjne). W kontakcie z pacjentem na każdym etapie choroby ważny jest ton głosu, życzliwość i spokój okazywany przez pielęgniarkę (opiekuna). Nawet jeśli chory nie rozumie sensu kierowanych do niego słów w przypadku niepokoju i zaburzeń zachowania spokojny ton głosu i przyjazne gesty mogą złagodzić lęk i ograniczyć konieczność doraźnej farmakoterapii. Mówiąc o chorobie Alzheimera nie można pominąć tych, którzy sprawują opiekę nad chorymi. W miarę rozwoju choroby czas poświęcony opiece jest coraz dłuższy, od kilku godzin aż do całej doby. Opieka nad takim chorym to obciążenie fizyczne, psychiczne, finansowe i społeczne. Opiekun, którym przeważnie jest najbliższa osoba musi mieć stały kontakt z lekarzem, starać się o pomoc w opiece nad chorym, mieć czas na odpoczynek, powinien uporządkować sprawy prawne i finansowe związane z sytuacją chorego (sprawy pełnomocnictwa, mieszkaniowe, ewentualne ubezwłasnowolnienie).

mgr Renata Styś

Absolwentka: Wydziału Pielęgniarstwa CMUJ Kraków, Studiów podyplomowych „Zarządzanie Jednostkami Opieki Zdrowotnej" CMUJ Kraków, Studiów podyplomowych „Geriatria i opieka długoterminowa"; specjalizacja z pielęgniarstwa psychiatrycznego. Kierownik d/s. pielęgniarstwa w OPP ZOZ Dębica.



mgr Dominika Szarek

Jak picie alkoholu wpływa na uczucia?

fot. freepik.com

Uczucia w naszym życiu odgrywają bardzo istotną rolę. To właśnie dzięki nim uświadamiamy sobie co dla nas jest dobre, a co złe, przyjemne i nieprzyjemne, że czegoś chcemy lub nie. Gdybyśmy nie przeżywali żadnych uczuć oznaczałoby to dla nas całkowite zagubienie i utratę sensu życia, co stanowi podstawowy wymiar każdego człowieka oraz jego ważną potrzebę. Z tego też powodu boimy się pustki emocjonalnej, ponieważ oznacza ona dla nas utratę sensu życia. Osoby, które w szczególny sposób mają problemy z dostępem do uczuć lub w sposób nieadekwatny do sytuacji na nie reagują, to osoby uzależnione od alkoholu.

Jak alkohol wpływa na życie emocjonalne?

Jednorazowe upicie się alkoholem, wraz z utratą świadomości powoduje zniszczenie od 10-12 komórek glejowych w mózgu. Ponadto zaburzenia układu krążenia, niedożywienie i inne urazy poalkoholowe powodują dodatkowe organiczne uszkodzenia mózgu i obwodowego układu nerwowego.

Alkohol po dotarciu do mózgu uśmierza przykre i bolesne uczucia takie jak złość, smutek, cierpienie, wstyd, wzbudza uczucia przyjemne, np. odwagę, beztroskę, rozluźnienie, wesołość, w ten sposób zmieniając myślenie i zachowanie u osoby pijącej alkohol. Dla osób uzależnionych od alkoholu, staje się on często jedynym środkiem regulacji emocjonalnej. W ten sposób uzależnieni stają się „znieczuleni" alkoholem nie zdając sobie sprawy z tego, że alkohol" usypia" przykre uczucia tylko na chwilę. Kiedy przestaje działać powracają one ze zdwojoną siłą, ponieważ w konsekwencji to picie alkoholu sprawia ból i cierpienie.

Przyjemne uczucia u osób uzależnionych trwają tylko chwilę, a następnie szybko znikają. Gdy osoby uzależnione odczuwają pustkę, wówczas pojawia się u nich konieczność ich przeżywania, co rodzi natrętną potrzebę przyjęcia substancji, czyli głód alkoholowy.

Biologiczne i psychologiczne skutki picia powodują, że życie takich osób oscyluje między cierpieniem a coraz silniejszą potrzebą napicia się alkoholu, który staje się główną przyczyną cierpienia. Dzieje się tak za sprawą psychologicznego mechanizmu regulowania uczuć. Osoba uzależniona tłumi uczucia, wypiera je, w ten sposób oszukując samego siebie. Robi to, ponieważ chce mieć komfort picia i być w kontakcie z piciem alkoholu, co w konsekwencji powoli go zabija.

Podstawowym problemem osób uzależnionych od alkoholu w sferze uczuć jest brak posiadania umiejętności radzenia sobie z cierpieniem psychicznym. Chcieliby go uniknąć, zmienić, czy odroczyć. Obawiają się też wszelkich trudności jakie napotykają w życiu, często je wyolbrzymiając. Zdarza się, że nie radzą sobie ze złością i krytyką, nie potrafią być asertywni. Są impulsywni i reagują bez wcześniejszego zastanowienia. Niska odporność na cierpienie sprawia, że osoby uzależnione od alkoholu dążą do jak najszybszego złagodzenia stanu cierpienia, by uzyskać tzw. uczucie ulgi, poprzez spożycie alkoholu.

Jak pomóc osobie uzależnionej od alkoholu?

Można sobie zadać pytanie, co zrobić żeby alkohol przestał być podstawowym, często jedynym źródłem uczuć?

Okazuje się, że samo odstawienie alkoholu nie sprawi, że w życiu osoby uzależnionej zniknie uczucie pustki i bezcelowości, a tym samym nie wzrośnie u nich poczucie własnej wartości. Praca nad uzależnieniem od alkoholu to długotrwały proces. Aby powrócić do naturalnego funkcjonowania osoba uzależniona powinna korzystać z psychoterapii leczenia uzależnień oraz uczestniczyć w grupach wsparcia AA, co w przyszłości pozwoli jej odzyskać „kontakt" ze swoimi emocjami.

Gdzie można korzystać z pomocy?

Całodobowy Oddział Terapii Uzależnień, Poradnia Terapii Uzależnień ZOZ w Dębicy,
Straszęcin 295,
39-218 Straszęcin
tel. kierownik Oddziału tel.14 6803656,
z-ca kierownika 14 6803654

mgr Dominika Szarek

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

mgr Agnieszka Książek

Miód pszczeli

WŁAŚCIWOŚCI ZDROWOTNE

fot. freepik.com

Naturalny i aromatyczny miód nie tylko doskonale smakuje, ale też jest wspaniałym środkiem wspomagającym leczenie wielu chorób. Świetnie sprawdza się przy leczeniu dolegliwości układu nerwowego.

Naturalne właściwości miodu warto wykorzystywać w równie naturalny sposób. Zamiast kupować tabletki czy preparaty zawierające miód, warto nabyć aromatyczny złocisty słoiczek prosto z pasieki. Najlepiej sprawdza się bowiem stosowanie miodu w kuchni – kawa czy mleko z miodem, ciasto czy herbata sprawiają, że pozytywne właściwości miodu ujawnia się dużo szybciej niż podczas łykania suplementów. Najważniejsze, by włączyć produkty zawierające miód do codziennej, zbilansowanej diety. Miód doskonale poprawia samopoczucie i nastrój, jest więc zdrowszą alternatywą dla czekolady. Polecany jest dla osób cierpiących na depresję, sezonowe obniżenie nastroju czy apatię. Regularne spożywanie miodu dodaje energii i wzmacnia układ nerwowy. Polecany jest w stanach nadpobudliwości i podczas wyczerpania psychicznego. Jeśli jesteśmy przepracowani czy przemęczeni, warto sięgnąć po słoik z miodem zamiast po kolejny napój energetyzujący. Miód nie tylko pomoże łagodzić negatywne objawy stresu, ale też uodporni nasz organizm na wszelkie infekcje i choroby, które w stresujących okresach życia pojawiają się dużo częściej. W przypadku dzieci miód sprawdzi się w stanach niepokoju i nadpobudliwości – warto więc podawać maluchom kubek mleka z miodem wieczorem przed snem – nie tylko wtedy, gdy pojawia się przeziębienie. W przypadku dorosłych miód świetnie sprawdzi się też jako sposób na spokojny sen. Jego łagodne i naturalne działanie dużo lepiej wspomaga układ nerwowy niż jakiekolwiek tabletki czy suplementy diety.

Oto najbardziej popularne rodzaje miodu:

- Wielokwiatowy – o delikatnym, jasnokremowym lub nawet żółtobrązowym kolorze, pachnie pszczelim woskiem.
- Lipowy – w kolorze bardzo jasny (złoty lub żółty), w zapachu – intensywny, lipowy, a w smaku ostry, czuć nutkę goryczy.
- Spadziowy – ma kolor brunatnozielony, zapach przypomina przyprawy korzenne, a smak łagodny, choć delikatnie cierpki.
- Wrzosowy - ma kolor jasno lub ciemnobrązowy, czasem czerwonobrunatny, jest łagodny w smaku przypomina ciągnącą się galaretkę.
- Gryczany – kolorem przypomina herbatę, pachnie gryką, smakuje ostro, zdecydowanie.
- Akacjowy – bardzo delikatny miód o jasnym, kremowym kolorze, lekkim zapachu akacji i mdławym smaku.
- Rzepakowy – choć ma jasny kolor i smak, pachnie zdecydowanie, rzepakiem.

Miód wielokwiatowy - dodaje energii

Jeden z najpopularniejszych i najłatwiej dostępnych miodów. Choć jest wysokokaloryczny, to lekkostrawny. W okresach wzmożonej zachorowalności na choroby wirusowe, pomaga wzmocnić organizm, dodaje energii i siły do działania. Będzie odpowiedni dla osób korzystających z porad kardiologa – wspomaga pracę najważniejszego mięśnia w organizmie człowieka, pomaga obniżać ciśnienie. Ale to nie wszystko, dzięki właściwościom pochodzącym w dużej mierze z kwiatów mniszka, koniczyny, malwy i innych roślin – wspomaga pracę układu pokarmowego. Łagodzi także dolegliwości żołądkowe i jelitowe, jak również te związane z alergią: katar sienny, łagodną postać astmy, opuchliznę. Polecany przy silnych stresach – działa uspokajająco.

Miód lipowy – na kaszel

Dzięki zawartym w nim śluzom pochodzącym z kwiatu lipy, miód ten ma właściwości antybakteryjne, przeciwgorączkowe i przeciwkaszlowe (działa wykrztuśnie). Może być traktowany jako wspomaganie leczenia grypy i przeziębienia. Działa napotnie, dzięki czemu pomaga w walce z infekcjami dolnych dróg oddechowych, łagodzi nawet objawy zapalenia płuc. Miód lipowy polecany jest także dla cukrzyków. Oprócz tego leczy stany depresyjne, koi niepokój i przeciwdziała bezsenności.

Miód gryczany – dla kobiet w ciąży

8 milionów - tyle kwiatów muszą "odwiedzić" pszczoły, by zebrać jeden kilogram miodu gryczanego. A ten jest prawdziwą skarbnicą zdrowia, szczególnie dla kobiet w ciąży. Dlaczego? Miód gryczany polecany jest w przypadku niedoborów żelaza w organizmie, a to dotyczy w dużej części właśnie przyszłych mam. Ten rodzaj płynnego złota jeść lub pić powinny także osoby zestresowane - dzięki wysokiej zawartości magnezu miód łagodzi niepokój. Ciśnieniowcy i chorzy na cukrzycę nie powinni unikać miodu

gryczanego. Miód gryczany działa też moczopędnie, dzięki czemu pomaga w oczyszczaniu nerek i pęcherza. Poleca się go także diabetykom i osobom z innymi chorobami metabolicznymi.

Miód spadziowy – naturalny antybiotyk

Miód spadziowy jest bardzo charakterystyczny. Powstaje ze spadzi, czyli lepkiej substancji, która występuje na drzewach. Możemy wyróżnić miód spadziowy iglasty – robiony z takich drzew jak sosna, jodła, świerk i modrzew, a także miód spadziowy liściasty – robiony z lip, klonów, dębów. Ma cechy antybiotyków – działa silne przeciwbakteryjnie i przeciwzapalnie. Z tych właściwości miodów spadziowych korzystają producenci syropów wykrztuśnych. Ale miód spadziowy stosowany jest także w nieżytach dróg oddechowych, przy zaparciach, astmie, chorobach wątroby. Ten ze spadzi iglastej będzie naturalnym lekiem na anemię, szczególnie dla dzieci.

Miód malinowy - polecany dzieciom

Jest drogi, nieczęsto się go spotyka, ale warto go kupić. Miód malinowy ma takie same właściwości jak sok z malin. Doskonały dla dzieci – działa napotnie, przez co naturalnie walczy z gorączką, rozgrzewa organizm. Pszczelarze polecają go także przy niedokrwistości, nieżycie żołądka. Dorosłym polecany jest ze względu na działanie przeciwmiażdżycowe.

Miód rzepakowy - dla sercowców

Ten delikatny w smaku miód polecany jest szczególnie osobom z chorobami serca i tym, które skarżą się na nawracające zapalenia dróg oddechowych. Miód z rzepaku powinni jeść także chorzy na wątrobę i drogi żółciowe. Szczególnie polecany jest pacjentom po usunięciu woreczka żółciowego. U dzieci świetnie wspomaga odporność. Warto pamiętać, że miód mogą jeść dzieci powyżej pierwszego roku życia. U niemowląt może on wywołać silną reakcję alergiczną.

Opracowanie: 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.
Andrzej Minor

CHAD

Choroba afektywna dwubiegunowa. W rzeczywistości pozaklinicznej - często mylnie przypisywana osobom z tendencją do zmiennego nastroju. Zgodnie z definicją opisuje chorobę, w której przebiegu oprócz epizodów depresji, występuje co najmniej raz w życiu stan podwyższonego nastroju tj. manii, potocznie zwanej przez pacjentów „górką", bądź podobnego, o mniej nasilonych objawach stanu - hipomanii - często uchwytnego jedynie dla rodziny, bliskich przyjaciół, tudzież psychiatry. Aby rozpoznać chorobę afektywną dwubiegunową, stany podwyższonego nastroju nie mogą być wywołane przyjmowaniem substancji psychoaktywnych (w tym alkoholu), aczkolwiek problem uzależnienia dotyka około 40% chorych. Epizod manii cechuje wzmożona aktywność, duża potrzeba mówienia, gonitwa myśli, zmniejszona potrzeba snu, zawyżona samoocena lub poczucie wyższości, utrata zahamowań społecznych, zwiększona energia seksualna, zachowania lekkomyślne (np. nadmierne wydatki, kredyty, nierozsądne interesy, brawurowa jazda samochodem). Postać klasyczna z pełnoobjawową manią występuje u 1-2% populacji (I typ, częściej u mężczyzn), z hipomanią u 3-5% populacji (II typ, częściej u kobiet). W obu typach choroby depresja występuje częściej. Mania jest to stan najbardziej dokuczliwy dla otoczenia, odwrotnie depresja - najbardziej nieprzyjemna dla cierpiącego nań pacjenta. CHAD jest chorobą dziedziczną, ryzyko zachorowania wśród krewnych I stopnia wynosi około 25%. Średni wiek wystąpienia pierwszych objawów wynosi 20 lat,

przeciętna ilość epizodów 6 - 9, trwających ok. miesiąca. U 10 - 20% chorych dochodzi do tzw. szybkiej zmiany faz: występowania w ciągu roku co najmniej 4 epizodów choroby. W miarę trwania choroby długość epizodów wzrasta, natomiast okres utajenia skraca się. Chorobę leczy się farmakologicznie, regularnie przyjmując leki przepisane przez psychiatrę. Czynnikiem wyzwalającym może być stres, stosowanie alkoholu oraz substancji psychoaktywnych (co może zmieniać stężenie leku w organizmie). W profilaktyce nawrotu popularnością zaczynają cieszyć się programy psychoedukacyjne przeznaczone dla pacjentów z CHAD oraz ich rodzin.

W pierwszym etapie terapii celem jest zaznajomienie z chorobą, przebiegiem i leczeniem. W następnej fazie uczestnicy uczą się identyfikować czynniki wywołujące oraz objawy zapowiadające wystąpienie nawrotu. Na tej podstawie pacjenci wraz z rodzinami wypracowują własne metody radzenia sobie ze stresem i zapobieganiu nawrotom. W Oddziałach Psychiatrycznych w Straszęcinie uzyskasz profesjonalną pomoc w zakresie diagnostyki i leczenia choroby afektywnej dwubiegunowej, oferowaną przez specjalistyczną kadrę medyczną.

lek. med. Andrzej Minor

Lekarz rezydent w trakcie specjalizacji z Psychiatrii, ukończył Warszawski Uniwersytet Medyczny. W trakcie kursu psychoterapii organizowanego przez Stowarzszenie na Rzecz Rozwoju Psychiatrii i Opieki Środowiskowej akredytowanego przez Polskie Towarzystwo Psychiatryczne.

Djembe na Oddziale

fot. mgr Marcin Kądzielawa

Djembe na oddziale - to inicjatywa współtworzona przez personel medyczny oddziałów psychiatrycznych w Straszęcinie. Projekt ma na celu uatrakcyjnienie pobytu pacjentom doświadczonych kryzysem psychicznym. Zajęcia twórcze wspomagają proces leczenia, pozytywnie wpływają na integrację społeczności terapeutycznej, sprzyjają aktywizacji oraz poprawiają kontakt z emocjami. Warsztaty bębniarskie współprowadzi Piotr Czarniecki - terapeuta zajęciowy, bębniarz, szczudlarz, kuglarz, tancerz ognia, animator, członek stowarzyszenia Innowacyjny Ośrodek Twórczy Ether.

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
Tefony alarmowe	112, 999