FONOHOLIZM
NAŁOGOWA UCIECZKA PRZED CISZĄ

NAMASZCZENIE CHORYCH
SAKRAMENT LUDZI ŻYJĄCYCH

CHOROBY NEREK
PROFILAKTYKA I LECZENIE

2/2017 (3)

Poradnik Pacjenta

www.zoz-debica.pl

Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy

ŻYLAKI KOŃCZYN DOLNYCH

SPIS TREŚCI

Żylaki kończyn dolnych ..... str 3

Profilaktyka żylaków.....str 4

Wszystko dla swoich nerek ..... str 5

12 Maja Dzień Pielęgniarki i Położnej ..... str 7

Fonoholizm ..... str 8

Medycyna podróży..... str 10

Namaszczenie chorych ..... str 13

Pracownia Psychologiczna ..... str 14

Spis telefonów ..... str 16

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 freepik.com

fot. mgr Ernest Garstka

ŻYLAKI KOŃCZYN DOLNYCH

Żylaki kończyn dolnych należą do najbardziej rozpowszechnionych chorób wśród dorosłych. Ocenia się, że schorzeniem tym jest dotkniętych 20%-50% dorosłej populacji. Przyczyny powstawania żylaków kończyn dolnych nie zostały do końca wyjaśnione. Przyjmuje się, że etiopatogeneza żylaków jest wieloczynnikowa, a najważniejszą rolę w ich powstawaniu i powiększaniu się odgrywa niewydolność zastawek żylnych oraz wrodzone lub nabyte osłabienie ściany żył. Żylaki powstają w wyniku zaburzeń równowagi między ciśnieniem krwi jakie panuje w żyłach a wytrzymałością ich ściany. Dochodzi do trwałego rozszerzenia żył, które przyjmują postać widocznych pod skórą balonowatych uwypukleń. Powstawaniu i powiększaniu się żylaków sprzyja długotrwałe przebywanie w pozycji stojącej lub siedzącej, przebyta zakrzepica żył, liczne ciąże, podeszły wiek, zaparcia, uporczywy kaszel, otyłość. Niewielkie żylaki w początkowym okresie choroby nie wywołują żadnych dolegliwości, raczej stanowią defekt estetyczny.

W miarę postępu choroby pojawiają się: uczucie ciężkości i zmęczenia nóg, obrzęki stóp i goleni, bóle kończyn, przebarwienia skóry i owrzodzenia. Następstwem nieleczonych żylaków jest przewlekła niewydolność żylna, w tym najgroźniejsze jej powikłanie jakim jest owrzodzenie żylne goleni. Obecność żylaków sprzyja także powstaniu zakrzepicy żył powierzchownych.

Żylaki kończyn dolnych mogą być leczone wieloma sposobami:

1. Wewnątrzżylne zamykanie żyły odpiszczelowej laserem lub prądem o radiowej częstotliwości. Metody te polegają na wprowadzeniu do światła żyły specjalnych sond, które uszkadzają żyłę od wewnątrz powodując jej zamknięcie.
2. Leczenie obliteracyjne (skleroterapia). Metoda polega na wstrzykiwaniu do żylaków leków, których zadaniem jest trwałe ich zamknięcie.
3. Operacyjne usunięcie żylaków. Operacja ma na celu usunięcie poszerzonych i niewydolnych żył. Rozległość operacji jest zależna od zaawansowania schorzenia. W ocenie rozległości zmian w żyłach pomocne jest badanie ultrasonograficzne. Operacji żylaków dokonuje się w znieczuleniu przewodowym (dolędźwiowym) lub w ogólnym.

Opracował: dr n. med. Wiesław Mendyka

Absolwent wydziału lekarskiego Akademii Medycznej w Krakowie. W 1991r. obronił pracę doktorską na Akademii Medycznej w Zabrzu. Lekarz Oddziału Chirurgii Ogólnej w ZOZ w Dębicy. Wykładowca na Uniwersytecie Rzeszowskim.

PROFILAKTYKA ŻYLAKÓW

Do głównych czynników sprzyjających powstaniu żylaków kończyn dolnych należą:

- wiek – liczba chorych zwiększa się z wiekiem
- niektóre czynniki wrodzone – występowanie żylaków ma często charakter rodzinny, chociaż nie udowodniono, że jest to choroba dziedziczna,
- płeć – częściej chorują kobiety,
- wzrost – osoby wysokie częściej zapadają na żylaki,
- rodzaj wykonywanej pracy – długotrwałe przebywanie w pozycji stojącej,
- siedzący tryb życia i brak aktywności fizycznej.

Niestety nie ma obecnie rozwiązania, które by nas w pełni zabezpieczyło przed żylakami. Istnieją natomiast pewne metody, których zastosowanie może zmniejszyć zagrożenie zachorowania na nie. Jedną z popularnych metod profilaktyki i leczenia żylaków są pończochy uciskowe. Uciskając nogi, wspierają one ścianki żył i zapobiegają ich rozszerzaniu. Dostępnych jest wiele rodzajów skarpet, pończoch i rajstop uciskowych, różniących się grubością, rozmiarem i kolorem. Chcąc stosować pończochy uciskowe, ważne jest, aby je wcześniej odpowiednio dobrać. Istotny jest zarówno rozmiar pończoch, jak i stopień zaawansowania problemu. W wyniku przewlekłej niewydolności żylnej na kończynach dolnych mogą pojawić się owrzodzenia. Jest to nic innego, jak zmiany wywołane zaburzeniami przepływu krwi. Najczęściej pojawiają się na podudziach.

Profilaktyka owrzodzeń związana jest z zapobieganiem żylakom, a jej najważniejszym elementem jest usuwanie czynników będących przyczyną niewydolności żył. Leczenie owrzodzeń jest długotrwałe i bolesne, a wiąże się najczęściej z noszeniem opatrunków w miejscach zmian. Inne dostępne metody leczenia to skleroterapia oraz przeszczep w przypadku, gdy doszło do znacznego ubytku skóry. Wiele z nich to naturalne, domowe sposoby na żylaki, często związane ze zmianą trybu życia. Niezwykle ważne jest zapobieganie skutkom grawitacji, co wiąże się z łagodzeniem nacisku krwi na ścianki żył. W tym celu warto jest od czasu do czasu dać nogom wytchnienie i ułożyć je na poduszce tak, aby krew swobodnie z nich spływała.

fot. ze zbiorów własnych

W profilaktyce żylaków istotny jest również ogólny stan zdrowia. Najbardziej niekorzystnie na nasze żyły wpływa nadwaga i złe krążenie. Z tego względu duże znaczenie ma odpowiednia dieta i aktywność fizyczna. Ćwiczenia i uprawianie sportu bardzo poprawiają krążenie i zapobiegają zaleganiu krwi w kończynach dolnych.

Czynnikami, które sprzyjają powstawaniu żylaków jest długotrwałe stanie lub siedzenie. Najlepiej całkowicie tego unikać, a jeśli nie jest to możliwe (siedząca lub stojąca pozycja w pracy), zawsze dobrym rozwiązaniem jest ruch. W pracy warto sobie od czasu do czasu zrobić przerwę i przespacerować się po biurze, a podczas siedzenia napinać mięśnie łydek, poruszać palcami u nóg i starać się, aby nogi nie były podkurczone lub skrzyżowane.

Jednym z powikłań żylaków jest zakrzepica żył powierzchownych. Wiąże się ona z powstawaniem zakrzepów w żyłach znajdujących się tuż pod skórą. Najczęściej dotyczy żył goleni, a z czasem rozprzestrzenia się na żyłę podkolanową, udową i biodrową. Zakrzepicę żył powierzchownych leczy się farmakologicznie, miejscowo lub operacyjnie. Nieleczona zakrzepica stanowi duże zagrożenie dla zdrowia i życia, gdyż może przerodzić się w zakrzepicę żył głębokich, a w konsekwencji doprowadzić do zatorowości płucnej.

Dzięki profilaktyce żylaków można uniknąć poważnych konsekwencji niewydolności żylnej. Niekiedy wystarczy niewielka zmiana stylu życia i przyzwyczajeń, aby zmniejszyć ryzyko zachorowania na schorzenie, które może już nam towarzyszyć do końca życia.

Opracowanie: mgr Agnieszka Knych

Absolwentka dębickiego I LO im. Króla W. Jagiełły w Dębicy. Absolwentka Wydziału Pielęgniarstwa Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, 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.

fot. mgr Ernest Garstka

ZRÓB WSZYSTKO CO MOŻESZ DLA TWOICH NEREK, A ONE TEŻ ZROBIĄ DLA CIEBIE WSZYSTKO.

JEŻELI JESTEŚ ZDROWY CZYLI MASZ RÓWNIEŻ ZDROWE NERKI prowadź zdrowy tryb życia, nie pal tytoniu, nie nadużywaj alkoholu – szczególnie nie spożywaj alkoholu nieznanego pochodzenia (metanol! glikol!). Kawa i mocna herbata z umiarem. Dbaj o wagę ciała. Nie spożywaj nadmiaru produktów mięsnych. Nie nadużywaj soli. Nie ordynuj sobie sam leków, zwłaszcza przeciwbólowych. Młody atleto, nie ulepszaj swojego bezcennego ciała eksperymentalnymi odżywkami i hormonami, słuchaj swojego lekarza medycyny sportowej. Pamiętaj przy wszelkich zabiegach z naruszeniem ciągłości skóry o wirusach i bakteriach – nie tylko u chirurga, ale też u kosmetyczki i fryzjera. Pamiętaj o badaniach profilaktycznych krwi, moczu, ewentualnie usg. Nie dawaj lekarzowi medycyny pracy wyniku badania moczu zdrowego kolegi! Korzystaj z badań profilaktycznych dla swojej grupy wiekowej.

JEŻELI MASZ PRZEWLEKŁĄ CHOROBĘ I ZDROWE NERKI to lecz ją najstaranniej jak można – by twoja choroba nie pogorszyła stanu nerek! DIABETYKU stosuj jak najstaranniej dietę cukrzycową i leki. Kontroluj rozsądnie poziom glukozy i wykonuj inne badania zalecone przez lekarza. Stosuj ćwiczenia fizyczne adekwatne dla twojej kondycji. Lecz starannie infekcje, rany i owrzodzenia. Nie ociągaj się z ekstrakcją nieodwracalnie zniszczonych zębów i lecz starannie ubytki uzębienia. Kontroluj u okulisty dno oka – najczęściej zmiany cukrzycowe w siatkówce są jednoczasowe ze zmianami w kłębuszkach nerkowych. Wprawdzie cukrzyca bardzo często wywołuje uszkodzenie nerek, ale lecząc ją starannie masz szansę znaleźć się wśród pacjentów z zachowaną funkcją nerek. Z drugiej strony całkowite lekceważenie terapii wynikające najczęściej z lekkomyślności jest krótką ścieżką do nieodwracalnych zmian w nerkach.

PACJENCIE Z NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM! Utrzymanie odpowiedniego ciśnienia tętniczego jest nieodzowne dla zapobiegania zmianom w nerkach. Niekontrolowane wysokie ciśnienie tętnicze odbija się na układzie sercowo - naczyniowym i nerwowym, ale wywołuje też zmiany

w nerkach. Powstałe uszkodzenia nerkowe powodują zmiany struktury i wydzielania substancji podobnych do hormonów naczyń oraz kłębuszków nerkowych i pogorszają funkcje nerek. Już uszkodzone nerki same z siebie wzmagają nadciśnienie i powodują, że jego leczenie jest coraz trudniejsze. W dobie współczesnej istnieją liczne leki na nadciśnienie dobrze tolerowane i przyjazne dla pacjenta.

PACJENCIE OTYŁY walczący nieustannie z wagą i ty nie przejmujący się przybywającymi kilogramami! Otyłość nie jest tyko sprawą estetyki. Wiadomo, że jest niezależnym czynnikiem uszkadzającym kłębuszki nerkowe wywołując białkomocz. Kojarzy się często z podwyższonym poziomem cholesterolu w surowicy i przyśpiesza rozwój miażdżycy w tętnicach nerkowych.

I wreszcie ty PACJENCIE Z CUKRZYCĄ, NADCIŚNIENIEM I OTYŁOŚCIĄ walczący nieustannie z listą leków na rano, w południe i wieczorem, wstrzykujący sobie insulinę i pozostający na cudownych dietach. Walcz uparcie, trzymaj się kurczowo zaleceń swojego lekarza. Bardzo ważna jest utrata wagi ciała. Często po normalizacji wagi poprawia się ciśnienie tętnicze, można ograniczyć ilość leków na nadciśnienie i poprawia się profil glikemii dobowej. Bardzo często praca nerek pogarsza się u mężczyzn wskutek CHORÓB PROSTATY i u kobiet z powodu CHORÓB NARZĄDU RODNEGO. W skrajnych przypadkach może dojść do tzw. wodonercza (odpływ moczu z nerek ulega „zablokowaniu"). Schorzenia te ułatwiają również rozwój zakażeń w układzie moczowym. Systematyczne badania profilaktyczne u ginekologa lub urologa pozwalają się uchronić przed taką sytuacją. Odpowiednie leczenie farmakologiczne lub operacyjne są w stanie częściowo lub całkowicie poprawić odpływ moczu i poprawić stan nerek, a nawet je całkowicie wyleczyć. Co jednak zrobić w sytuacji gdy nerki są chore? Jeżeli omówione dotychczas schorzenia doprowadzą do uszkodzenia nerek możemy mówić o wtórnej chorobie nerek. Oczywiście bardzo uważnie leczymy wtedy cukrzycę i nadciśnienie, by jak najwolniej postępowało pogorszenie funkcji nerek. Niekiedy trzeba zmienić terapię np. w cukrzycy leki doustne zastąpić insuliną. Istnieją jednak takie schorzenia nerek, które nie wynikają bezpośrednio z innych chorób. Choroby te nieraz przebiegają w sposób bardzo skryty, nieuważalny dla pacjenta i jego otoczenia gdyż pacjent adaptuje się do coraz gorszego stanu nerek i nie zauważa objawów choroby. Schorzenia te doprowadzają do gromadzenia się w organizmie toksycznych produktów przemiany materii i w skrajnych przypadkach wywołują mocznicę doprowadzając do coraz cięższego stanu. Zdarza się też, że z dnia na dzień pacjent dowiaduje się, że ma wyniki badań wskazujące na złą funkcję nerek. W wyniku ciężkiego urazu, zatrucia czy infekcji może się to zdarzyć nagle i manifestuje się przede wszystkim drastycznym zmniejszeniem objętości oddawanego moczu. Ale istnieją też stany chorobowe, gdzie nieoczekiwanie po dość banalnych objawach, np. po omdleniu pacjent dowiaduje się o złej pracy nerek manifestującej się zwykle wysokim poziomem w surowicy kreatyniny, mocznika, potasu i fosforu; paradoksalnie objętość moczu może być prawidłowa. Jest więc to zaskoczenie zarówno dla pacjenta, jak i dla lekarza leczącego.

PRZYPADKI Z ŻYCIA WZIĘTE

Z mojej praktyki przypominam sobie młodego robotnika wziętego prosto z budowy na dializę. Najdziwniejszy zaś przypadek tego rodzaju dotyczył lekarza biorącego udział w naszych corocznych krajowych zawodach pływackich zorganizowanych w Dębicy, który to po odebraniu trofeów zwycięscy nagle zasłabł i prawie natychmiast trafił na leczenie w naszej stacji dializ. Obaj mieli przewlekłą chorobę nerek z zaawansowaną anemią i byli tak zaadaptowani do jej objawów, że podejmowali ekstremalne wysiłki fizyczne.

DIAGNOSTYKA I LECZENIE CHORÓB NEREK.

Ogromną rolę odgrywają tu badania profilaktyczne, przede wszystkim starannie wykonane badania moczu, również badania biochemiczne w surowicy krwi. Osobiście reprezentuję pogląd, że tzw. przesiewowe badanie usg jamy brzusznej powinno być wykonywane okresowo u każdego pacjenta czyli nawet u osób zdrowych. W każdym przypadku stwierdzonej wadliwej funkcji nerek pacjent jest poddawany dokładnej diagnostyce mającej na celu ustalenie czy jest to uszkodzenie nieodwracalne i czy można odpowiednimi zabiegami lub leczeniem farmakologicznym poprawić funkcję nerek a nawet wyle-

czyć je całkowicie. Diagnostyka ta najczęściej prowadzona jest przez Poradnię Nefrologiczną do której trafiają pacjenci kierowani przez lekarzy rodzinnych lub innych specjalistów bądź z oddziałów szpitalnych. Niekiedy pacjenci kierowani są do specjalistycznych oddziałów i klinik w celu postawienia właściwej diagnozy. Generalnie, im mniejszy stopień uszkodzenia nerek tym skuteczniej można je leczyć lub tak spowolnić rozwój choroby, by pacjent jak najdłużej nie musiał być poddawany dializom. Nawet w przypadku znacznego zaawansowania choroby nerek istnieją zabiegi poprawiające stan pacjenta i pozwalające mu funkcjonować a nawet pracować. Takie zabiegi wykonuje też dębicka Stacja Dializ.

Dzięki postępowi technicznemu i powszechnemu dostępowi do nowoczesnych metod leczenia udaje się większości naszych pacjentów z ostrą i przewlekłą chorobą nerek znacznie pomóc - złagodzić dolegliwości, przedłużyć życie, zaś niektórych nawet całkowicie wyleczyć. Całkiem pokaźna jest też lista naszych pacjentów, którzy trafili na zabieg transplantacji nerki.

Opracowanie: lek. med. Daniel Dwornik

Absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Krakowie. Specjalista w zakresie nefrologii i chorób wewnętrznych. Kierownik Stacji Dializ ZOZ w Dębicy. Od 16 lat, pracuje również w Poradni Nefrologicznej w Dębicy i w Tarnowie.

12 MAJA
MIĘDZYNARODOWY DZIEŃ PIELĘGNIARKI I POŁOŻNEJ

„Niewiele zawodów ma tak oczywisty cel pracy, jak zawód pielęgniarki, położnej. To zawody szczególne, które mają głęboki sens filozoficzny, społeczny i moralny”. „...bo kiedy ludzie cierpią, kiedy cierpi człowiek, potrzebny jest drugi człowiek przy cierpiącym...”

Jan Paweł II

Międzynarodowy Dzień Pielęgniarki i Dzień Położnej przypomina nam wszystkim o ważnej roli, jaką pełnimy wobec człowieka, społeczeństwa. W warunkach niezwykle szybkiego postępu, wiedzy i techniki medycznej, pielęgniarstwo XXI wieku tworzy swój nowy wizerunek. Zmianie ulega zakres działań pielęgniarki i otwierają się nowe dziedziny wiedzy pielęgniarskiej. W dobie wielkiego postępu i przemian społeczno-politycznych zachwianiu ulega świat wartości. Odzwierciedleniem tego jest coraz większy dystans dzielący ludzi od siebie i chłód emanujący w kontaktach interpersonalnych.

Pielęgniarstwo jest nauką, której źródłem i esencją jest troska o człowieka. Wymaga ona specyficznego kontaktu z drugą osobą. Pielęgniarka traktuje pacjenta jako człowieka, nie jako przedmiot i komunikuje mu, że troskliwość stanowi istotę postępowania opiekuńczego. Ta bliskość w troskliwości zobowiązuje pielęgniarkę do chronienia ludzkiej godności i człowieczeństwa. Umiejętność ta przybliża człowiekowi człowieka nie tylko w aspekcie psychologicznym, ale również etycznym.

Pielęgniarstwo ze swej natury jest nieskończone i będzie trwało, dopóki będzie istniało życie na ziemi. Wnosi ono również wyjątkowy wkład do polepszenia zdrowia społeczeństwa. Prekursorka i twórczyni zawodowego pielęgniarstwa Florencja Nightingale powiedziała, że pielęgnowanie jest najpiękniejszą ze sztuk pięknych i wymaga wielkiego oddania. Pielęgniarka, która funkcjonuje jako osoba odpowiedzialna moralnie, musi: „mieć oczy, które widzą, uszy, które słyszą i serce, które rozumie”

Opracowanie: mgr Agnieszka Knych

FONOHOLIZM

Nowoczesne uzależnienia technologiczne

Fonoholizm – nadmierne używanie telefonu komórkowego staje się powszechnym zagrożeniem, szczególnie dla młodzieży, u której telefon jest nieodłącznym atrybutem w szkole, w domu i w czasie wolnym. Pierwszym krajem, w którym zaobserwowano to nowe uzależnienie, były Chiny i tam też pojawiła się jego angielska nazwa: mobile phone dependence syndrome.

fot. Wiktoria Lic

Zbyt duże przywiązanie do telefonu komórkowego może prowadzić do stopniowego uzależnienia. Wraz z rozwojem uzależnienia nasilają się negatywne jego skutki. Nadmierne korzystanie z aparatu prowadzi do zaniku rzeczywistych, głębszych więzi międzyludzkich w rodzinie i kontaktach z rówieśnikami. Skutki fonoholizmu to odcinanie się od świata zewnętrznego i samotność, którą wypełnia się korzystaniem z telefonu. Zanikają zainteresowania i pasje. Pojawiają się zaburzenia funkcji biologicznych organizmu takich jak odżywianie i sen, co może przełożyć się na trudności w nauce lub pracy. Negatywne skutki fonoholizmu odczuwalne są w życiu codziennym, objawiają się niskim poczuciem własnej wartości, nieumiejętnością w nawiązywaniu bliższych relacji.

Telefon przyklejony do ucha bądź ręki, czyli kim jest fonoholik?

- Przywiązuje wielką wagę do posiadania telefonu komórkowego;
- Musi mieć go cały czas przy sobie, często nosi również ze sobą dodatkową, naładowaną baterię;
- Kiedy nie ma ze sobą naładowanego aparatu, odczuwa głęboki dyskomfort, analogiczny do tego, jaki następuje po nagłym odstawieniu narkotyku. Objawia się on złym nastrojem, niepokojem, irytacją, bezsennością a nawet atakami paniki;
- Jest dla niego pośrednikiem i najważniejszym narzędziem w codziennych kontaktach z innymi;
- Używanie telefonu nie wypływa już z konieczności (takich jak praca), a jest podyktowane czynnikami natury emocjonalnej i społecznej;
- Odczuwa przymus ciągłego kontaktowania się z kimś bez konkretnego celu;
- Ustawicznie, nerwowo nasłuchuje sygnału dzwonka bądź dźwięku sygnalizującego otrzymanie SMS-a;
- Telefon służy mu do sprawowania nieustannej kontroli nad najbliższymi;
- By usprawiedliwić swoje zachowanie, powołuje się na wygodę i bezpieczeństwo;
- Często cierpi na fobię społeczną bądź lęk przed samotnością;
- Woli kontakt telefoniczny niż rozmowę twarzą w twarz.

Wyodrębnia się kilka rodzajów uzależnienia od telefonu komórkowego. Najwięcej uwagi poświęca się zjawisku uzależnienia od wysyłania SMS-ów, ujawniającemu się przymusem nieustannego wysyłania i otrzymywania wiadomości. Liczba wysyłanych i otrzymywanych SMS-ów dochodzi nawet do kilkuset w ciągu doby. Na podobnych zasadach funkcjonuje uzależnienie od ciągłych, długich i częstych rozmów. Wśród innych rodzajów uzależnienia się od telefonu komórkowego wymienia się: częste kupowanie nowych modeli aparatów (średnio 2-3 w roku) oraz częste korzystanie z gier, co jest jednoznaczne z traktowaniem telefonu komórkowego jako konsoli. Coraz powszechniejsze jest również uzależnienie od korzystania z Internetu za pośrednictwem aparatu komórkowego. Ponadto wyodrębnia się tzw. komórkowy ekshibicjonizm, który cechuje osoby przywiązujące dużą wagę do koloru, ceny i stylistyki aparatu. Gdy te osoby telefonują, to w taki sposób, by inni mogli to zauważyć, często głośną mówią, albo pozwalają by ich telefon długo i głośno dzwonił, zanim odbiorą połączenie. Z kolei syndrom włączonego telefonu SWT to rodzaj uzależnienia

charakteryzujący się lękiem przed wyłączeniem aparatu, nawet na noc.

Uzależnienie od telefonu komórkowego, szczególnie u osób młodych, skutkuje postępującym wycofywaniem się ze świata zewnętrznego. Osoba uzależniona coraz bardziej unika bezpośrednich kontaktów międzyludzkich i coraz więcej czasu spędza samotnie. By nie odczuwać dotkliwego poczucia osamotnienia, zaczyna jeszcze intensywniej korzystać z telefonu - wysyłając SMS-y czy grając w gry. Tym samym ucieka od podejmowania prób nawiązywania znajomości, gdyż wysyłanie i odbieranie SMS-ów daje jej poczucie posiadania rozległej sieci kontaktów. Są to jednak często znajomości pozorne, w których nie wytwarza się głębsza więź. W sytuacji, gdy człowiek poszukuje pomocy czy zwyczajnego kontaktu, nieraz okazuje się, że nie może na te osoby liczyć, co powoduje zburzenie misternie zbudowanych złudzeń i popadnięcie w kryzys. Ponadto ograniczanie się do kontaktu telefonicznego odcina osobę uzależnioną od posługiwania się i odczytywania u drugiej osoby ekspresji emocjonalnej. W takich kontaktach traci się także wiele z autentyczności i spontaniczności bycia z drugim człowiekiem. Natomiast buduje się kontakt o jasno ograniczonych ramach i w większym stopniu przewidywalny. Kluczem do uporania się z fonoholizmem, podobnie jak przy innych uzależnieniach, jest dotarcie do problemów, które stanowią rzeczywistą przyczynę uzależnienia. Sugeruje się również, by osoba, którą „zawładnął telefon komórkowy", stopniowo ograniczała czas korzystania z niego. Leczenie fonoholizmu polega głównie na stworzeniu sfer wolnych od telefonu w przestrzeni prywatnej i publicznej, w której przebywa uzależniony oraz wpisaniu w proces terapii okresu czasu, w którym telefon będzie wyłączony. Istotą terapii jest w tym przypadku kształtowanie konstruktywnych postaw i zachowań, sprzyjających niepatologicznemu używaniu nowych mediów.

fot. freepik.com

Opracowanie: mgr Dagmara Styś

Absolwentka liceum ogólnokształcącego ZS nr 2 w Dębicy im. E Kwiatkowskiego. Magister psychologii Uniwersytetu SWPS w Warszawie. Certyfikowany specjalista psychoterapii uzależnień. Ukończyła 4-letnie studia podyplomowe z zakresu psychoterapii prowadzone przez Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie oraz studia podyplomowe „Podstawy oddziaływań terapeutycznych w wieku rozwojowym" również MCKP UJ. Uczestnik licznych szkoleń z zakresu przemocy i uzależnień. Członek Miejskiego Zespołu Interdyscyplinarnego ds. Przeciwdziałania Przemocy w Rodzinie w Dębicy. Biegły Sądowy w przedmiocie uzależnienia od alkoholu przy Sądzie Okręgowym w Rzeszowie. Psycholog Oddziału Odwykowego oraz Poradni Odwykowej ZOZ Dębica.

CERTYFIKOWANY OŚRODEK MEDYCYNY PODRÓŻY W DĘBICY

Dostępność połączeń różnymi środkami transportu wyraźnie wzrosła. Wyjazdy w odmienne strefy klimatyczne w celach wypoczynkowych, turystycznych czy służbowych są coraz częstsze.

Idea certyfikowanych ośrodków medycyny podróży ma na celu:

- podwyższenie świadomości wyjeżdżających o istniejącym ryzyku chorób nie występujących w Polsce, uważanych jako zawlekane
- udzielanie świadczeń w postaci szczepień i porad, jak ustalanie schematów profilaktycznego postępowania przeciw chorobom biegunkowym, malarii, chorobie wysokościowej oraz innych działań profilaktrycznych
- kontroli po powrocie ze stref ryzyka

PRZED WYJAZDEM

Przygotowania do wyjazdu powinny uwzględnić poradę lekarza zajmującego się medycyną podróży obejmującą zagadnienia chorób nie występujących w Polsce. Informacje z forów internetowych lub od znajomych często nie mają związku z obowiązującymi zaleceniami profilaktyki czy leczenia.

Według art. 13 ustawy z dn. 29.08.1997 o usługach turystycznych biuro będące organizatorem podróży jest zobligowane prawnie do informowania na temat zagrożeń zdrowotnych występujących w rejonie pobytu. Podobnie pracodawcy wysyłający pracowników za granicę w rejony odmiennego klimatu, zobligowani są do zapewnienia odpowiedniej profilaktyki pracującym.

Najbardziej odpowiednim terminem wizyty przed wyjazdem jest okres 6-8 tygodni. Jest to optymalny czas przyjęcia szczepień i uzyskania odpowiedniego miana przeciwciał orzaz skompletowania, w zależności od charakteru wyjazdu, innych zalecanych środków profilaktycznych.

Dobrze przygotowane informacje o przebytych szczepieniach (karta lub książeczka szczepień), rejonie podróży z dokładną trasą i długością pobytu, rodzajem planowanego wypoczynku, czy turystyki aktywnej, występujących w przeszłości alergiach, uczuleniach, stosowanych lekach, chorobach przewlekłych, zaburzeniach odporności czy ciąży pozwala lekarzowi ustalić indywidualny plan postępowania.

fot. freepik.com

OBOWIĄZKOWE SZCZEPIENIA

Obowiązują przed wyjazdem w rejony endemiczengo występowania żółtej gorączki w Afryce i Ameryce Południowej oraz choroby meningokokowej dla udających się do Arabii Saudyjskiej. Informacje te zostają potwierdzone międzynarodowym świadectwem szczepień (International Certificate of Vaccination) w tzw. "żółtej książeczce"

PROFILAKTYKA ZALECANA

Pozostałe działania profilaktyczne, jak szczepienia, profilaktyka przeciwbiegunkowa i przeciwmalaryczna są jedynie zalecane. Podnoszą one komfort i bezpieczeństwo podróżowania, zmniejszają ryzyko zachorowania i związane z tym następstwa. Obowiązkowe szczepienia wykonane do 18-19 roku życia realizowane wg programu szczepień ochronnych wymagają zwykle, po określonym czasie, dawek przypominających.

Podstawowymi szczepieniami, które powinny być aktualne bez względu na wiek, stan zdrowia i miejsce zamieszkania są szczepienia przeciwko tężcowi, błonnicy i wirusowemu zapaleniu wątroby typu B.

Zachorowania na grypę mogą zdażyć się w ciągu całego roku, zwłaszcza w rejonach sezonowych endemii czy pandemii. Szczepienie przeciw krztuścowi chroni przed zachorowaniem lub łagodzi przebieg tej choroby, do której może dojść także drogą kropelkową np. podczas kaszlu. Wirusowe zapalenie watroby typu A, czyli tzw. żółtaczka pokarmowa jest oprócz grypy najczęściej występującą wsród podróżujących chorobą zakaźną, której można skutecznie zapobiegać przez szczepienie.

W niektórych krajach wysoko rozwiniętych nie ma obowiązkowego szczepienia przeciw gruźlicy (może dotyczyć to dzieci urodzonych poza granicami Polski), jednak szczepienie dla podróżującego w rejony o wysokiej zapadalności na tą chorobę zmniejsza jej ryzyko. Zalecane jest by każdy otrzymał przynajmniej jedną dawkę przypominającą szczepionki polio, która jest szczególnie ważna przed wyjazdem na istniejące endemiczne tereny jej występowania. Przed wyjazdem do choćby takich karajów jak USA należy poddać się szczepieniu przeciw odrze, śwince i różyczce. W krajach o niskich standardach sanitarnych może dojść do zakażenia durem brzusznym przez skażone produkty spożywcze, wodę, mleko, a także bezpośredni kontakt z osobami chorymi i nosicielami. Szczepienie to jest ważne przed wyjazdem na obszary endemiczne, a zwłaszcza silnie endemiczne z najwyższym ryzykiem zakażenia. Podobnie jest z cholerą, będącą szczególnie niebezpieczną chorobą dla osób niezamieszkujących rejony jej występowania, gdyż może w ciągu zaledwie kilkunastu godzin doprowadzić do śmierci. Doustna szczepionka przeciw cholerze dodatkowo zmniejsza ryzyko infekcji enterotoksycznymi szczepami Escherichia coli (ETEC), będące najczęstszym patogenem biegunek podróżnych.

W czasie podróży ważna jest profilaktyka

ryc.1 Larwa skórna wędrująca. (archiwum autora)

chorób wektorowych. Wektorami, czyli przenosicielami mogą być komary, kleszcze, muchówki, pluskwiaki czy muchy np. mucha tse-tse. Podstawowym działaniem jest w miarę możliwości unikanie miejsc ich występowania i stosowanie odpowiednich repelentów - środków odstraszających. Przeciw niektórym chorobom wektorowym mamy możliwość zabezpieczenia się szczepieniem jak np. odkleszczowe, czy japońskie zapalenie mózgu. Inne, jak malaria mogą wymagać w zależności od wskazanych przez WHO stref A, B lub C odpowiedniej chemioprofilaktyki.

Są też choroby przeciw którym nie ma szczepień np. denga, chikungunya, filarjozy, schistosomiazy, wirus ZIKA, czy wirusowe gorączki krwotoczne, MERS i inne, gdzie podstawowym sposobem zapobiegania jest unikanie dróg ich przenoszenia.

fot. ze zbiorów własnych

INNE DZIAŁANIA PROFILAKTYCZNE

Działanie zmian temperatury otoczenia, otaczającego ciśnienia powietrza (nurkowanie, loty), czy zmian wysokości połączonych z hipoksją, powodujących schorzenia zwane chorobą wysokościową mają wpływ na organizm człowieka, czasem zmuszając go do przerwania wymarzonego celu podróży.

Wiedza o występowaniu niebezpiecznej fauny morskiej i lądowej, ryzyku chorób pasożytniczych jak choćby ameboza, której liczbę zachorowań ocenia się na 50 milionów rocznie, powinna polegać przede wszystkim na higienie wody, żywności i żywienia oraz unikaniu bezpośredniego kontaktu z nieznanymi zwierzętami. Proste działania jak zapinanie pasów bezpieczeństwa, unikanie zatłoczonych środków transportu lub jazda w nocy, zwłaszcza na kontynencie afrykańskim czy azjatyckim, może ustrzec nas przed następstwami wypadków komunikacyjnych lub napadów rozbójniczych.

Przygodne kontakty seksualne narażają na choroby przenoszone drogą płciową, a chodzenie boso w miejscach, gdzie istnieje ryzyko zanieczyszczenia przez odchody lokalnych zwierząt ryzykiem infekcji skórną larwą wędrującą (ryc.1). Proste informacje, choćby jak skompletować apteczkę podróżną, mogą zaoszczędzić czas i pieniądze w podróży. Warto więc skorzystać z fachowej porady, gdyż przy tak dużej ilości narażeń wiele zależy od indywidualnego podejścia do konkretnego wyjazdu.

PO POWROCIE

Niepokojącymi objawami po pobycie w odmiennych strefach klimatycznych są stany gorączkowe niewiadomego pochodzenia, przewlekła biegunka, zmiany skórne, nietypowe stany zapalne nie poddające się leczeniu. Takie objawy są wskazaniem do konsultacji lekarskiej z uwzględnieniem różnicowania chorób tropikalnych. Każdy lekarz do którego zgłosi się taki pacjent, czy to będzie lekarz podstawowej opieki zdrowotnej czy lekarz dyżurny w szpitalu, powinien wziąć pod uwagę możliwość rozwinięcia się choroby związanej z odbytą podróżą i udzielić porady lub skierować do specjalisty zajmującego się tym tematem. Pilne przypadki zawsze wymagają szybkich działań diagnostycznych lub leczniczych w odpowiednich jednostkach referencyjnych dysponujących przede wszystkim doświadczeniem i sprzętem medycznym.

Opracowanie: lek. med. Tomasz Krzyżanowski

Ukończył II liceum ogólnokształcące w Częstochowie. Absolwent Wojskowej Akademii Medycznej w Łodzi. Specjalizację z medycyny rodzinnej odbył pod kierownictwem prof. Andrzeja Steciwki z Wrocławskiego Uniwersytetu Medycznego. W zakresie medycyny transportu specjalizował się w Wojskowym Instytucie Medycyny Lotniczej w Warszawie. Zainteresowania - ultrasonografia dzieci i dorosłych.

NAMASZCZENIE CHORYCH - SAKRAMENT LUDZI ŻYJĄCYCH

Troskę o chorych przekazał Pan Jezus swoim uczniom: "Uzdrawiajcie chorych" (Mt 10,8).

Choroba i związane z nią cierpienie są nieodłączne od obecnej ziemskiej egzystencji człowieka i nie dadzą się z niej zupełnie wyeliminować, mimo wielkich postępów nauki i rozwoju ludzkości (por. Konstytucja duszpasterska o Kościele w świecie współczesnym "Gaudium et spes").

O praktykowaniu namaszczenia chorych w Kościele apostolskim świadczy List św. Jakuba: "Choruje ktoś wśród was? Niech sprowadzi kapłanów Kościoła, by się modlili nad nim namaścili go olejem w imię Pana. A modlitwa pełna wiary, będzie dla chorego ratunkiem i Pan go podźwignie, a jeśliby popełnił grzechy, będą mu odpuszczone" (5,14-15).

fot. mgr Ernest Garstka

Sakrament namaszczenia chorych udzielany jest przede wszystkim osobom znajdującym się w ciężkiej chorobie lub niebezpieczeństwie śmierci. Dawniej udzielano go tylko raz traktując jako tzw. "ostatnie namaszczenie". Dziś można ten sakrament przyjmować kilka razy w życiu. Warto o tym sakramencie pomyśleć, kiedy choroba trwa już jakiś czas, a nie odkładać na ostatnią chwilę. Nie powinniśmy bać się tego sakramentu i traktować go jako przygotowanie na śmierć. Jest on wielką modlitwą do Boga o uzdrowienie.

Liturgia sakramentu namaszczenia chorych składa się z czterech istotnych elementów: włożenia rąk na chorego przez kapłana, modlitwy wiernych, modlitwy dziękczynnej nad poświęconym olejem lub modlitwy poświęcenia oleju oraz namaszczenia chorego. Istotny obrzęd sakramentu to namaszczenie olejem czoła i rąk chorego. Podwójne namaszczenie czoła i rąk ma znaczenie symboliczne i wyraża, że sakrament odnosi się do całego człowieka jako osoby myślącej i działającej. Namaszczenie olejem oznacza także dar łaski sakramentu i jest symbolem namaszczenia przez Ducha Świętego.

Skutki łaski sakramentu namaszczenia chorych są następujące: zjednoczenie chorego z męką Chrystusa dla jego własnego dobra oraz dla dobra całego Kościoła; umocnienie, pokój i odwaga, by przyjmować po chrześcijańsku cierpienia choroby lub starości; przebaczenie grzechów, jeśli chory nie mógł go otrzymać przez sakrament pokuty, powrót do zdrowia.

Bywa czasem, że u zmarłego stwierdzono zgon, lekarz wypisał akt zgonu, a rodzina dopiero po tym fakcie bardzo nalega, aby kapłan namaścił zmarłego świętymi olejami. W takim wypadku kapłan nie powinien udzielać sakramentu, ponieważ sakramenty są dla osób żyjących, a nie dla zmarłych. Jeśli więc śmierć już jest pewna i orzeczona przez lekarza, kapłan nie powinien udzielić namaszczenia chorych, bo byłoby to już przecież namaszczenie zmarłego. Nie traktujmy sakramentu namaszczenia chorych jako ostatniego namaszczenia i niech on nie kojarzy się ze śmiercią. Zróbmy wiele, aby nasi chorzy bracia i siostry mogli skorzystać z tego wielkiego daru uzdrowienia.

Opracowanie: ks. Marcin Minorczyk

Magister teologii na Papieskiej Akadami Teologicznej w Krakowie, Wydział Teologiczny, Sekcja w Tarnowie. święcenie kapłańskie otrzymał 31 V 2008 r. w Tarnowie z rąk J. E. Ks. Bp. Wiktora Skworca. Pracował w Parafiach: Lipnica Wielka, Sanktuarium bł. Karoliny Kózkówny w Zabawie, Niskowa i Sanktuarium Matki Bożej Pocieszenia w Pasierbcu. Od 1 września 2015 roku pełni funkcję Kapelana w ZOZ w Dębicy.

PSYCHOLOGIA W MEDYCYNIE PRACY

fot. mgr Ernest Garstka

Pracownia Psychologiczna Dębickiego ZOZ-u powstała w 2000r. przy Poradni Medycyny Pracy. Badania psychologiczne są badaniami specjalistycznymi, które wspólnie z orzeczeniem lekarskim dają obraz ogólnej sprawności zawodowej. Na zachowanie kierowców, operatorów ma wpływ bardzo wiele czynników. Żadne badanie – z wyjątkiem wykrycia poważnych zaburzeń – ani egzamin nie jest w stanie jednoznacznie określić zdolności badanego do kierowania pojazdem czy obsługi maszyn i urządzeń.

Badania psychologiczne mają przede wszystkim na celu ustalenie, czy u danej osoby występują przeciwwskazania psychologiczne do kierowania pojazdem oraz określenie predyspozycji psychicznej i psychomotorycznych niezbędnych dla bezpiecznego wykonania prac przy urządzeniach wymagających szczególnej sprawności psychofizycznej.

Obligatoryjnie badaniom psychologicznym podlegają:

- kierowcy wykonujący transport drogowy (badania wstępne, okresowe),
- instruktorzy, egzaminatorzy oraz kandydaci do tych zawodów,
- kierowcy pojazdów uprzywilejowanych,
- osoby skierowane przez organ kontroli ruchu drogowego, jeżeli:

a/ kierowali pojazdem w stanie nietrzeźwości lub po spożyciu środka działającego podobnie jak alkohol,

b/ przekroczyli 24 pkt,

c/ byli sprawcami wypadków drogowych,

- osoby skierowane przez lekarza, jeżeli w wyniku badania lekarskiego stwierdzona została konieczność przeprowadzenia badania psychologicznego,
- kierowcy pojazdów służbowych (przedstawiciele handlowi),

fot. freepik.com

- operatorzy wózków jezdniowych, suwnic, dźwigów, koparek i innych maszyn ciężkich,
- osoby, które samodzielnie wykonują prace na własny rachunek (np. działalność gospodarcza).

fot. pixbay.com

Badaniom psychologicznym podlegają następujące funkcje:

- sprawność intelektualna (myślenie logiczne, przebieg procesów uwagi),
- sprawność psychomotoryczna,
- sfera osobowościowa i emocjonalna.

Badanie psychologiczne przebiega następująco:

1. Krótki wywiad i ankieta w celu uzyskania podstawowych danych osobowych, informacji na temat doświadczenia zawodowego oraz innych informacji dotyczących ogólnego funkcjonowania osoby badanej.

fot. freepik.com

2. Testy psychologiczne i kwestionariusze oceniające ogólną sprawność umysłową i psychiczną.
3. Badania aparaturowe umożliwiające ocenę sprawności psychofizycznej tzn. refleksu, koordynacji wzrokowo – ruchowej, szybkości ruchu, widzenia przestrzennego, widzenia zmierzchowego oraz wrażliwości na olśnienie. Są to umiejętności istotnie wpływające na zdolność bezpiecznego prowadzenia pojazdów, obsługę określonych maszyn i urządzeń oraz możliwość pracy na wysokościach, a także zdolności wykonywania prac wymagających szczególnej sprawności psychofizycznej.
4. Omówienie wyników i wydania stosownego orzeczenia, wyniku konsultacji lub zaświadczenia, udzielenie wskazówek dotyczących ewentualnej konieczności zmiany pewnych zachowań w celu poprawy bezpieczeństwa jazdy lub pracy na określonym stanowisku.

Badanie trwa od 1 do 2,5 godziny w zależności od rodzaju diagnozy oraz indywidualnego tempa pracy badanego. W przypadku niepowodzenia lub nagłej niedyspozycji istnieje możliwość dokończenia badania w innym dogodnym dla klienta terminie.

Uzyskane wyniki są wykorzystywane do opracowania orzeczenia psychologicznego, wyniku konsultacji bądź zaświadczenia i w myśl ustawy ochronie danych osobowych nie są nikomu udostępniane ani przetwarzane.

Opracowanie: mgr Jadwiga Stasińska

Absolwentka I LO im. Króla Wł. Jagiełły w Dębicy. Magister psychologii ze specjalizacją Psychologii Pracy Uniwersytetu Jagiellońskiego. Studia podyplomowe na Uniwersytecie Jagiellońskim: Psychologia kryzysu i interwencja kryzysowa. Psychologia Transportu.

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 Okulistyczna	282
Poradnia Onkologiczna	479
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 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