MIGRENA

CZYM JEST MIGRENA

TGA

PRZEMIJAJĄCA NIEPAMIĘĆ GLOBALNA

PADACZKA

O CZYM WARTO WIEDZIEĆ

1/2016

Poradnik Pacjenta

Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy

BÓL BRZUCHA

POSTĘPOWANIE W PRZYPADKU BÓLÓW BRZUCHA

SPIS TREŚCI

Wstęp ..... str 3

Padaczka..... str 4

Bono Serviamus ..... str 6

Ból brzucha ..... str 7

Migrena ..... str 8

TGA ..... str 9

Terapia neurologopedyczna str 10

Udar mózgu ..... str 11

okładka fot. Freepik.com

PADACZKA
o czym warto wiedzieć
str 4

BÓL BRZUCHA
postępowanie w przypadku bólów brzucha
str 7

MIGRENA
czym jest migrena
str 8

WSTĘP

fot. mgr Ernest Garstka

Szanowni Pacjenci,

Oddajemy w Wasze ręce pierwszy numer naszego nowego kwartalnika. Idea, jaka nam przyświecała przy jego redagowaniu, to zapoznanie Państwa z najczęściej występującymi chorobami, poznanie ich objawów, aby móc jak najwcześniej rozpocząć diagnostykę i leczenie. Będziemy także pisać o profilaktyce zdrowotnej, a czasem znajdzie się też miejsce dla duszy.

Życzymy Państwu ciekawej i pożytecznej lektury.

Prosimy także o zgłaszanie własnych sugestii dot. tematów do publikacji.

Przemysław Wojtys
Dyrektor Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Dębicy

PADACZKA

o czym warto wiedzieć

fot. Freepik.com

Widok napadu padaczkowego może budzić lęk, jednak chory potrzebuje pomocy świadków zdarzenia. O tym, jak postępować warto dowiedzieć się nie tylko wtedy, gdy mamy chorego na padaczkę wśród rodziny lub znajomych.

PADACZKA - to jedna z najczęstszych chorób neurologicznych charakteryzująca się stałą predyspozycją do występowania napadów padaczkowych. Choroba objawia się występowaniem co najmniej jednego nie prowokowanego napadu padaczkowego. Wskaźnik rozpowszechnienia padaczki w populacji oceniany jest na około 1%.

Co zrobić w przypadku wystąpienia napadu padaczkowego drgawek uogólnionych? Podstawowe zasady pierwszej pomocy w przypadku wystąpienia napadu padaczkowego polegają na ochronie pacjenta przed doznaniem urazów (głównie głowy), a następnie umożliwieniu odpoczynku po napadzie, zapewnieniu spokojnego oddechu.
W przypadku przedłużającego się napadu lub występowania kolejnych napadów należy wezwać pogotowie ratunkowe.

CO ROBIĆ?

- pozostań z chorym i zachowaj spokój
- zanotuj czas pojawienia się napadu
- zapewnij osobie doświadczającej napadu bezpieczne miejsce (z dala od ruchu ulicznego, pracujących maszyn, ostrych przedmiotów itp.)
- ułóż na boku w pozycji bezpiecznej, chroń głowę przed urazem, rozluźnij ubranie zwłaszcza w okolicy szyi
- czekaj aż napad ustąpi - uważnie go obserwuj (dokładny opis i czas trwania napadu to cenna informacja dla lekarza)
- w razie ślinotoku lub wymiotów (które mogą zdarzyć się po napadzie padaczkowym) przechyl głowę na bok, jednocześnie staraj się by była skierowana lekko ku dołowi, aby zapobiec zakrztuszeniu
- po ustąpieniu napadu chory może być senny, splątany, niekiedy pobudzony i niespokojny - nie używaj siły, przeczekaj, zapewnij mu spokój, pozwól na chwilę odpoczynku, pozostań z chorym do czasu odzyskania pełnej sprawności lub przyjazdu lekarza, przekaż informacje o napadzie.

CZEGO NIE ROBIĆ?

- nie powstrzymuj rąk i nóg chorego na siłę
- nie otwieraj zaciśniętych szczęk, nawet jeżeli krwawi przygryziony język, nie wkładaj do jamy ustnej ciał obcych, palców
- nie próbuj cucić np. przez polewanie wodą
- nie budź po napadzie poprzez gwałtowne potrząsanie, uderzenia,

WEZWIJ POGOTOWIE RATUNKOWE JEŚLI:

- napad drgawkowy przedłuża się lub szybko następuje kolejny napad
- chory nie odzyskał przytomności po upływie 5 minut po ustaniu napadu
- napad nastąpił w wodzie
- chory doznał urazu
- osoba ta jest w ciąży lub cierpi na cukrzycę
- wiesz lub sądzisz, że atak ten jest pierwszym napadem padaczkowym u tej osoby
- masz jakieś wątpliwości.

UWAGA:

Napad padaczkowy trwający powyżej 5 minut stanowi zagrażający stan padaczkowy. Stanem padaczkowym określa się napad padaczkowy trwający dłużej niż 30 minut albo kilka napadów, pomiędzy którymi chory nie odzyskuje przytomności - jest to stan wymagający pilnej hospitalizacji.

Opracowanie: lek. med. Bożena Książek-Trzaskuś

Lekarz rezydent Oddziału Neurologii, absolwent III Liceum Ogólnokształcącego im. Adama Mickiewicza w Tarnowie, absolwent Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.

BONO SERVIAMUS

fot. mgr Ernest Garstka

Od kilku lat klerycy Wyższego Seminarium Duchownego w Tarnowie podejmują na wakacjach sześciotygodniową praktykę w szpitalach. Następuje to po trzecim kursie formacyjnym.
W trwającym roku dzięki uprzejmości Dyrekcji Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy klerycy mają możliwość podjąć praktykę nie tylko w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym w Straszęcinie, lecz również w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Kardiologii oraz Oddziale Wewnętrznym I. Ciekawostką jest to, że zwiększona na korytarzach szpitalnych ilość księży – bo tak już wyglądamy – spotyka się z pytaniem: „co oni tutaj robią?". Obecność jednego księdza tak nie dziwi, co obecność czterech.

Osobiście do odpowiedzi na to pytanie „co klerycy robią w szpitalu?" ciągle dochodzę, bo nie jest to sprawa tak prosta. Wiadomo, z jednej strony „bo w Seminarium kazali", lecz czy to będzie wszystko w tym temacie? Zdecydowanie nie.

Już w pierwszych dniach uderzający był obfity kontakt z drugim człowiekiem i to na różnych stanowiskach, w różnej sytuacji zdrowotnej, o różnych poglądach. Więc, primo, jesteśmy tutaj dla ludzi. Jak to „bycie dla" wygląda? Oczywiście nie oferujemy szerokiego medycznego wachlarzu leczenia ciała, bo nasze ratio studiorum temu nie służy, ale dostaliśmy do użytku od Boga dwie ręce, które mogą się przydać. Więc wykorzystujemy je do mycia pacjentów, sprzątania, karmienia, dowozu na badania, etc. Tym wszystkim czynnościom towarzyszy to, co możemy oferować, tj. szeroki wachlarz leczenia „duszy", bądź bardziej psychiki. Na polu dialogu, rozmowy wysłuchuje się nieraz przeróżnych rzeczy: od tego, że jednej Pani bobry zjadły buraki, aż po wewnętrzne świadectwo życia religijnego. Proszę uwierzyć, że jest bardzo budujące, gdy pacjent, który ledwo siedzi, chce koniecznie uklęknąć przy łóżku do pacierza. Niejednokrotnie mnie zawstydzają takie sytuacje. Oczywiście obok grupy pacjentów, codziennie budujemy się postawą personelu medycznego. Wiadomo, że praca, w której codziennie ratuje się życie jest bardzo obciążająca i fizycznie i psychiczne. Ale to co obserwuję i w czym uczestniczę, to zakrawa momentami wprost na heroizm. Każde inne słowo jest zbyt blade przy dookreślaniu postawy otwartości, służby, cierpliwości i profesjonalizmu personelu. Więc zdecydowanie klerycy w szpitalu są po to, by się takich postaw uczyć in praxis i to myślę, że od najlepszych.

Secundo, klerycy odbywają tę praktykę również z pożytkiem dla siebie. Jest to z pewnością lekcja samodzielności. Nabywamy też niezbędne umiejętności pracy z ludźmi, pracy w zespole i to w środowisku dla nas nowym. Również kontakt z cierpieniem i niejednokrotnie ze śmiercią wyżłabia w nas niezbędną wrażliwość na te sprawy. Jako kleryk teraz rozumiem dlaczego ksiądz, który zbywałby ludzi, którzy przyszli zamówić pogrzeb, rani ich. Choć rzeczywistość śmierci jest pewna i można się do niej przygotować lepiej lub gorzej, to bardzo pomocne jest zawsze współtowarzyszenie oraz współodczuwanie i to szczególnie u tych osób, które mają być ekspertami od przyprowadzania dusz do Boga.

Na zakończenie tej refleksji zwrócę uwagę na tytuł tego artykuliku – Bono serviamus. Po kilku tygodniach praktyki widzę, że każdy pracownik Szpitala w Dębicy może te słowa nosić na identyfikatorze, obok nazwiska. Jestem przekonany, że każdy kto służy dobru, służy również Temu, który jest jedynie Dobry (por. Mk 10,18). Bardzo się cieszę, że mogę odbywać praktykę w szpitalu i wdzięczny jestem wszystkim osobom, które to umożliwiły i które tę praktykę współtworzą.

Opracowanie: Michał Pierz

ur. 22 VIII 1993r., w 2013r., z wyróżnieniem ukończył Zespół Szkół Ekonomicznych w Dębicy o profilu technik ekonomista,, finalista Olimpiady Przedsiębiorczości, Turnieju Wiedzy i Umiejętności Handlowo-Menadżerskich, obecnie kleryk IV roku Wyższego Seminarium Duchownego w Tarnowie. Zainteresowania: język hebrajski i grecki (koine), teologia biblijna Starego Testamentu, ekonomia.

BÓL BRZUCHA

Postępowanie w przypadku bólów brzucha

fot. mgr Ernest Garstka

Bóle brzucha są jednym z najczęściej zgłaszanych przez pacjentów objawów. Ze względu na patomechanizm (sposób w jaki choroba się rozwija w organizmie, rozprzestrzenia się w niej czynnik chorobotwórczy i reakcje organizmu na ten czynnik) bóle brzucha można podzielić na somatyczne, trzewne i odniesione.

1. Ból somatyczny jest wynikiem pobudzenia receptorów bólu otrzewnej ściennej i ściany brzucha. Jest to ból ostry, dobrze zlokalizowany, o nagłym początku, nasilający się przy poruszaniu, kaszlu, często z objawami otrzewnowymi.
2. Ból trzewny związany z działaniem bodźców na receptory bólowe nerwów trzewnych i otrzewnej. Opisywany przez pacjentów jako tępy, słabo zlokalizowany, narastający stopniowo. Ból, któremu towarzyszą nudności i wymioty.
3. Ból odniesiony jest odczuwalny w miejscu odległym od uszkodzonych narządów wewnętrznych.

Ból można podzielić na ostry i przewlekły.

W przypadku ostrego bólu brzucha powinno postawić się szybko rozpoznanie posługując się wywiadem, badaniem fizykalnym, badaniami laboratoryjnymi i obrazowymi (USG, tomografia komputerowa). Działania te mają za zadanie próbę usunięcia bólu poprzez kwalifikacje do odpowiedniego leczenia, w tym zabiegowego (tryb ostry, tryb odroczony) bądź zachowawczego.

Ostre bóle brzucha wymagają pilnej interwencji chirurgicznej. Najczęściej spowodowane są ostrym zapaleniem wyrostka robaczkowego, niedrożnością mechaniczną jelit, zadzierzgnięciem przepukliny, skręceniem jelit, wgłobieniem, zamknięciem światła jelita przez ciało obce oraz guz nowotworowy, pęknięciem pęcherzyka żółciowego, wrzodu żołądka i dwunastnicy, zapaleniem otrzewnej, kolki nerkowej i żółciowej, zapalenia trzustki oraz dotyczącym zagadnień ginekologicznych: skręceniem szypuły torbieli jajnika czy pęknięciem ciąży pozamacicznej.

O ile nie zachodzi potrzeba ostrej interwencji i brak jest wskazań do leczenia operacyjnego, leczenie zachowawcze polega na podawaniu leków przeciwbólowych, rozkurczowych, wg. tzw. drabiny (lub piramidy) analgetycznej. Do takiego leczenia kwalifikuje się najczęściej chorych z zapaleniem trzustki, kolką nerkową czy żółciową.

Przewlekłe bóle brzucha trwają wiele dni lub tygodni czy miesięcy, a nawet lat. Najczęstszymi praprzyczynami są: zespół jelita drażliwego, dyspepsja czynnościowa, choroba wrzodowa, choroby nieswoiste, choroby zapalne jelit, zapalenie uchyłków, przewlekłe zapalenie trzustki.

Każdy z objawów czynnościowych ma ustalone kryteria rozpoznawcze i może być leczony przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

W przypadku bólów przewlekłych, którym towarzyszą objawy alarmowe takie jak niedokrwistość, chudnięcie, długotrwała biegunka, krwawienia z przewodu pokarmowego wymagana jest dokładna diagnostyka endoskopowa i badania obrazowe oraz niejednokrotnie skierowanie do poradni onkologicznej.

Opracowanie: lek. med. Kazimierz Barciński

Absolwent Liceum Ogólnokształcącego w Sędziszowie Małopolskim i Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie - chirurg. Od 1980 roku pracuje nieprzerwanie w Zespole Opieki Zdrowotnej w Dębicy . Społecznie działa w Stowarzyszeniu Pomocy Ofiarom Wypadków Drogowych.

MIGRENA

Czym jest migrena?

Choroba ta jest dolegliwością pojawiającą się głównie u kobiet (chorują one 3-4 razy częściej niż mężczyźni), przy czym najczęściej występuje ona po okresie dojrzewania. Niestety często jest to dolegliwość dziedziczna. Migrena jest zazwyczaj mylona z bólem głowy, dolegliwością która dotyka wszystkich z nas. Przyczyny bólów głowy są różne, mogą być skutkiem bardzo groźnych chorób zagrażających życiu ale też wynikać z mało istotnych przyczyn. W razie jakichkolwiek wątpliwości należy zawsze poradzić się lekarza.

Leczyć migrenę można na dwa sposoby: jedna to przyjmować leki na stałe, inna to zwalczać tylko napad migreny. Wybór drogi należy zwykle do pacjenta i zależy od bardzo wielu czynników towarzyszących. Ostania dekada to bardzo znaczący postęp w leczeniu farmakologicznym migreny i pojawienie się całkiem nowych leków przeciw migrenie, jednak nadal jest to ogromnie zaburzająca funkcjonowanie chorego dolegliwość. Jeden z malarzy chorujących na migrenę widział świat tak, jakby patrzeć na popękane lustro i to najlepiej obrazuje tę przypadłość.

fot. mgr Ernest Garstka

Opracowanie: Dr n. med. Lesław Ciepiela

Ukończył I Liceum Ogólnokształcące w Dębicy, absolwent Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Lublinie z roku 1981, pediatra i specjalista neurolog dziecięcy. Doktoryzował się w Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Zawodowo związany ze Szpitalem Zespołu Opieki Zdrowotnej w Dębicy, gdzie aktualnie jest zastępcą Kierownika Oddziału Neurologii i równocześnie Kierownikiem Zespołu Poradni Specjalistycznych.

UDAR MÓZGU

Objawy i skutki

fot. mgr Ernest Garstka

Udar mózgu jest trzecią co do częstości przyczyną zgonów w krajach rozwiniętych po chorobach serca i nowotworach. Podstawowa wiedza o pierwszych objawach mogących sugerować zachorowanie udarowe jest kluczowa dla szybkiego rozpoznania i włączenia odpowiedniego leczenia. Wprowadzono kilka przesiewowych testów w opiece przedszpitalnej, które mogą być pomocne w rozpoznaniu udaru mózgu. Skrót FAST (pochodzące od angielskich nazw Face, Arm, Speech, Time) wskazuje na kilka prostych objawów, które nie mogą być pominięte w badaniu: asymetria twarzy (opadnięty kącik ust), zaburzenia mowy, niedowład kończyny górnej, czas od wystąpienia początku objawów. Szeroka wiedza społeczna dotycząca objawów niedokrwienia mózgu pozwoli na szybką reakcję rodziny i najbliższych, jak również na szybkie sprowadzenie specjalistycznej pomocy medycznej i prawidłowe leczenie chorego. Wśród innych objawów neurologicznych wskazujących na ośrodkowe uszkodzenie mózgu występują: zaburzenia świadomości, splątanie, zaburzenia widzenia, nagłe i bardzo nasilone zawroty głowy i zaburzenia równowagi. Bardzo często rodzina pacjenta jako pierwsza zauważa symptomy choroby: mowa jest bełkotliwa, niezrozumiała, pacjent niekiedy nie może znaleźć odpowiednich słów, aby wyrazić swoje myśli lub nie rozumie co się do niego mówi. Osłabienie siły kończyn nierzadko manifestuję się gorszą sprawnością manualną, wypadaniem przedmiotów z dłoni. Ponadto duża liczba chorych zgłasza zaburzenia widzenia pod postacią ograniczenia pola widzenia (niedowidzenie prawostronne lub lewostronne). Należy również zwrócić uwagę na czas od wystąpienia pierwszych niepokojących objawów, gdyż możliwość włączenia odpowiedniego leczenia jest bardzo ograniczona.

Leczenie udaru mózgu wymaga dużej współpracy personelu medycznego począwszy od ratowników medycznych, przez lekarzy Szpitalnego Oddziału Ratunkowego i lekarzy neurologów. Wiedza społeczna i szybkie wezwanie pomocy dla chorego wydaje się być kluczowe w ograniczeniach czasowych. Większość rodzin chorych nie wie, że od wystąpienia pierwszych objawów udaru do włączenia wysoce specjalistycznego leczenia nie może upłynąć więcej niż 4,5 godziny. W ciągu tak krótkiego czasu należy wezwać pomoc medyczną i przeprowadzić podstawowe badania laboratoryjne i neuroobrazowe w szpitalu.

Udar mózgu jest pierwszą przyczyną niepełnosprawności u osób dorosłych. Wielu pacjentów niestety nie odzyskuje pełnej sprawności fizycznej pomimo właściwego leczenia. Dlatego tak ważne jest szybkie podjęcie decyzji o wezwaniu pomocy, wdrożeniu leczenia oraz rehabilitacji.

Opracowanie: lek. med. Barbara Pietruszewska

Absolwentka I Liceum Ogólnokształcącego im. Króla Władysława Jagiełły w Dębicy oraz Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Lekarski.

TGA

przemijająca niepamięć globalna.

Wyobraź sobie, że budzisz się w SOR, nie wiesz jak i dlaczego tam trafiłeś, co działo się dzisiaj, czego chcą od Ciebie wszyscy ludzie dookoła. Nie pamiętasz niczego co działo się wcześniej tego dnia, poza tym jednak nic Ci nie dolega. Przypominasz sobie tylko, że rano wstałeś z łóżka, wiesz także jak się nazywasz i gdzie mieszkasz. Odnajdujesz wzrokiem swoich bliskich, którzy z wyraźnym niepokojem czekają pod salą. Zadajesz im pytania, które cisną się do głowy: „co mi się stało", „jak tu się znalazłem", oni odpowiadają, że już po raz dziesiąty tłumaczą ci to samo – że nagle zacząłeś zadawać te same pytania, nie pamiętałeś co ostatnio robiłeś, wszyscy byli przerażeni, że to udar, albo że zwariowałeś... i tak trafiłeś na SOR, ale tu lekarz mówi że wyniki są dobre... Słowa rodziny nieco cię uspokajają, przez chwilę myślisz, że odzyskujesz panowanie nad sytuacją... ale tylko przez chwilę. Pięć minut później opisany scenariusz powtarza się na nowo, a Ty znów pytasz o to samo...

fot. ze zbiorów własnych

Opisany powyżej przypadek to typowy przykład zachorowania na stosunkowo często występującą, ale mało znaną jednostkę chorobową – przemijającą niepamięć globalną (TGA). Może zdarzyć się w każdym wieku (nawet w dzieciństwie), ale najczęściej dotyka ludzi między 50 a 80 rokiem życia. Jej objawy są zwykle dramatyczne – polegają na nagłej utracie pamięci świeżej, obejmującej kilka ostatnich godzin lub dni oraz utracie zdolności zapamiętywania. Dość często zachorowanie poprzedzone jest nagłym wysiłkiem lub stresem emocjonalnym. Zwykle nie towarzyszą mu inne objawy, rzadko pacjenci skarżą się na bóle i zawroty głowy, ciśnienie tętnicze może być podwyższone.

Chorzy zadają te same pytania co kilkanaście minut. Pomimo groźnie wyglądającego zachorowania, choroba przebiega łagodnie. Objawy nigdy nie trwają dłużej niż dobę, zazwyczaj od 2 do 8 godzin. Etiologia nie jest wyjaśniona, możliwe przyczyny to epizod „migrenopodobny", przemijające niedokrwienie w okolicy hipokampa, ewentualnie częściowy napad padaczkowy. Zauważono, że w populacji osób z TGA częściej w wywiadzie występują problemy emocjonalne (np. depresja, fobia) oraz migrena. Istnieją potwierdzone przypadki występowania rodzinnego. Badania obrazowe oraz czynnościowe, takie jak tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny czy EEG najczęściej nie ujawniają nieprawidłowości. Choroba mija bez śladu i w przeważającej części przypadków nigdy nie nawraca, choć u ok. 10% osób TGA występuje dwu- lub trzykrotnie. Nie wiąże się z zaburzeniami poznawczymi ani zwiększonym ryzykiem udaru mózgu, nie prowadzi też do trwałych zaburzeń pamięci. Specyficzne leczenie nie istnieje, a w postępowaniu kluczową rolę odgrywa uspokojenie chorego i wytłumaczenie łagodnego przebiegu choroby. Pacjentzostaje hospitalizowany celem obserwacji i wykonania badań koniecznych do wykluczenia innych schorzeń powodujących zbliżone objawy.

Opracowanie: lek. med. Mateusz Lewartowski

Absolwent I Liceum Ogólnokształcącego im. Króla Władysława Jagiełły w Dębicy. Studia medyczne na Wydziale Lekarskim Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego ukończył z wyróżnieniem, uzyskując drugi wynik na roku. Lekarski Egzamin Państwowy zdał z najwyższą ilością punktów w województwie. W 2012 roku rozpoczął specjalizację w neurologii. Poza medycyną od wielu lat zajmuje się filmowaniem burz i błyskawic, jest autorem publikacji m. in. o medycznych aspektach rażenia piorunem.

TERAPIA NEUROLOGOPEDYCZNA

Jak pomóc choremu z afazją?

W praktyce klinicznej zaburzenia mowy - mogą to być np. trudności w nazywaniu, rozumieniu nazw, zniekształcenia artykulacji, zakłócenia gramatyki i składni wypowiedzi, zaburzenia rozumienia słyszanych komunikatów, czytania i pisania - nazwane są afazją.

Mowa pozwala nam na przekazywanie swoich myśli, uczuć, umożliwia rozumienie komunikatów płynących od innych ludzi, dzięki temu, że umiemy czytać i pisać potrafimy zachować łączność z ludźmi i kulturą. Wszystko to możemy stracić wskutek uszkodzenia mózgu wywołanego poprzez udary mózgowe, urazy mózgowe, urazy czaszki, oraz nowotwory.

Zaburzeniom mowy zwykle towarzyszą zakłócenia pozostałych sprawności poznawczych: uwagi, pamięci, spostrzegania, orientacji przestrzennej oraz konstruowania. Nierzadko dołączają się również zaburzenia emocjonalne: depresja, zobojętnienie, agresywność.

Wcześnie rozpoczęta terapia neurologopedyczna mowy w znacznym stopniu może zmniejszyć zakłócenia sprawności językowych i komunikacyjnych występujących u chorego.

Terapia neurologopedyczna obejmuje:

- stymulację aktywności poznawczej
- aktywizowanie pacjenta w sytuacjach mających pragmatyczne znaczenie (karmienie, ubieranie, mycie)
- stymulację aktywności komunikacyjnej
- utrwalanie zachowań intencjonalnych o znaczeniu komunikacyjnym i sygnalizowanie stanów emocjonalnych
- stymulację nadawania i odbioru mowy w zakresie dostosowanym do potrzeb pacjenta
- stymulację w zakresie mowy zautomatyzowanej, procesu powtarzania, nazywania, dialogu i mowy opowieściowej

fot. mgr Ernest Garstka

- stymulację procesów poznawczych w zakresie percepcji słuchowej, czuciowej, wzrokowej a także pamięci, myślenia, orientacji przestrzennej, uwagi i koncentracji
- reedukację umiejętności pisania i czytania.

W pierwszym okresie po udarze, proces zdrowienia jest szybszy, zdarza się, że zaburzania afatyczne spontanicznie ustępują całkowicie. Czas najszybszego zdrowienia, trwa mniej więcej trzy miesiące. Stopniowo progres jest coraz wolniejszy, ale gdy terapia mowy prowadzona jest systematycznie wskaźnik poprawy można uzyskać nawet kilka lat po udarze.

Opracowanie: mgr Magdalena Wodzisz

Absolwentka Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN w Krakowie ze specjalizacją filologia polska z logopedią. Ukończyła 3 stopniowy kurs języka migowego w Krakowie oraz specjalizację z zakresu neurologopedii na Uniwersytecie Marii Curie – Skłodowskiej w Lublinie.

szpital z uśmiechem

Wydawca:
Zespół Opieki Zdrowotnej w Dębicy
39 – 200 Dębica, ul. Krakowska 91

Redakcja:
Redaktor Naczelny - lek med. Marzenna Podhorecka
Redaktor naukowy - dr n. med. Lesław Ciepiela
Opracowanie graficzne i komputerowe – mgr Piotr Krasoń
Kontakt: e-mail: biuletyn@zoz-debica.pl

Druk:
Nakład: 500 sztuk

Biuletyn ukazuje się jako kwartalnik.