

BIULETYN

ŚLĄSKIEGO STOWARZYSZENIA ALZHEIMEROWSKIEGO

Numer 4



Chorobie Alzheimerera nie może towarzyszyć samotność

KATOWICE

Szanowni państwo

Przekazujemy w Państwa ręce kolejny numer naszego biuletynu.

Numer ten współfinansował Urząd Miasta Katowice.

Dziękujemy wszystkim autorom za przesłane teksty oraz udzielone wywiady.

Marek Walusiak - redaktor naczelny

Z działalności stowarzyszenia w 2010 r.

Miło nam poinformować, iż na posiedzeniu zarządu w dniu 20.08.2010r podjęto uchwałę o nadaniu Panu **MANFREDOWI GRABOWSKIEMU** tytułu „**CZŁONKA WSPIERAJĄCEGO**”. Jest to pierwszy taki tytuł przyznany w naszym stowarzyszeniu.

Pan **MANFRED GRABOWSKI** od czterech lat nieustannie wspiera nasze cele statutowe i pomaga w ich realizacji, poprzez pomoc finansową oraz cenne uwagi organizacyjno-ekonomiczne.

Dzięki otrzymanej bezinteresownej pomocy przetrwaliśmy bardzo trudny okres naszej działalności.

Panie Manfredzie – b a r d z o d z i ę k u j e m y !!!!



Prezes ŚSA wręcza Panu Manfredowi Grabowskiemu dyplom Członka Wspierającego.

■ Wzorem ubiegłego roku oraz starając się spełnić prośby mieszkańców o kontynuowaniu wstępnych badań na okoliczność choroby Alzheimera zorganizowaliśmy w 2010r serię bezpłatnych badań dla mieszkańców naszego regionu z których skorzystało 450 osób.

■ Z okazji Światowego Dnia Alzheimera odbyły się w Polskim Radio Katowice – audycja w całości poświęcona tej chorobie.

– w Dzienniku Zachodnim wywiady i artykuły poświęcone chorobie Alzheimera

– w Centralnym Szpitalu Klinicznym w Katowicach–Ligocie prze-

prowadzono w dniu 25.09.2010 r. bezpłatne badania diagnozujące na okoliczność choroby Alzheimera.

■ Prowadzimy comiesięczne spotkania adresowane do opiekunów osób chorych.

*Kazimierz Bigo
-prezes ŚSA*

Aktywność umysłowa i fizyczna a zaburzenia pamięci w starszym wieku

dr n. med. Agnieszka Gorzkowska, specjalista neurolog, psycholog kliniczny

Co mówią badania naukowe

Wiemy już od dawna, że wiek biologiczny nie jest równoznaczny z wiekiem kalendarzowym. Oczna wieku „na oko” wielokrotnie prowadzi do błędów i niezręczności. Podobnie jak w różny sposób zmienia się w ciągu życia nasze ciało, tak i indywidualnym zmianom ulega nasz mózg. Duże zainteresowanie w ciągu ostatnich lat budzi wpływ aktywności umysłowej i fizycznej na procesy zachodzące w mózgu, w tym na przebieg jego starzenia się. W oparciu

o wynikające z nich wnioski próbuje się opracowywać sposoby radzenia sobie z objawami starzenia się mózgu, a nawet z chorobami otępiennymi.

Zmiany, którym podlega mózg w procesie starzenia i które istotnie wpływają na pogarszanie się intelektu polegają przede wszystkim na zmianie budowy komórek nerwowych (neuronów) w taki sposób, który zaburza ich komunikowanie się między sobą. Wśród takich istotnych zmian należy wymienić obniżanie się poziomów białek istotnych dla funkcji neuronów, spadek poziomu neuro-

hormonów i neuroprzekaźników oraz wzrost niektórych aktywnych substancji, które uważa się za związane z procesami uszkodzenia tkanki mózgowej w przebiegu procesów otępiennych.

Jednak w wieku dojrzałym nasz umysł zdolny jest także do pozytywnych zmian. Dowody na obecność nowo powstałych neuronów w dorosłych mózgach pojawiły się już w latach 60 minionego wieku. Stwierdzono m.in., że powstawanie nowych neuronów (neurogeneza) może zachodzić nawet w bardzo późnym wieku. Co więcej istnieją przesłanki, że taka póź-



na neurogeneza w hipokampie (struktura mózgu kluczowa dla procesów pamięci) może odgrywać rolę w uczeniu się. I tak w 1997r. stwierdzono, że u myszy, w hipokampie dorosłych osobników powstają nowe neurony, ale – co istotne - dzieje się to jedynie wówczas gdy zwierzęta przebywają w ciekawym środowisku. W 2000r. pokazano po raz pierwszy, że u śpiewających ptaków po zniszczeniu „ośrodka śpiewu”, nowe neurony nie tylko powstają ale i potrafią spełniać funkcje poprzednio istniejących, a więc ptaki ponownie mogą uczyć się śpiewać określone melodie. Z kolei w roku 2001 wykazano, że w grupie badanych szczurów procesy uczenia zachodziły tylko wówczas gdy w ogóle powstawały jakiegokolwiek nowe neurony w hipokampie. Dane te sugerują, że hipokamp „rośnie” zależnie od doświadczeń i może funkcjonować tym lepiej im bardziej jest wykorzystywany. Potwierdzają to też badania ludzi, np. londyńscy taksówkarze, ćwiczący stale skomplikowany plan miasta mają nieco większy hipokamp niż przeciętny człowiek. Co ciekawe do powiększenia się objętości hipokampa może prowadzić nie tylko aktywność intelektualna. Okazało się bowiem, że w grupach osób gimnastykujących się przez kilka miesięcy obserwuje się zwiększenie się hipokampa w miarę treningu. Dotyczyło to osób w różnym wieku, także tych starszych, które np. uprawiały aerobik. Obserwowalnym efektem tego procesu aktywności fizycznej była poprawa zapamiętywania. Z badań nad osobami w wieku powyżej 60 i 70 lat wiadomo także, że energiczny marsz czy też inne rodzaje ćwiczeń dotleniających przyczyniają się do poprawy tzw. funkcji wykonawczych od których zależy m.in. nasza umiejętność dostosowywania się do zmieniającego się środowiska. Aktywni fizycznie ludzie starsi mogą generalnie lepiej wykonywać testy psychologiczne, zauważono na przy-

kład, że odpowiadają na pytania trafniej i szybciej.

Gdy powstają nowe komórki nerwowe, powstają też nowe naczynia włosowate (rodzaj drobnych naczyń krwionośnych). Dorośli aktywni fizycznie ludzie rzadziej doznają mikroudarów, które mogą zaburzać pamięć. Wydaje się nawet, że proces angiogenezy (tworzenia naczyń krwionośnych) wyzwalany wysiłkiem fizycznym należy z całą powagą traktować jako sposób zapobiegania zaburzeniom pamięci w starzejącym się mózgu.

W procesie uczenia się ważne jest dopasowanie między komórkami nerwowymi, które przekazują sobie informację. Liczbę i siłę połączeń neuronalnych wzmacniają tzw. neurotrofiny. Jedną z najważniejszych jest białko BDNF (mózgowy czynnik wzrostu), które bierze udział w rozwoju, regeneracji i podtrzymywaniu funkcjonowania komórek nerwowych. Okazuje się, że podczas wysiłku fizycznego BDNF wydzielą się w większej ilości i m.in. poprawia skuteczność przekazywania sygnałów między komórkami mózgowymi.

Podczas pobudzenia np. w toku ćwiczeń fizycznych duża ilość BDNF gromadzi się w hipokampie, co jest już bezpośrednio związane z poprawą zapamiętywania. Wiedząc, że poziom BDNF spada w mózgu wraz wiekiem, w stresie, w stanach depresyjnych, w chorobie Alzheimera, możemy wykorzystać aktywność fizyczną jako postępowanie wspomagające tak profilaktykę i jak i już leczenie takich stanów i schorzeń.

Badania pokazały, że wysiłek umysłowy poprzez szereg procesów biochemicznych zapobiega tworzeniu się tzw. beta-amyloidu, który jest nieprawidłowym białkiem odpowiedzialnym za pojawianie się objawów choroby Alzheimera. W obliczu tych danych w ostatnich latach z całą powagą rozważa się wysiłek umysłowy jako istotny sposób ograniczania

rozwoju choroby Alzheimera.

U osób regularnie ćwiczących wyższe jest także stężenie takich neuroprzekaźników jak dopamina, serotonina, noradrenalina. Wzrost poziomu dopaminy sprzyja poprawie pamięci, zdolności przyswajania nowych informacji oraz zwiększeniu naszej motywacji. Serotonina poprawia zdolność odbioru informacji i wpływa pozytywnie na nasz nastrój. Noradrenalina natomiast polepsza koncentrację uwagi, zapamiętywanie, tempo przetwarzania informacji, a dodatkowo poprawia także nastrój. Stężenie tych wszystkich substancji podnosi się bezpośrednio po treningu. Stąd po aktywności fizycznej odczuwać można poprawę uwagi, nastroju czy uspokojenie. Efekty te są natychmiastowe, ale niestety szybko mijają. Na skutki zmian w sieci neuronów czeka się kilka tygodni, ale są one za to zdecydowanie trwalsze.

Kilka słów praktycznie

Nie ma jednoznacznie zalecanego osobom starszym rodzaju ćwiczeń umysłowych. Wydaje się jednak, że najbardziej pozytywny wpływ ma nauka języków obcych, rozwiązywanie krzyżówek, czy - najbardziej preferowane - gry zespołowe (np. gra w scrabble). U podłoża szczególnego pozytywnego efektu gier zespołowych leży konieczność większego skupiania uwagi i obserwacji pozostałych graczy, co zwiększa aktywność mózgu i wiąże się z zaangażowaniem wielu jego obszarów. Bardzo ważne przy każdej aktywności jest to, aby wykonywana czynność sprawiała przyjemność. Co ciekawe do pobudzenia różnych struktur mózgowych prowadzi też tzw. wizualizacja zdarzeń lub czynności, a więc wyobrażanie sobie ich. Zostało to potwierdzone w licznych badaniach m.in. sportowców i muzyków. Odnotowano, że np. skrzypek wyobrażając sobie grę pobudza takie ob-

szary mózgu, które faktycznie są aktywne przy realnym wykonywaniu przez niego utworu.

Odkryto także, że mózg pobudza „łamanie stereotypów” i nowe zachowania, szczególnie jeśli wymagają nowych dla nas decyzji. Im bardziej złożone są te zachowania tym lepiej. Należy przy tym pamiętać, że nawet proste zmiany i urozmaicenie rutynowych czynności wymuszają zaangażowanie kolejnych obszarów w mózgu, a dzięki temu powstają nowe połączenia nerwowe i mózg staje się bardziej plastyczny. Ograniczenie

zachowań stereotypowych może odnosić się do banalnych czynności i zachowań np. jeśli jesz prawą ręką - spróbuj lewą, jeśli piszesz długopisem - użyj pióra, spróbuj ubierać się lub brać prysznic z zamkniętymi oczami, pojedź inną niż zwykle drogą do pracy czy sklepu, pobudzaj jak najwięcej zmysłów np. weź kąpiel w płynie o nowym zapachu.

Wśród zalecanych aktywności fizycznych zdecydowanie polecamy systematyczne, regularne spacery. Dominujący bierny styl życia wydaje się być jedną z przyczyn

obecnej fali choroby Alzheimera. Dotychczasowe obserwacje pokazują, że osoby ćwiczące co najmniej kilka razy w tygodniu rzadziej zapadają na chorobę Alzheimera niż te, które prowadzą siedzący tryb życia.

Jeśli macie państwo wątpliwości jaką aktywność wybrać dla siebie, zapytajcie swojego lekarza, który pomoże dobrać ją odpowiednio do wydolności państwa organizmu. Życzę Państwu wielu miłych doznań i pozytywnych doświadczeń związanych z podjęciem lub kontynuacją aktywnego trybu życia.

Pomoc choreму z zespołem majaczeniowym

mgr Iwona Otremba, dr n. med. Jan Szewiczek

SPSK nr7 SUM w Katowicach, Górnośląskie Centrum Medyczne, Oddział Geriatrii

Pan Andrzej był wdowcem, miał 76 lat. Mieszkał z córką, zięciem oraz wnuczkami. Było upalne lato. Od kilku tygodni ojciec miał problemy z bezsennością. W nocy wstawał,



chodził, natomiast w ciągu dnia drzemał w fotelu lub kładł się do łóżka. Pewnego dnia córkę zaniepokoiło dziwne zachowanie ojca. Sprawiał wrażenie zaniepokojonego i nie do końca rozpoznającego, gdzie się znajduje. Konsternację wzbudził mocz, rozlany na podłodze obok toalety. Kiedy sytuacja powtórzyła się, córka ostro zestrofowała ojca. Ten zareagował z niespotykaną dotąd agresją, wypierając się wszystkiego. Aby rozwiązać problem córka i zięć doszli do wniosku, że trochę ograniczą ojcu płyny. Ale to nie pomogło, co więcej ojciec zaczął się systematycznie moczyć. Chwilami nie rozpoznawał córki ani zięcia, nawet ukochanych wnuczków, co było dla rodziny niezwykle przykre. Czasem opowiadał dziwne histo-



rie, widział jakieś postacie, słyszał głosy. Kiedy oskarżył zięcia o kradzież pieniędzy, córka postanowiła zwrócić się do lekarza: „Ojciec był bardzo dobrym i troskliwym

człowiekiem, a od pewnego czasu jest zupełnie inny” – rozpoczęła rozmowę z lekarzem. „Ta sytuacja jest dla nas bardzo bolesna i nie rozumiemy jej”.

„To prawdopodobnie zespół majaczeniowy” – odpowiedział lekarz. „Świadomość człowieka to bardzo złożona czynność mózgu, który można przyrównać do niezwykłego komputera. Z wiekiem struktury mózgu ulegają stopniowemu zanikowi i coraz liczniejszym uszkodzeniom. Ale mimo to zdrowy człowiek do późnej starości zachowuje zdolność rozumienia, oceny sytuacji, prawidłowego rozwiązywania problemów codziennego życia, a nawet pracy twórczej. Czasem jednak gromadzące się uszkodzenia mózgu prowadzą do postępującego i nieodwracalnego zaburzenia jego czynności – świadomości i tego wszystkiego co określamy umysłem i rozumem. To stan nazywany otępieniem. Słyszała Pani na pewno o chorobie Alzheimera – mówił lekarz – najbardziej rozpowszechnionej postaci otępienia. Ale bywa też tak, jak z wysłużonym laptopem, który pracuje wolniej, ale pracuje. Jeżeli nastąpi awaria zasilania, albo zbyt wiele zadań jest do rozwiązania, albo zainfekuje go komputerowy „wirus” – laptop przestaje normalnie pracować, zawiesza się i nie daje się uruchomić. Często, choć nie zawsze, te problemy można naprawić i nasz wysłużony laptop znów będzie pracował. To porównanie obrazuje zaburzenia pracy mózgu, określane zespołem majaczeniowym. „Awarię zasilania” może być nadmierny spadek albo wzrost ciśnienia tętniczego, zbyt małe lub duże stężenie glukozy we krwi (co zdarza się w cukrzycy), odwodnienie, zbyt małe lub duże stężenie sodu we krwi i wiele innych zaburzeń. „Zbyt wiele zadań do rozwiązania” to nadmiar stresów, trudna sytuacja życiowa. „Wirus komputerowy” to róż-

ne zakażenia, stany gorączkowe, wszelkie ostre lub ciężkie choroby” – wyjaśniał lekarz.

Co to jest zespół majaczeniowy?

Majaczenie (delirium) jest zaburzeniem czynności mózgu. To zespół charakteryzujący się występowaniem tzw. jakościowych zaburzeń świadomości. Znacząco to, że objawy choroby dotyczą zaburzeń pamięci, myślenia, koncentracji uwagi, spostrzegania, emocji, aktywności ruchowej. Chory często jest zdezorientowany co do miejsca, w którym się znajduje, czasu, a nawet własnej osoby. Może nie rozpoznawać bliskich osób. Jest niespokojny, czasem agresywny. Często widzi nieistniejące postaci lub słyszy głosy, których nie ma (to tak zwane omamy), które budzą w nim głęboki lęk. Zwykle występuje zmiana rytmu snu i czuwania: chory jest senny w ciągu dnia, a pobudzony wieczorem i w godzinach nocnych.

Rozwija się często niepostrzeżenie, stopniowo; czasem jednak gwałtownie. Zaburzenia są odwracalne (przynajmniej częściowo).

Majaczenie może wystąpić w każdym wieku, lecz najczęściej dotyczy osób po 60 roku życia. Wraz z wiekiem częstość występowania delirium zwiększa się na skutek słabnących możliwości adaptacyjnych, a przez to zmniejszających się możliwości zachowania równowagi wewnętrznej przez starzejący się organizm.

Jak rozpoznać pierwsze symptomy majaczenia?

Objawy mogą występować od kilku godzin do nawet kilku miesięcy. Najczęściej jednak stan majaczenia trwa od kilku do kilkunastu dni. Charakterystyczny jest fakt występowania objawów w krótkim czasie i brak stałości ich nasilenia. Zazwyczaj objawy występują bądź nasilają

się w godzinach popołudniowych i/lub nocnych. W ciągu doby symptomy choroby mogą się zaostreć, zanikać, zmniejszać się lub narastać bardzo szybko. Początek może być mało charakterystyczny. Zmiany mogą dotyczyć jedynie zaburzeń lękowych, złego samopoczucia czy bezsenności.

Zaburzenia rytmu snu i czuwania są stałą cechą schorzenia. Mogą przybierać formę całkowitej bezsenności, senności w ciągu dnia z narastaniem niepokoju nocą.

U chorego obserwuje się zaburzenia dotyczące orientacji w miejscu, czasie i otoczeniu. Występują omamy (halucynacje), które polegają na przeżywaniu spostrzeżeń bez działania bodźca zewnętrznego, a chory jest przekonany o ich realności. W majaczeniu najczęściej występują omamy wzrokowe, których treścią mogą być wyimaginowane osoby, zwierzęta, owady. Mogą również występować omamy słuchowe. Chory jest przekonany, że słyszy rozmowy, płacz, śpiew lub jedynie pojedyncze dźwięki.

Zaburzenia w sferze myślenia manifestują się jego spowolnieniem, niespójnością, brakiem rozumienia i kojarzenia, obniżeniem krytycyzmu w wypowiedziach, niespójną mową i/lub występowaniem urojeń, tzn. fałszywych sądów wypowiedzianych przez chorego z pełnym przekonaniem o ich prawdziwości i nie podlegających korekcie mimo dowodów ich błędności.

Przebywając z chorym można stwierdzić zaburzenia uwagi, polegające na braku umiejętności jej skupienia, przerzutności lub utrzymywania. Znacząco to, że chory w trakcie rozmowy ma trudności w utrzymywaniu jej logicznego toku. Przeskakuje z tematu na temat, opuszcza ważne dla rozmowy wątki, skupiając się na nieistotnych sprawach.

W przebiegu majaczenia zaburzeniom ulegają także nastroj i emocje. Nastroj może szybko ulegać

zmianom od przygnębienia przez poczucie silnego lęku z wybuchami agresji do wesołkowatości.

W zachowaniu chorego zwracają uwagę wahania dotyczące napędu ruchowego. Zaburzenia w sferze motoryki zazwyczaj są wyraźnie widoczne. Najczęściej przybiera ją formę pobudzenia ruchowego, lecz mogą występować pod postacią apatii z sennością i spowolnieniem. Chory może w pośpiechu pakować rzeczy osobiste twierdząc, że nie jest u siebie w domu, może szybkim krokiem, bez celu chodzić po pokoju, może również dojść do wybuchu agresji ze strony chorego.

Przyczyny wystąpienia majaczenia

Delirium jest zespołem o tzw. wieloczynnikowej etiologii. A zatem rozwój schorzenia nie jest związany tylko z jedną przyczyną, zazwyczaj jest to wynik oddziaływania kilku czynników np. niekorzystnych warunków środowiska wewnętrznego (ostra choroba, uraz) lub zewnętrznego (stres, zmiana otoczenia).

Do najczęstszych z nich należy duża liczba zażywanych leków.

Zdarza się, że podopieczny leczony jest w kilku poradniach, przez kilku lekarzy specjalistów z różnych dziedzin medycyny. Niezwykle ważne jest, aby przedstawiać każdemu z nich wszystkie leki jakie zażywa osoba, którą się opiekujemy. Należy pamiętać, iż leki dostępne bez recepty również nie są bez znaczenia, podobnie jak zioła i tzw. suplementy diety. Jeśli chory sam dawkuje sobie leki okresowo należy kontrolować dyskretnie czy pamięta o ich zażywaniu, czy potrafi bezbłędnie podać prawidłową dawkę leku i godzinę jego przyjmowania. Zdarzają się pomyłki w dawkowaniu leków z przyczyn niezależnych od upośledzenia pamięci. Powodem może być problem ze wzrokiem, słuchem lub ograniczoną możliwością wykonywania czynności manualnych. Pamiętajmy, że im większą liczbę leków zażywa podopieczny tym większe prawdopodobieństwo wystąpienia niekorzystnych działań związanych z reakcjami między poszczególnymi preparatami. Nadużywanie leków nasennych i uspokajających może w konsekwencji doprowadzić nie tylko do

uzależnień. Nadużywanie lub nagłe odstawienie leków psychoaktywnych może być również bezpośrednią przyczyną wystąpienia majaczenia.

Częstą przyczyną rozwoju zespołu majaczeniowego jest ból. Ból towarzyszy ludziom w starszym wieku każdego dnia. Jest związany między innymi z występowaniem schorzeń degeneracyjnych w obrębie układu ruchu, spowodowanych osteoporozą, zwyrodnieniami, przebytymi urazami. Ból nie jest „normalnym objawem starzenia się”. Zawsze powinno się zwracać uwagę na jego charakter i nasilenie.

Ból, choroby układu ruchu, nadużywanie leków nasennych oraz nieprzystosowanie pomieszczeń powodują zwiększenie ryzyka upadków i urazów z nimi związanych. Urazy i konieczność hospitalizacji w konsekwencji mogą doprowadzić do unieruchomienia w łóżku. Fakt ten wiąże się z powstawaniem odleżyn, zatorów i zakrzepów, zapaleniem płuc, infekcjami układu moczowego, odwodnieniem oraz zaburzeniami wodno-elektrolitowymi. Wszystkie wymienione czynniki mogą być przyczyną wystąpienia majaczenia. Jedną z istotnych i często występujących przyczyn delirium jest odwodnienie. Należy pamiętać, że wraz z wiekiem zmniejsza się potrzeba uzupełniania płynów, ze względu na dysfunkcję ośrodką pragnienia w pniu mózgu. Dlatego ludziom w starszym wieku należy przypominać o konieczności przyjmowania posiłków i nawadniania się. Przez skórę i podczas oddychania człowiek dorosły traci aż 0,5l płynów na dobę. Istotne jest kontrolowanie dobowego spożycia płynów przez podopiecznego (około 2 litrów na dobę) oraz ilości wydalanego moczu. Jest to szczególnie ważne w porze letniej, w przypadku biegunki czy wymiotów, w chwili wystąpienia gorączki lub gdy chory wymaga przyjmowania leków odwadniających.



Problemem w kontrolowaniu oddawania moczu jest jego nietrzymanie. Nietrzymanie moczu jest częstą dolegliwością, poddającą się leczeniu zarówno lekami dostępnymi jak i pomocy chirurgicznej. Jednak niewiele osób rozmawia z lekarzem o tej dolegliwości. Skrępowanie jest przeszkodą w skutecznym diagnozowaniu i leczeniu nietrzymania moczu.

W starszym wieku występuje poważny problem wielochorobowości. Występowanie otępienia, otyłości, cukrzycy, niedokrwistości czy chorób układu oddechowego np. astmy lub POCHP, bezpośrednio oddziałujących na metabolizm mózgu i upośledzenie jego pracy przez niedotlenienie może być bezpośrednią przyczyną wystąpienia delirium. Współistnienie kilku chorób wymusza z jednej strony konieczność leczenia u wielu specjalistów, z drugiej zaś częste zmiany miejsca pobytu podopiecznego w różnych oddziałach specjalistycznych. Z pomocą w tej sytuacji przychodzą oddziały geriatryczne, których założeniem jest kompleksowa diagnostyka i leczenie osób w podeszłym wieku.

Nie bez znaczenia jest zmiana miejsca pobytu. Często w chwili umieszczenia chorego w szpitalu, domu opieki czy innego ośrodka obserwuje się zaburzenia świadomości. Stres i strach związany z obcym otoczeniem, obcymi ludźmi może być zaczątkiem rozwoju zespołu majaczeniowego. Nawet drobne zmiany w otoczeniu chorego, takie jak umeblowanie czy przeprowadzka do innego pokoju w obrębie domu może budzić u podopiecznego zaburzenia lękowe.

Wady wzroku i słuchu same w sobie mogą być przyczyną lęku i poczucia zagubienia w otoczeniu. Trzeba zdawać sobie sprawę z tego, że bodźce ze świata zewnętrznego odbierane przez nas tylko częściowo są rejestrowane przez osobę w podeszłym wieku.

Jeśli dołączają się wady wzroku i słuchu, których nie można już kompensować okularami czy aparatem słuchowym, kontakt z otoczeniem dla takiej osoby staje się bardzo ubogi, rodzi to nieporozumienia, konflikty, niepokój i stres dla chorego, a wymaga od opiekuna niezwyklej cierpliwości i oddania.

Postępowanie z chorym w stanie majaczenia

Wczesne rozpoznanie jest podstawowym warunkiem szybkiego i celowego leczenia. Jeśli zaniepokoją opiekuna zmiany w zachowaniu podopiecznego należy niezwłocznie prosić o konsultację i interwencję lekarza pierwszego kontaktu, ponieważ wdrożenie prawidłowego leczenia powoduje szybkie zniesienie objawów, wyrównanie niedoborów i odzyskanie przez chorego równowagi wewnętrznej, jeśli przestrzegane są zalecenia dotyczące terapii.

Towarzysząc osobie z zespołem majaczeniowym trzeba pamiętać o zachowaniu jej prawa do godności osobistej. Okazywanie szacunku, zapewnienie intymności podczas pielęgnacji oraz panowanie nad swoimi emocjami nie przychodzi z łatwością, zwłaszcza w chwilach wybuchów agresji. Jednak takie zachowanie jest jednym z podstawowych wymogów, jakie musi spełniać osoba sprawująca opiekę nad chorym.

Wspomniano już, że jedną z częstych przyczyn majaczenia jest odwodnienie. Niezwykle istotną rzeczą jest kontrola ilości przyjmowanych płynów i wydalanego moczu, dopajanie, karmienie, przypominanie o konieczności picia mimo zmniejszonego pragnienia. Wraz z lekarzem należy podjąć próbę ustalenia ewentualnej przyczyny odwodnienia i sposobów wyrównania niedoborów płynów.

Za wszelką cenę trzeba zapewnić podopiecznemu bezpieczeństwo. W chwilach agresji może być zagrożeniem dla siebie i otoczenia.

Ważne jest zapobieganie upadkom i urazom. Wymaga to dostosowania pomieszczeń do stanu chorego. Powinno się zadbać o likwidację wszelkich chodników, dywanów i progów. Zadbać o pozbycie się niestabilnych krzeseł i mebli, dbać o porządek, nie zmieniać miejsca ustawienia mebli w pokoju chorego, dbać o bezpieczne obuwie, odpowiednią długość ubrań i piżam, zabezpieczyć dostęp do schodów, balkonów i okien. Pomocne jest też instalowanie w łazienkach uchwytów i mat antypoślizgowych.

Podopiecznym z zaburzeniami wzroku i/lub słuchu powinno się przypominać o założeniu okularów, aparatu słuchowego, kontrolować jego sprawność. Należy ograniczyć hałas zagłuszający rozmowę, posługiwać się jasnymi, związłymi komunikatami, nawiązywać kontakt wzrokowy z chorym, rozmawiać twarzą w twarz, mówić głośno i wyraźnie, pomagać sobie gestykulacją.

W majaczeniu występują zaburzenia orientacji. Formą pomocy jest zapewnienie dobrego oświetlenia pomieszczenia, również nocą, dostępu do mediów, postawienie zegara, kalendarza, zdjęć rodzinnych w zasięgu wzroku chorego, zapewnienie ciszy, dawanie dowodów całkowitej kontroli nad sytuacją. W przypadku zaburzeń lękowych, które skutkują agresją i pobudzeniem ruchowym trzeba mówić spokojnie, zniżonym tonem, nie wykonywać gwałtownych ruchów, odwracać uwagę chorego od treści urojeniowych, ostrożnie posługiwać się dotykiem, a przede wszystkim dbać o bezpieczeństwo podopiecznego. Postępowanie lecznicze u chorych z zespołem majaczeniowym jest uzależnione od podstawowej przyczyny. Czasem konieczne jest umieszczenie chorego w oddziale szpitalnym, lecz bez względu na miejsce pobytu chorego ważna jest współpraca między sprawującym opiekę a personelem medycznym.



O komunikowaniu się w chorobie Alzheimera

**mgr Tatiana Lewicka – specjalista neurologopeda,
SP CSK ŚUM katowice, Oddział Neurologii**

Choroza Alzheimera (AD) jest postępującym procesem, prowadzącym do nieodwracalnych zmian w mózgu. Skutkiem tego są narastające w czasie zaburzenia funkcji poznawczych, takich jak pamięć, uczenie się, czytanie, pisanie, liczenie, a także zaburzenia mowy. Nieprawidłowości językowe, jakie obserwujemy w AD, prowadzą do postępujących zaburzeń komunikacji z otoczeniem.

Prawidłowo przebiegający proces komunikowania się polega na współpracy pomiędzy odbiorcą a nadawcą wypowiedzi. Nadawca formułuje w myśli wypowiedź, a następnie wypowiada ją na głos. Odbiorca natomiast ma za zadanie usłyszeć komunikat nadawcy i „rozkodować” go, czyli zrozumieć płynący z niego przekaz. Może to być prośba, pytanie, itp. W AD mamy do czynienia z zaburzeniami obu tych sfer – zarówno „zaprogramowanie” i wypowiedzenie, jak i odbiór komunikatu są nieprawidłowe.

W początkowej fazie choroby głównymi deficytami, jakie obserwuje się u pacjentów, są tzw. zaburzenia nominacyjne (lub amnestyczne), które polegają głównie na zapominaniu nazw przedmiotów, nazwisk, kolorów, itp. Czasami, aby pomóc choremu w przypomnieniu sobie nazwy, wystarcza podpowiedzenie pierwszej sylaby lub zastosowanie tzw. dokończenia zdania.

Na przykład: pacjent patrzy na grzebień i nie może przypomnieć

sobie nazwy. Opiekun może pomóc w dwojaki sposób:

1. podpowiada sylabę – To jest grze..... (grzebień)
2. podpowiada z pomocą zdania – Ten przedmiot służy do czesania, włosy czesamy (grzebie-niem)

W miarę, jak choroba postępuje, zaburzenia językowe również stają się coraz bardziej nasilone, doprowadzając do stopniowej utraty posługiwania się mową zarówno w sferze rozumienia, jak i budowania wypowiedzi, prowadząc w efekcie do mutyzmu, czyli całkowitego braku mowy.

W literaturze problemy tego typu nazywane są afazją – oznacza to, że osoba do momentu zachorowania posługiwała się mową, natomiast na skutek zmian patologicznych w mózgu utraciła tę umiejętność.

W Polsce jak dotychczas niewiele pisze się o afazji w AD, więcej na ten temat możemy znaleźć w opracowaniach zagranicznych. Do tej pory nie udało się jednoznacznie ustalić typologii zaburzeń mowy w AD. Ostatnie opracowanie autorstwa Emery z 1985r. proponuje nazwać zaburzenia mowy afazją progresywną lub afazją regresywną. W pierwszym przypadku wskazanie jest na postępujący (progresywny) charakter choroby, która prowadzi w efekcie do zaburzeń językowych, w drugim – autorka miała na myśli wycofywanie się (regres) z umiejętności posługiwania się językiem i mową, co również prowadzi do

głębokiego stopnia zaburzeń komunikowania się.

Jakkolwiek nie nazwiemy problemu, mamy do czynienia z osobą, która ma trudności ze zrozumieniem i tworzeniem wypowiedzi, co bezpośrednio wpływa na cel i metody pracy logopedycznej.

Biorąc pod uwagę postępujący charakter schorzenia, praca logopedy z pacjentem jest możliwa do momentu, kiedy zachowana jest funkcja rozumienia, a głównym celem terapii jest ułatwienie porozumiewania się chorego z otoczeniem. Terapia powinna obejmować zarówno pracę z pacjentem, jak i jego rodziną lub opiekunem.

Wśród metod pracy z osobami dotkniętymi AD wymienia się:

1. trening pamięci – wskazany jest zwykle we wczesnych stadiach choroby, gdy zachowana jest możliwość przyjmowania różnych informacji, jak również umiejętność zrozumienia wydawanych poleceń odnośnie wykonywania zadań; pozytywne efekty przynoszą metody treningowe, które dotyczą konkretnych umiejętności dnia codziennego oraz obejmują kilka zakresów uczenia się (mowa, ćwiczenia motoryczne); ponieważ chorzy szybko zapominają tego, czego się nauczyli, zadania należy wykonywać często, nawet kilka razy w ciągu dnia, ale przez krótki okres czasu (10-15 min)
2. trening ukierunkowany na realność (ROT – reality orientation training) – w przypadku tej me-

tody tak dostosowuje się otoczenie pacjenta, aby dostarczało mu ono stałego strumienia informacji pozwalających na orientację; możliwe jest to dzięki dostarczaniu podopiecznemu stałych informacji z użyciem tzw. kotwic ratunkowych, którymi są: zdjęcia, tablice z informacyjnymi symbolami i rysunkami (mogą to być piktogramy), notatki na karteczkach samoprzylepnych, itp.; przy tej metodzie pozytywne wyniki osiąga się dzięki stałemu ukierunkowaniu na rzeczywistość

3. metody biograficzne – ich celem jest, aby pacjent jak najdłużej zachował wspomnienia dotyczące własnego życia; w tej metodzie można posługiwać się zdjęciami, fragmentami piosenek, wierszy, tekstami modlitw, itp., także znane smaki i zapachy pomagają w zachowaniu wspomnień i również są swoistymi kotwicami ratunkowymi

4. walidacja – „respektowanie samej osoby” to metoda nastawiona głównie na uznanie ważności świata chorego, jest ona szczególnie pomocna w późniejszym stadium choroby i w przypadku podopiecznych w zaawansowanym wieku; polega na stosowaniu niewerbalnych metod komunikowania się – dotykanie, kontakt wzrokowy, ton głosu, uśmiech

– zyskują one na znaczeniu, gdyż uczucia, jakie przekazuje pacjent, powinny być ujawnione zarówno w sposób werbalny (jestem zły, boję się), jak i niewerbalny.

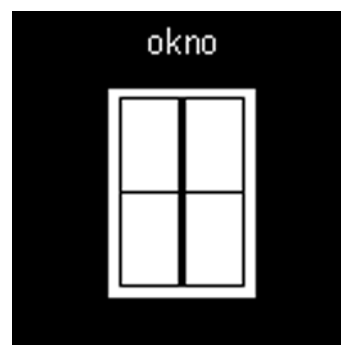
5. otoczenie terapeutyczne – w tej metodzie działania opiekunów i otoczenia chorego obejmują całościowe ukształtowanie codziennych aktywności, można to wykonać poprzez stworzenie przyjemnego i bezpiecznego otoczenia, usunięcie źródeł potencjalnego zagrożenia, ułożenie stałego planu dnia, stałe osoby do kontaktu, itp.

Każda z wymienionych powyżej metod powinna być stosowana łącznie z innymi. Do metod wspomagających mowę można zaliczyć tzw. alternatywne lub wspomagające metody komunikowania się (AAC – Augmentative and Alternative Communication). Jest wiele metod AAC, mogą to być symbole zaczerpnięte z języka migowego (MAKATON) lub obrazkowe (PIKTOGRAM). Mając na uwadze trudności, jakie występują w AD, korzystniejsze są PIKTOGRAMY. Metoda ta „przywędrowała” do Polski ze Szwecji, gdzie jest powszechnie wykorzystywana w pracy z osobami niepełnosprawnymi. PIKTOGRAMY są prostymi obrazkami wykonanymi

na czarnym tle. Obrazek jest schematyczny, przez co łatwy w odbiorze i dodatkowo zaopatrzone w podpis. Baza PIKTOGRAMÓW zawiera kilka tysięcy obrazków, wśród których znajdziemy części ciała, owoce, czynności, nazwy budynków i wiele, wiele innych. Dzięki temu możemy tworzyć tzw. tablice komunikacyjne, przy pomocy których możemy porozumiewać się z podopiecznym, a także zaplanować listę zakupów, przygotowanie kanapki, oznaczyć pomieszczenia w domu, itp. Jest to doskonały sposób wsparcia dla wymienionego wcześniej „treningu ukierunkowanego na realność”, gdzie wykorzystujemy tablice informacyjne. Tablice PIKTOGRAMÓW do komunikowania zawsze tworzy się indywidualnie, według potrzeb podopiecznego i jego otoczenia.

Poniżej przykładowe zastosowanie PIKTOGRAMÓW

Posługiwanie się PIKTOGRAMAMI nie jest trudne, a przynosi wiele satysfakcji, gdyż umożliwia „prowadzenie” rozmowy i w początkowej fazie choroby przeciwdziałania wycofywaniu się osoby chorej z życia codziennego, gdyż pacjent zyskuje dodatkową, nie tylko werbalną, możliwość wypowiedzenia się.



Przy pomocy PIKTOGRAMÓW zapisano zdanie: „Ja pukam w okno”

Opieka nad chorym z otępieniem w zaawansowanym stadium

dr n. med. Joanna Siuda

W początkowej fazie choroby, działania lekarskie koncentrują się na ustaleniu odpowiedniej terapii, obejmującej zastosowanie leków wpływających przede wszystkim na zaburzenia pamięci i innych funkcji poznawczych - jako głównych problemów otępienia. Do dostępnych w Polsce leków stosowanych w zespołach otępiennych, a przede wszystkim w chorobie Alzheimera, należą preparaty donepezylu oraz rywastygminy. Zawsze powinno się dążyć do uzyskania pełnej dawki terapeutycznej obu w/w leków. W średnio zaawansowanym i zaawansowanym otępieniu, istnieje możliwość dołączenia do w/w terapii dodatkowo me mantyny - leku również działającego na zaburzenia funkcji poznawczych oraz redukującego objawy zaburzeń zachowania i objawy psychopatologiczne.

Ze względu na postępujący charakter choroby, z biegiem czasu do objawów zaburzeń pamięci dołączają się zaburzenia zachowania np. agresja, czy zaburzenia psychotyczne, jak omamy i urojenia. Objawy te powinny skłonić do wizyty u specjalisty - psychiatry bądź neurologa, jednak przed włączeniem dodatkowych leków należy najpierw przeanalizować przyczyny wstąpienia w/w objawów. Zaburzenia zachowania - w tym agresja - mogą być nie tylko związane z naturalnym postępem choroby, ale często są prowokowane sytuacją zewnętrzną np. niezrozumieniem przez chorego co się do niego mówi, czy lękiem



związanym z wykonywaniem niektórych codziennych czynności, np. kąpielą. Dopiero po wykluczeniu wszystkich w/w przyczyn należy rozważyć farmakoterapię, którą dopasuje specjalista. W tym wypadku nie należy obawiać się stosowania leków przeciw psychotycznym, gdyż podawane pod kontrolą lekarską i w odpowiednich dawkach, nie doprowadzą do nadmiernego stłumienia aktywności chorego, a pozwolą opanować tak uciążliwe dla opiekuna zaburzenia zachowania.

Nie należy zapominać o terapii pozafarmakologicznej - zwłaszcza na początku choroby, powinno się mobilizować chorego do ćwiczeń pamięci, których formularze otrzymać można bezpośrednio w przychodni specjalistycznej, bądź znaleźć na stronach internetowych towarzystw alzheimerowskich. Podtrzymywanie aktywności intelektualnej można realizować również poprzez zachęcanie chorego do czytania prasy i książek, wspólne granie w

gry planszowe, bądź karty, czy też rozwiązywanie krzyżówek lub innych łamigłówek słownych i tematycznych. Równie ważnym elementem wspomagającym terapię u chorego z otępieniem jest zachowanie aktywności fizycznej, które można realizować przez codzienny spacer, krótką poranną gimnastykę itp.

Wraz z postępem choroby zmieniają się jednak potrzeby chorego, a tym samym zmianie musi ulec rodzaj opieki. Opisane powyżej leki o działaniu objawowym w otępieniu, powinny być stosowane do momentu, w którym mamy możliwość oceny efektu ich działania. W głębokim otępieniu - kiedy chory jest unieruchomiony w łóżku, a jedyny możliwy kontakt to kontakt pozawerbalny - dominujące stają się problemy natury ogólnomedycznej, jak zakażenia dróg moczowych, zapalenie płuc, zakrzepica żylna, obrzęki, odleżyny itp. Należy pamiętać, że często jedynym objawem wskazującym na zaostrzenie choroby przewlekłej, bądź wystąpienie nowego problemu (np. infekcji), jest nasilenie objawów otępienia - pojawienie się pobudzenia, splątania, czy odwrotnie wystąpienie senności i apatii.

W tym okresie procesu leczenia powinniśmy uwzględnić przede wszystkim korzyści chorego - w aspekcie nie tylko długości życia, ale przede wszystkim jego jakości. Terapia powinna być zatem ograniczona jedynie do schorzeń pogarszających jakość życia, bądź w wyraźny sposób skracających jego

trwanie, a liczba leków powinna być zredukowana do niezbędnego minimum.

U chorych leżących lub spędzających większość czasu w pozycji siedzącej należy stosować profilaktykę przeciwzakrzepową, w postaci podawania heparyn drobnocząsteczkowych. U chorych z wieloletnim nadciśnieniem tętniczym w zaawansowanym otępieniu, problemem jest skłonność do dużych wahań ciśnienia np. spadków związanych ze zmianą pozycji lub wzrostem w wyniku emocji. Ciśnienie tętnicze u tych chorych powinno być obniżane tylko nieznacznie, a w niektórych przypadkach można całkowicie zrezygnować z leków. Natomiast u chorych z cukrzycą i otępieniem największym zagrożeniem jest hipoglikemia (niski poziom glukozy we krwi), która może spowodować trwałe uszkodzenie mózgu, nasilać zaburzenia poznawcze, bądź wreszcie prowokować wystąpienie zabu-

rzeń zachowania i innych zaburzeń sfery psychicznej. Chętniej stosuje się tu insuliny krótkodziałające, których dawkę opiekun dostosowuje do chwilowego poziomu glukozy we krwi.

Biorąc zaś pod uwagę choroby infekcyjne - u osób z głębokim otępieniem do najczęstszych schorzeń należą zakażenia dróg moczowych oraz zapalenie płuc, które z reguły przebiegają ciężiej i niosą ze sobą wyższe ryzyko śmiertelności, niż w populacji ogólnej. Zapalenie płuc jest czwartą przyczyną zgonów w wieku podeszłym, dlatego też - poza leczeniem - konieczne należy pamiętać o profilaktyce poprzez stosowanie sezonowych, corocznych szczepień przeciw grypie.

Mimo tak dużego narażenia chorych z otępieniem na dodatkowe schorzenia, bądź zaostrzenie chorób przewlekłych, należy w miarę

możliwości ograniczyć konieczność hospitalizacji do niezbędnego minimum. Warunki szpitalne nie są dobrym rozwiązaniem dla diagnostyki i leczenia chorego z otępieniem, powodując wysokie narażenie na wystąpienie pobudzenia, agresji czy psychozy, które związane są ze zmianą otoczenia i brakiem obecności opiekuna w pobliżu, bądź wystąpieniem zakażeń szpitalnych bezpośrednio zagrażających życiu. Hospitalizacje chorych z otępieniem powinny być zatem ograniczone jedynie do sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia.

Opieka nad chorym z otępieniem jest trudna, wymaga od opiekuna cierpliwości, pokory, spokoju, zrozumienia. Opieka nad chorym z otępieniem to wyzwanie dla jego najbliższych, sprawujących bezpośrednią opiekę, którzy rzadko znajdują w społeczeństwie właściwe dla tego problemu zrozumienie i rzeczywistą pomoc.



Miasto Katowice w służbie pomocy osobom starszym i niepełnosprawnym

Krystyna Siejna, Wiceprezydent Miasta Katowice



Miasto Katowice w ramach działania Miejskiej strategii rozwiązywania problemów społecznych dąży do zapewnienia odpowiednich form opieki osobom wymagającym takiej pomocy poprzez aktywizowanie osób starszych i niepełnosprawnych do udziału w życiu społecznym poprzez:

Problemy, które występują u osób starszych to połączenie dysfunkcji zdrowotnej, społecznej i często ekonomicznej. Po przejściu na emeryturę często następuje utrata kontaktu ze środowiskiem zawodowym, spadek mobilności, kurczenie się przestrzeni społecznej, często połączone z obniżeniem dochodu. Nierzadko występuje doświadczenie utraty osób

z grona rówieśniczego, przeżywanie żałoby, wdowieństwo, ograniczenie/utrata stosunków z sąsiedztwem. Zjawisku samotności niejednokrotnie towarzyszy mniejsza sprawność fizyczna, psychiczna, utrata pewnych umiejętności, zagrożenie niezależności. Samotność

u ludzi starych, pojawia się pomimo obecności rodziny/ dorosłych dzieci/, doświadczenie niepotrzebności, niedostosowania do nowych technologii, pośpiechu, zmian. U niektórych osób pojawiają się zakłócenia zdolności orientacyjnych w otoczeniu. Ich sytuacja wymaga zwiększonych nakładów finansowych na uzyskiwanie pomocy opiekuńczej, leczenie

się, rehabilitację. Problemy z pamięcią utrudniają oszczędzanie energii, wody a nawet stają się przyczyną powstawania niebezpieczeństw w eksploatacji mieszkania, np. używania piecyka gazowego, kuchenki gazowej. U części osób powstaje problem z opłatami, z niedostosowaniem mieszkania do stanu sprawności, kłopoty techniczne w mieszkaniu.

W związku z problemami występującymi u osób starszych miasto Katowice wdrożyło Miejski Program Pomocy dla Osób Starszych i Niepełnosprawnych „Siedemdziesiąt Plus”.

Działania podejmowane w ramach programu są ukierunkowane głównie na zaspakajanie potrzeb w wielu sferach życia.

Z programu „Siedemdziesiąt Plus”, korzystać mogą również repatrianci oraz uchodźcy przebywający na terenie miasta Katowice na takich samych zasadach jak wszyscy obywatele Rzeczypospolitej Polskiej.

Możliwość korzystania z szerokiego wachlarza ofert wsparcia zapobiega również procesowi wykluczenia społecznego, na który w szczególności narażone są osoby starsze, niepełnosprawne, jak również grupy osób o odmiennej kulturowości.

Poprzez możliwość korzystania z oferowanych form wsparcia w ramach programu „Siedemdziesiąt Plus” osoby przybywające

z zagranicy z zamiarem zamieszkania na terenie miasta Katowice mają szansę na lepszą integrację ze środowiskiem lokalnym.

Program „Siedemdziesiąt Plus” w mieście Katowice jest pierwszym tak specjalistycznym, wieloetapowym programem, który stara się wesprzeć osoby starsze w każdej dziedzinie życia. Staramy się zabezpieczyć wszystkie potrzeby osób starszych zamieszkujących w mieście Katowice. Innowacyjność programu polega na tym, iż jest to specjalistyczny program wieloetapowy. Osoby starsze mogą skorzystać z pomocy oferowanej w ramach programu w różnych sferach życia, a w jego realizację zostały włączone instytucje miejskie.

Ponadto w Katowicach w ramach „Programu Profilaktyki i Promocji Zdrowia dla miasta Katowice na lata 2007-2013” organizowane i finansowane są programy profilaktyczne, których celem jest wczesne wykrywanie i zapobieganie wielu chorobom, w tym również szeroka oferta przeznaczona dla osób po 65 r. z.:

1) Program profilaktyki dla osób trzeciego i czwartego wieku.

Program ten skierowany jest do mieszkańców Katowic, którzy w danym roku kalendarzowym ukończyli 60, 61, 62 oraz 75, 76 i 77 lat.

Każda uprawniona osoba, która zgłosi się do udziału w „Programie profilaktyki dla osób trzeciego i czwartego wieku” zostanie objęta następującymi badaniami:

■ morfologia krwi, CRP, TSH, oznaczenie poziomu cholesterolu całkowitego, frakcji cholesterolu, trójglicerydów w surowicy krwi, oznaczenie poziomu glukozy, oznaczenie poziomu PSA – tylko u mężczyzn,

■ dokonanie lekarskiej oceny stanu zdrowia według określonego protokołu badania,

■ badanie palpacyjne piersi u kobiet,

■ badanie wzroku z użyciem tablic okulistycznych,

■ orientacyjne badanie słuchu,

■ przeprowadzenie oceny czynników ryzyka złamania biodra,

■ ocena sprawności fizycznej z wyłonieniem osób zagrożonych niesprawnością ruchową,

■ badanie sprawności pamięci MMSE (mini mental status examination) dla osób wyrażających zgodę na badanie,

■ edukacja zdrowotna z zakresu zasad zdrowotnego stylu życia,

■ interpretacja uzyskanych wyników oraz ewentualne skierowanie

do dalszej diagnostyki w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Udział osób starszych w ww. programie profilaktycznym pozwala na wczesne zdiagnozowanie ukrytych schorzeń wieku starszego, w tym również zaburzeń pamięci oraz wdrożenie działań zapobiegawczych, co korzystnie wpływa na poprawę, jakości życia seniorów.

2) Działania skierowane na zapobieganie chorobom zakaźnym wśród osób starszych:

a) Szczepienia ochronne przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, grypie

i pneumokokom wśród populacji dorosłych mieszkańców Katowic - osób po 65 r.ż. przebywających w całodobowych domach pomocy społecznej, zakładach opieki długoterminowej z terenu Katowic.

Niektóre choroby zakaźne są szczególnie groźne dla życia i zdrowia osób w starszym wieku powodując liczne powikłania. Dlatego też w Katowicach prowadzone są działania skierowane na zapobieganie tym chorobom poprzez szczepienia ochronne dla osób starszych po 65 r. ż., szczególnie przebywających

w dużych skupiskach, jakimi są domy pomocy społecznej, zakłady opieki długoterminowej, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze i pielęgnacyjno- lecznicze.

Osoby starsze przebywające w ww. zakładach uodparniane są poprzez szczepienia ochronne przeciwko następującym chorobom: grypie, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, pneumokokom. Szczepienia te organizowane są corocznie i finansowane z budżetu miasta Katowice.

b) Akcja szczepień p/grypie dla mieszkańców Katowic w wieku powyżej 65 r. ż.

w związku z faktem, że do grupy ryzyka wystąpienia groźnych dla życia i zdrowia powikłań grypy należą osoby starsze po 65 r. ż., od 2006r. w mieście Katowice organizowane

są jesienią każdego roku bezpłatne szczepienia p/grypie dla tej grupy mieszkańców.

O możliwości skorzystania z bezpłatnych szczepień ochronnych mieszkańcy są informowani za pośrednictwem środków masowego przekazu, plakatów, ulotek i ogłoszeń na stronach www.

Babciu, dziadku – proszę do stołu!

**Lek.med. Urszula Kanik, Internista, Górnośląskie Centrum Medyczne
Katowice-Ochojec, Przychodnia Specjalistyczna**

Prawidłowe żywienie jest jednym z najważniejszych gwarantów zdrowia człowieka w ujęciu całego jego życia. Dbamy o właściwe karmienie niemowląt, dbamy o zdrowie i pełnowartościową dietę dzieci w okresie dojrzewania, a zapominamy, że żywienie seniorów również powinno się świadomie zaplanować.

Potrzeby żywieniowe zmieniają się z upływem czasu, z

postępem dojrzewania, wzrostu i starzenia. Z upływem lat nasz organizm pracuje coraz wolniej. Niekorzystne zmiany nie omijają przewodu pokarmowego. Zmniejsza się ilość wydzielanej śliny i soków trawiennych, trudniej więc trawić pokarm. Następuje zwolnienie perystaltyki jelit, zmienia się flora bakteryjna jelita grubego, składniki odżywcze są gorzej przyswajane. Przyczyną niewłaściwego

odżywiania bywają też braki w uzębieniu, utrudniają one żucie i rozdrabnianie pokarmów, co również zaburza trawienie.

Jeśli nie dostosujemy diety do tych nowych warunków, grożą nam dolegliwości ze strony układu pokarmowego, ale też ogólne pogorszenie samopoczucia wynikające z niedoboru składników pokarmowych.

Kolejnym, ważnym elementem wpływającym na sposób



żywienia jest „chudy portfel”. Brak pieniędzy sprawia, że w diecie emeryta brakuje pełnowartościowego białka zwierzęcego /chude mięso i dobre gatunkowo wędliny/ po prostu jest zbyt drogie.

Żywnienie osób starszych powinno być dostosowane do ogólnego stanu zdrowia. Powiedzenie „jadłem to przez całe życie i byłem zdrowy” musi być zweryfikowane.

Po przekroczeniu około 65 roku życia zapotrzebowanie kaloryczne zmniejsza się. Pożywienie osób starszych powinno być przede wszystkim:

- urozmaicone
- lekkostrawne
- wysoko wartościowe wg zasady „mało a dobrze”
- zawierać dostateczną ilość białka, witamin, soli mineralnych, zwłaszcza wapnia i żelaza.

Ważna jest regularność jedzenia. Ludzie starsi powinni

jadać częściej, ale mniejsze objętościowo porcje, nie mogą się przejadać.

Przy przygotowaniu potraw uwzględniamy też stan uzębienia i układu trawiennego. Osoby starsze mają często zaburzone odczuwanie pragnienia, dlatego należy popijać wodę dość często, małymi łyżkami, nawet wtedy, gdy nie chce nam się pić.

W/w uwagi dotyczą wszystkich seniorów, natomiast sposób codziennego odżywiania musi uwzględniać przede wszystkim aktualny stan zdrowia, potrzeby i ograniczenia wynikające z leczonych chorób przewlekłych, albo zachorowań ostrych /np. infekcje grypowe/. Inaczej przygotowujemy porcje dla seniorów leczonych na cukrzycę, choroby przewodu pokarmowego, choroby serca i zaburzenia gospodarki lipidowej, po operacjach, z zaburzeniami łaknienia ... i tak dalej. Dlatego trudno w jednym

artykule uwzględnić te wszystkie zalecenia jakie przekazywane są osobom starszym na przykład na wizycie lekarskiej u lekarzy specjalistów, albo lekarzy rodzinnych.

Przedstawię schematycznie potrzeby żywieniowe ludzi starszych z rozbićm na poszczególne produkty.

■ Produkty węglowodanowo-skrobiowe

Pełne ziarna zbóż, brunatny ryż, pieczywo pełnoziarniste dostarczają wit B, kwas foliowy, nierozpuszczalny błonnik, który pełni podstawową rolę w zapobieganiu zaparciom.

■ Warzywa

Warzywa o zielonych liściach, takie jak kapusta, kapusta włoska, szpinak są niedrogi i łatwo je przyrządzić. Poza składnikami odżywczymi dostarczają beta-karoten, wit. B, E, kwas foliowy, wapń, żelazo i magnez. Ziemiaki dobrze wypełniają

żołądek, są tanie i stanowią źródło węglowodanów.

■ Owoce

Owoce cytrusowe, truskawki dostarczają wartościowej wit. C. Jabłka i gruszki zawierają korzystny dla organizmu błonnik rozpuszczalny, umożliwiający obniżenie poziomu cholesterolu we krwi. Banany są dobrym źródłem potasu i węglowodanów.

■ Suche nasiona roślin strączkowych

Zawierają większość witamin z grupy B, błonnik rozpuszczalny i nierozpuszczalny oraz dużo białka.

■ Mięso, podroby i drób

Podroby, na przykład wątroba i nerki, stanowią niedrogie, bogate źródło białka. Tak jak i mięsa dostarczają witaminy B, A, D, E i kwas foliowy, a także żelazo i cynk. Drób jest szczególnie odpowiedni dla osób starszych.

■ Produkty mleczne

Mleko, ser i jogurt poza wartościowym białkiem dostarczają witamin oraz wapnia istotnego dla utrzymania masy kości.

■ Jaja

Są łatwe do przyrządzenia i spożycia. Mają pełnowartościowe białko, witaminę A i D. Ze względu na wysoką zawartość cholesterolu ilość spożywanego na 1 tydzień jaj musi być indywidualnie dobrana / bierze się też pod uwagę jaja stosowane w przetworach na przykład w makaronach, ciastach czy kluskach/.

■ Ryby

Wszystkie ryby dostarczają białka wysokiej jakości oraz witamin z grupy B. Tłuste ryby takie jak makrela, śledzie zawierają niezbędne kwasy tłuszczowe, witaminę A i D.

Dobrze przygotowana dieta, która zabezpiecza dzienne zapotrzebowanie na podstawowe składniki pokarmowe, witaminy i minerały, gwarantuje naturalną odporność organizmu. W razie potrzeby uzupełnienia niedoborów pokarmowych można w szczególnych przypadkach spożywać tak zwane suplementy diety, ale tylko na zlecenie lekarza leczącego. Su-

plementy stosowane przypadkowo w wieloskładnikowych kompozycjach mogą okazać się szkodliwe.

I na koniec chciałam przytoczyć kilka uwag z „Poradnika Lekarskiego dla Wszystkich Stanów” wydanego w 1860 roku, które znakomicie streszczają obowiązujące od zawsze zasady:

- „Pokarmy przyjmowane w ilości umiarkowanej i z apetytem, dobrej własności /.../ sprawiają uczucie przyjemne, zadowolenie, powracają siły i wszelkie funkcje wykonywają się swobodnie”;
- „Dorosły człowiek może jeść wszystko tylko dobrego gatunku i umiarkowanie. Jedzenie powinno być więcej lekkie jak obfite”;
- „Prawość, łagodność, uczucie piękna i sprawiedliwości znajduje się raczej u ludzi skromnych w jedzeniu jak u takich którym żołądek daje zapomnieć o wszelkich uczuciach serca”.

Katowice 16.08.2010

Gdy starość przychodzi zbyt wcześnie

Hanna Paszko /SSA/ Pielęgniarka

„Ja wiem, to trudne, gdy ciało odmawia posłuszeństwa. Coś na ten temat wiem. Ale trzeba zawsze być młodym”
Papież Jan Paweł II



Społeczeństwo polskie, starzeje się coraz szybciej. Potwierdzają to badania przeprowadzone przez specjalistów wielu dziedzin. Naukowcy zgodnie stwierdzają, że liczba osób, które przekroczyły 80 lat, zbliża się w Polsce (już teraz) do miliona. Przewidują, że liczba będzie systematycznie wzrastać. Wystar-

czy rozejrzeć się wokół siebie aby dostrzec tę postawioną przez naukowców w realnym świecie.

Według demografów na szybkość starzenia się społeczeństw (polskiego także) mają wpływ trzy zjawiska:

1- wydłużenie przeciętnego trwania życia jednostek;

2- przemiany w zakresie normy obyczajowej do niedawna wyznaczającej status kobiety (emancypacja, skolaryzacja, praca zawodowa, swoboda ekonomiczna itd.);

3- przechodzenie społeczeństw od modelu rodziny tradycyjnej i wielodzietnej do modelu rodziny nuklearnej (dwpoko-

leniowa, coraz późniejsze rodzi-
cielstwo, jedno lub dwoje dzieci,
co nie jest gwarantem prostej za-
stępowności pokoleń i w konse-
kwencji przynosi zerowy przyrost
naturalny).

Do starości przybliżamy się nie-
ustannie każdego dnia. To co do
niedawna wydawało się dalekie
- prawie niewidoczne dla oka
ludzkiego, już jutro może stać się
naszą rzeczywistością, naszą wła-
sną starością. Czy jesteśmy na
ten moment przygotowani? Czy
może wydaje nam się (z powodu
dobrego samopoczucia i wciąż
dobrej kondycji fizycznej), że sta-
rymi będą nasi znajomi, sąsiedzi
ale nie my?

Czas biegnie nieprzerwanie do
przodu odciskając swój ślad na
każdej jednostce ludzkiej. Im
szybciej sami przybliżymy się do
tematu (do starości) tym mniej
będzie rozczarowania i niepokoju
w przyszłości.

Przecież starość to nie choroba,
nie nagły wypadek.

Starość to nasza nieuchronna
przyszłość!!!

„Uważa się, że dobrze jest być
zdrowym i silnym, ale wielu ludzi
energicznych traci zdrowie
i siłę nie biorąc pod uwagę tego,
co niesie starość – i nie dbając
o siebie – aż już jest za późno.” –
B.HOFF

STAROŚĆ - była i nadal jest, in-
spiracją i motywem przewodnim
dla wielu artystów, w tym także
malarzy. Ludzie obdarzeni pięknem
postrzegania i artystyczną
duszą, poprzez analogię do zja-
wisk zachodzących w naturze,
snują swoje wyobrażenia na temat
ludzkiego dojrzewania i ludzkiej
starości. Tej samej, która dla jed-
nych jest czasem wartości i doj-
rzałego umysłu a dla drugich cza-
sem fizycznej nieatrakcyjności,
czasem chorowania i słabości.

Zdarza się, że artysta malarz
przedstawia dojrzewanie czło-

wieka, we wszystkich jego struk-
turach (biologicznej, fizycznej,
społecznej i duchowej), na
przykładzie wyglądu kobiety na
przestrzeni lat oraz zmian, które
można zaobserwować gołym
okiem. Widziałam, zmuszające
do osobistej głębokiej zadumy,
cztery obrazy ludzkiej egzystencji
- niczym cztery pory roku. Wciąż
pozostają pod ich wrażeniem:

- obraz pierwszy – to mała
dziewczynka z urokliwą niewin-
nością i niczym nie skażoną uf-
nością:

- obraz drugi – na nim ma-
larski pędzel namalował kobietę
dojrzałą (rozkwitłą), życiowo
owocującą poprzez emanujące
z niej macierzyństwo;

- obraz trzeci – dojrzała
i doświadczona życiowo kobieta
z całą gamą wewnętrznego i du-
chowego piękna i przyproszonymi
siwizną włosami na głowie:

- obraz czwarty – w nim
artysta zamknął ludzką wędrówkę
po krainie życia. Ukazał kobietę
bardzo dojrzałą o skurczonej syl-
wetce, pomarszczonej skórze i na
zawsze utrwalonej dawnej radości
przeżywanych chwil, którą do-
strzec można w źrenicach oczu.

Moim zdaniem, w tych czterech
niezwykłych obrazach, zawarte
jest całe piękno ludzkiego trwania
, kruchości życia i przemijania.

Wielką mądrością nasycona jest
artystyczna zdolność postrzega-
nia i rozumienia. Artyści – rozu-
miejąc dokąd zmierza biologiczny
człowiek, starają się, poprzez od-
działywanie na odbiorcę, wy-
wołać ludzi do starości.

Wydaje się, że w tym zabieganym
współczesnym świecie, artystyczne
przesłania to za mało.

Wychowywać do starości powin-
niśmy wszyscy, niezależnie od
wykształcenia, wykonywanego
zawodu, pełnionej roli rodzinnej
i społecznej.

Starość to nasza nieuchronna
przyszłość, nasz dzień jutrzejszy
!

Starość nie może być zaskocze-
niem!

Nie może też być kłopotem dla lu-
dzi młodych...

„Studenci pewnego uniwer-
sytetu zostali poproszeni o wyko-
nanie na koniec tygodnia „zadania
domowego „- miało nim być
długie i czułe objęcie własnego
ojca.

- Nie mogę tego zrobić –
zaprotestował jeden z nich, - mój
ojciec umarłby z przerażenia.

- Poza tym – powiedział
drugi, - mój ojciec przecież i tak
wie, że go kocham.

- To znaczy, że nie jest to
takie trudne – powiedział profes-
sor, - Dlaczego więc tego nie zro-
bisz?

W poniedziałek wszyscy opowia-
dali ze zdziwieniem o tym, jak
niezwykle rezultaty przyniosło to
doświadczenie.

- Mój ojciec rozplakał się!
- powiedział jeden. Drugi, nato-
miast, dodał:

- Tonieprawdopodobne. Mój oj-
ciec podziękował mi za to ...”

Czy wiemy jakie byłoby nasze za-
chowanie w podobnym doświad-
czeniu?

A jakie może być zachowanie na-
szych dzieci?

To co nieznane wyzwała lęk!

Starość rodziców, z powodu bra-
ku odpowiedniej wiedzy i braku
miłości, staje się wiele razy bez-
pośrednim powodem niepokoju
i lęku...

Dzisiaj, zdarza się (i to wcale nie
tak rzadko), że młodzi dzwonią
z zapytaniem: gdzie mogę osobę
bliską ale starą i do tego chorą,
umieścić???

Bywa, że gniewają się z powodu
braku miejsca w domu „pogod-
nej starości „...a na propozycję
przejęcia opieki przez wszystkich
członków rodziny, odpowiadają
przeważnie zniecierpliwieniem...
Powodów takich postaw, do któ-
rych należy podchodzić ze zrozu-

mieniem, jest wiele. Pierwszy – to brak dostatecznej wiedzy . Brak wychowania do starości oraz brak odpowiedniej ilości grup wsparcia dla osób opiekujących się ludźmi starszymi (często chorującymi) członkami swoich rodzin.

Wszyscy, w równym stopniu zasługujemy na dobrą, spokojną i szczęśliwą starość. Nawet wtedy, gdy zespoły o t ę p i e n n e zdominują nasz świat, gdy ciało opanuje słabość i wzrok zrobi się słaby. Nawet wtedy, gdy dotkną nas choroby bardzo trudne do nazywania i jeszcze trudniejsze do leczenia (np. choroba Alzheimera).

Pragniemy, by ten końcowy etap swojej ziemskiej egzystencji przeżywać godnie , z zachowaniem przyzwoitej jakości życia i poczuciu, że wciąż jesteśmy potrzebni i kochani.

Powinniśmy mieć świadomość tego, że jakość życia może zależeć (i tak się często zdarza) od statusu wypracowanego wcześniej oraz od wyniku zmian jakie nastąpiły w następujących wymiarach :

1 – statusie wyznaczonym stanem zdrowia, wynikającym z naturalnego procesu starzenia, występowania niepełnosprawności, obniżania się sprawności fizycznej i psychicznej, zależności od chorób przewlekłych, ograniczeń funkcjonalnych.;

2 – statusie ekonomicznym;

3 – wycofywaniu się z uprzednich form aktywności, np. z pracy zawodowej ;

4 – utraty współmałżonka lub innych bliskich członków rodziny, przejścia z pozycji osoby pozostającej w związku małżeńskim (w rodzinie) na pozycję osoby samotnej ;

5 – kurczenia się znacznych stosunków międzyludzkich w wyniku wycofywania się z uprzedniej aktywności, a także w wyniku strat naturalnych , związanych z zawężaniem się kręgu bliskich osób , znajomych, rówieśników (osamotnienie , trwanie grup wsparcia, izolacja) ;

6 – utraty niezależności i zajęcie pozycji osoby zależnej od innych (wielowymiarowa zależność).

Niezwykle rzadko zdarza się aby

starość przebiegała bez chorób, bólu, łez i niepokojów. Dlatego s t a r o ś ć potrzebuje pomocy, wsparcia i opieki osób trzecich. Trzeba jednak wiedzieć : gdzie i do kogo po odpowiednią pomoc należy się zwrócić.

Uważam, że przyszedł czas , by rozpocząć na bardzo szeroką skalę akcję informacyjną i szkoleniową na temat starości, chorób otępiennych oraz na temat zachowań ludzkich

będących wynikiem schorzeń geriatrycznych. Wtedy nieznanym stanie się znanym a przez to zrozumiałym. Wtedy - my sami , będziemy mieć nadzieję, że nasza starość będzie dobra, serdeczna i przyjazna.

LITERATURA.

1. Obuchowski K. – Starość i osobowość , Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz 2002r.

2. Ferrero B. – Czy jest tam ktoś ? , Wydawnictwo Salezjańskie, Warszawa 2000r.

3. Hanna Paszko – doświadczenia i obserwacje własne.

Zasady kierowania oraz wykaz domów pomocy społecznej działających na terenie województwa śląskiego

Opracowała Pani Bożena Kopec, pracownik socjalny TPPS 9 -Katowice

Do Domu Pomocy Społecznej kieruje się, a następnie umieszcza osoby wymagające całodobowej opieki z powodu wieku, choroby, niepeł-

nosprawności, nie mogące samodzielnie funkcjonować w dotychczasowym miejscu zamieszkania, którym nie można zapewnić niezbędnej pomocy w formie usług

opiekuńczych.

W szczególnie uzasadnionych przypadkach osoby:

1/. samotne, w podeszłym wieku (w szczególności powyżej 80 lat),

których stan zdrowia może ulec nagłemu, gwałtownemu pogorszeniu.

2/. niepełnosprawne – upośledzone bądź zaburzone psychicznie, nad którymi opiekę sprawują rodzice w podeszłym wieku, rodzina, których stan zdrowia może ulec nagłemu, gwałtownemu pogorszeniu, pomimo możliwości zapewnienia doraźnej pomocy w formie usług opiekuńczych w miejscu zamieszkania przez gminę, są kierowane do domu pomocy społecznej.

Do skierowania do DPS poza kolejnością, w szczególności kwalifikowane są osoby:

- 1/. obłożnie chore, samotne, którym świadczone są usługi, a ich zakres jest niewystarczający,
- 2/. długotrwale przebywające w szpitalu (ze względów społecznych, które nie wymagają dalszego leczenia szpitalnego, a stan ich zdrowia nie pozwala na funkcjonowanie w środowisku przy zapewnieniu różnych form pomocy środowiskowej,
- 3/. którym kończy się sześciomiesięczny pobyt w Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym i Opiekuńczo – Lecznicznym, a z uwagi na stan zdrowia nie mogą funkcjonować w środowisku, nawet przy zapewnieniu różnych form pomocy środowiskowej,
- 4/. samotne stanowiące ze względu na stan zdrowia zagrożenie dla siebie i środowiska,
- 5/. posiadają decyzję kierującą do DPS, a stan zdrowia gwałtownie się pogorszył
- 6/. kombatanci.

Poniżej przedstawiamy wykaz Domów Pomocy Społecznej działających na terenie województwa śląskiego w zależności od wskazań lekarskich typu DPS, do której powinna być skierowana osoba:

Wykaz Domów Pomocy Spo-

łecznej dla osób w podeszłym wieku:

DPS, Dąbrowa Górnicza ul. Norwida 1 tel. 264-23-92,264-25-60
DPS, Gliwice ul. Derkacza 10, tel. 232-26-46
DPS „Zacisze”, Katowice ul. Traktorzystów 42, tel. 202-54-32, 252-48-60
DPS, Racibórz ul. Grzonki 1, tel. 415-31-36, 415-86-89
DPS, Sosnowiec ul. Andersa 81B, tel. 266-50-42, 292-11-91
DPS, Sosnowiec ul. Jagiellońska 2, tel. 292-32-39
DPS, Zabrze ul. Matejki 62, tel. 271-42-58, 271-34-26
DPS, Św. Anny, Tychy ul. Kopernika 6, tel. 328-25-25
DPS, Św. Elżbiety, Ruda Śląska ul. Wolności 30, tel. 243-65-94
DPS, Chorzów ul. Powstańców 45, tel. 346-24-60
Ewangelicki Dom Opieki OSTOJA POKOJU, Bytom ul. Matki Ewy 1, tel. 286-34-00
DPS, Chorzów ul. Wandy 64, tel. 241-15-13
DPS, dla dorosłych „Nazaret”, Gliwice ul. Odrowążów 124, tel. 332-06-32
DPS „Kombatant”, Bytom ul. Stolarzowicka 33, tel. 286-37-16, 787-01-58
Caritas Archidiecezji Katowickiej
DPS „Święty Florian”, Chorzów ul. Harcerska 3 tel. 241 -10-45.

Wykaz Domów Pomocy Społecznej dla osób przewlekle somatycznie chorych:

DPS, Gliwice ul. Pszczyńska 100, tel. 232-33-50
DPS, „Przystań”, Katowice ul. Adamskiego 22, tel. 2513-919
DPS, SENIOR, Ruda Śląska ul. Puszkina 7, tel. 248-13-55
DPS, Zabrze ul. Jaskółcza 11, tel. 271-48-54
DPS, prowadzony przez Zakon Kamilianów, Zabrze ul. Cisowa 6, tel. 271-38-17
DPS, PRZYJAŹŃ, Tarnowskie Góry ul. Włoska 24, tel. 285-58-98

DPS, Jaworzno ul. Obrońców Poczty Gdańskiej 65, tel. 616-24-91

DPS, „Dom Kombatanta”, Lubliniec ul. Dr Emila Cyrana 10, tel. 356-40-04, 356-40-05

Wykaz Domów Pomocy Społecznej dla osób niepełnosprawnych intelektualnie:

DPS, Siemianowice Śląskie ul. Maciejkowicka 8, tel. 228-12-08
DPS, REPUBLIKA, Chorzów ul. Michałkowicka 4, tel. 245-90-66, 245-90-65
DPS, Świętochłowice ul. Ks.Bpa .T. Kubiny 11, tel. 245-27-35
Caritas Archidiecezji Katowickiej Osrodek M.B. Uzdrawienie Chorych DPS, Knurów ul. Szpitalna 29, tel. 336-22-33.

Wykaz Domów Pomocy Społecznej dla osób niepełnosprawnych fizycznie:

DPS, Gorzyce ul. Bogumińska 22, tel. 451-12-25
DPS, Chorzów ul. Siemianowicka 101, tel. 241-10-61

Wykaz Domów Pomocy Społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych:

DPS, Lubliniec ul. Kochcicka 14, tel. 356-32-66
DPS, Pszczyna ul. Warowna 59, tel. 210-45-81
DPS, Ruda Śląska ul. Oddz. Młodzież Powstańczej, tel. 242-86-01
DPS, Siemianowice Śląskie ul. Św. Barbary 5, tel. 228-21-03
DPS, Tarnowskie Góry ul. Gliwicka 22, tel. 285-37-85
DPS, Konwentu Bonifratrów, Cieszyn pl. Londzina 1, tel. 852-02-68

Mamy nadzieję, że zamieszczone informacje pozwolą sprawniej dotrzeć do placówek, które w trudnym okresie życia rodzin osób chorych mogą wspomóc w zapewnieniu odpowiednich warunków bytowych chorym członkom rodziny.

SIEDMIU WSPANIAŁYCH

Bezinteresownie nam pomogli



Pan KRZYSZTOF DANECKI

- właściciel firmy ZRI-Tychy
- gdy kłopoty z transportem, zawsze możemy liczyć na pomoc pana Krzysztofa.



Pan Manfred GRABOWSKI

- od chwili powstania stowarzyszenia co roku wspomaga nas finansowo oraz udziela rad organizacyjno - ekonomicznych



Pan FRANCISZEK KUCHARCZAK - redaktor - od pierwszego numeru dba o skład oraz szatę graficzną naszego biuletynu.

Pani MARTA ŁOZIŃSKA

- właścicielka hurtowni ogrodniczej „GRASS” z Zabierzowa k/Krakowa przekazała sprzęt ogrodniczy niezbędny do pielęgnacji terenu wokół budynku.



Pan JÓZEF MAKOWSKI

- prawnik - w każdej chwili możemy liczyć na pomoc prawną w sprawach związanych z naszą działalnością.



Pan DIETER PALETA

- architekt - opracował projekt adaptacji istniejącego budynku oraz opracowuje projekt nowego obiektu.



Pan EDWARD PILCH

- właściciel fabryki wyrobów ceramicznych z Jaworza k/Bielska przekazał na potrzeby remontowanego budynku komplet wyrobów ceramicznych.

Przedstawiamy osoby, na których pomoc i radę zawsze może liczyć nasze stowarzyszenie



mgr Małgorzata BUJAK
CSK - Ligota - Klinika Neurologii - psycholog, opiekun Grup Wsparcia



dr n. med. Agnieszka GORZKOWSKA - CSK - Ligota - Klinika Neurologii - specjalista neurolog, psycholog kliniczny



lek. med. - Urszula KANIK
- GCM - Ochojec - specjalista internista



mgr Tatiana LEWICKA
- CSK - Ligota - specjalista neurologopeda



dr n. med. Stanisław OCHU-DŁO - CSK - Ligota - Klinika Neurologii, specjalista neurolog



dr n. med. Joanna SIUDA - CSK - Ligota, Klinika Neurologii, specjalista neurolog, opiekun stowarzyszenia



dr n. med. Jan SZEWIECZEK
- GCM - Ochojec, specjalista geriatry



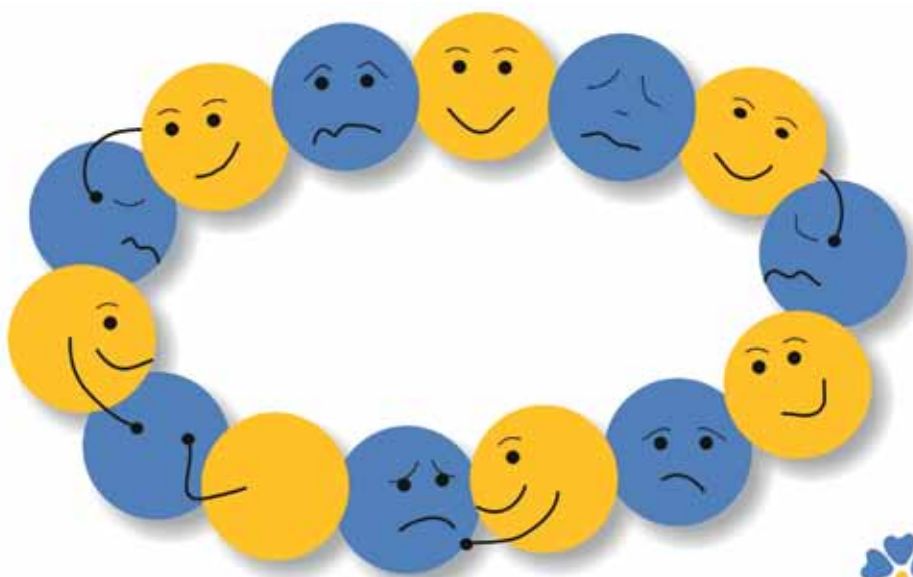
ks. Krzysztof TABATH
- porady duszpasterskie



dr n. med. Marek WRÓBEL - WSS - Jastrzębie, specjalista laryngolog

Spotkajmy się – przyjdź – porozmawiaj

Zapraszamy na comiesięczne spotkania opiekunów osób chorych.
Spotkania odbywają się w każdy drugi piątek miesiąca.
Miejsce spotkań - sala konferencyjna kliniki neurologii w Katowicach-
-Ligocie godz.14.00
W spotkaniu biorą udział zaproszeni przez Was specjaliści.
Spotkania prowadzi mgr Małgorzata Bujak- tel. 508 045 085



**Rola grup wsparcia w opiece
nad chorymi z chorobami otępiennymi**

Nasza strona internetowa:

www.alzheimer.slask.pl

e-mail: [alzheimer @ poczta. fm.](mailto:alzheimer@poczta.fm)

tel. 509 540 654

Mieszkańców Podbeskidzia informujemy iż nasz biuletyn
jest do pobrania w aptece „Farmana” w PORĄBCE.

PROSIMY
o przekazanie 1% podatku
za 2010 rok

na rzecz
Śląskiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego
KRS 0000246537

Z OSTATNIEJ CHWILI
MOŻNA PRZEKAZAĆ 1% PODATKU ZA 2010 r
NA RZECZ NASZEGO STOWARZYSZENIA.

W DNIU 2.11 2010 r DECYZJĄ SADU ŚLĄSKIE STOWARZYSZENIE ALZHEIMEROWSKIE ZOSTAŁO UZNANE JAKO ORGANIZACJA POZYTYWU PUBLICZNEGO I OD TEJ CHWILI UZYSKALISMY PRZYWILEJ POZYSKIWANIA ŚRODKÓW FINANSOWYCH W POSTACI PRZEKAZANIA 1% PODATKU NA RZECZ NASZEJ ORGANIZACJI WPISANEJ DO REJESTRU

KRS POD NUMEREM 0000246537
ŚLĄSKIE STOWARZYSZENIE ALZHEIMEROWSKIE
UL.MEDYKÓW 14, KATOWICE

POZYSKANE ŚRODKI ZOSTANĄ PRZEKAZANE NA
- OPIEKĘ NAD OSOBAMI W PODESZŁYM WIEKU

ABY NAM POMÓC WYSTARCZY W ROZLICZENIU PODATKOWYM WPISAĆ NAZWĘ NASZEGO STOWARZYSZENIA ORAZ NUMER

KRS 0000246537