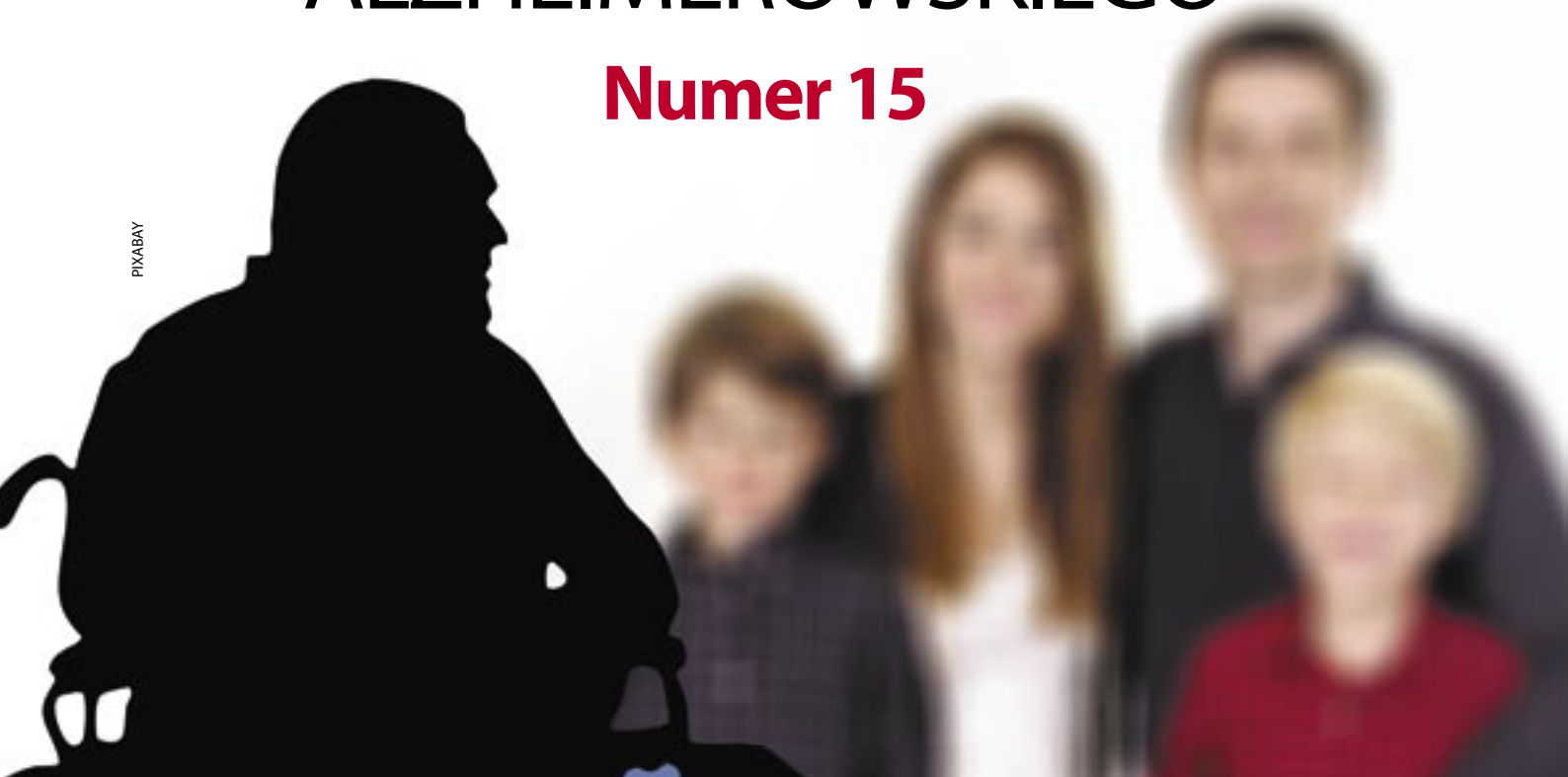


JUBILEUSZOWY BIULETYN

ŚLĄSKIEGO STOWARZYSZENIA ALZHEIMEROWSKIEGO

Numer 15



PIXABAY



KOSZTY BIULETYNU SFINANSOWANE ZE ŚRODKÓW FUNDACJI „WSPIERANIE NAUKI I OCHRONY ZDROWIA”
W POZNANIU ORAZ ŚLĄSKIEGO STOWARZYSZENIA ALZHEIMEROWSKIEGO

ISSN 1897-4767

Dnia 21.09.2021 Walne Zebranie Śląskiego Stowarzyszenia Alzheimerowskie

z tytułu szczególnych zasług dla Stowarzyszenia

nadało

Panu Kazimierzowi Bigo

współzałożycielowi i długoletniemu prezesowi

tytuł

HONOROWEGO PREZESA

ŚLĄSKIEGO STOWARZYSZENIA ALZHEIMEROWSKIEGO



Panie Kazimierzu, dziękujemy i liczymy na dalszą współpracę.

Śląskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie
Katowice ul. Kopernika 14
KRS 0000246537
NIP 6342581233
REGON240239034

Konto ING Bank Śląski – 28 1050 1214 1000 0023 0097 1815
www.katowicealzheimer.com
Tel. 503 057 322

Prezes Śląskiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego – Alicja Walusiak
Odpowiedzialny za stronę internetową – Krzysztof Walusiak
Redakcja i wydawnictwo biuletynu – Kazimierz Bigo

Słowo Pani Prezes

Alicja Walusiak



Śląskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie od kilkunastu lat niesie pomoc osobom dotkniętym chorobą Alzheimera a w szczególności rodzinom, które niejednokrotnie stają bezradne wobec problemów z jakimi muszą się zmierzyć. Zderzenie z przepisami, instytucjami, zmianami w zachowaniu osoby bliskiej to wszystko niejednokrotnie prowadzi do poczucia bezsilności i poczucia osamotnienia.

Nie możemy zaradzić każdej przeszkodzie, ale jako Stowarzyszenie staramy się pokierować, pomóc, wesprzeć „tylko tyle” a czasami „aż tyle”. Szukamy rozwiązań, miejsc, pomagamy w dotarciu do instytucji a co najważniejsze mamy czas, żeby wysłuchać i porozmawiać.

Telefon zaufania, możliwość rozmowy ze specjalistami, grupy wsparcia to część naszych działań.

Mamy świadomość jak ważna jest szybka diagnoza i rozpoczęcie leczenia, dlatego kilka razy w roku organizujemy bezpłatne badania pamięci oraz spotkania ze specjalistami. Badania przesiewowe pokazują nam jak problem zaburzeń pamięci zwiększa się każdego roku. W ostatnim kwartale na 200 przebadanych osób ponad połowa wymagała dalszej diagnozy i specjalistycznych badań.

Jako Stowarzyszenie prosimy Państwa nie bójcie się diagnozy, badania mogą wskazać problem, który nie zawsze wiąże się z występowaniem choroby Alzheimera. Korzystajcie z bezpłatnych badań, bo organizujemy je dla Was i Waszych bliskich.

Przedstawiamy Państwu kolejny biuletyn, niezwykły, bo jubileuszowy. Dwa lata temu, w 2020 r. obchodziliśmy 15-lecie powstania naszego Sto-

warzyszenia. Każdy jubileusz, duży i mały, skłania nas do wdzięczności i refleksji.

Stowarzyszenie powstało dzięki niezwyklej i skromnej osobie. To obecny Prezes Honorowy – Pan Kazimierz Bigo, który przez wiele lat poświęcał każdą chwilę swojego wolnego czasu, aby służyć innym. Dziękujemy Mu w imieniu wszystkich członków oraz sympatyków Stowarzyszenia.

To dzięki Jego staraniom powstaje właśnie kolejny numer biuletynu, który oddajemy w Państwa ręce.

Stowarzyszenie to również ludzie, na których zawsze możemy liczyć, wolontariusze oraz sympatycy.

Od samego początku biuletyn adresowany był do opiekunów osób cierpiących na choroby otępienne. Pragniemy podziękować wszystkim autorom tekstów, którzy pomimo obowiązków związanych z pracą zawodową oraz kosztem wolnego czasu nie odmówili nam pomocy, przesyłając bezinteresownie swoje artykuły.

Dziękujemy Panu Redaktorowi Franciszkowi Kucharczakowi, który opracował szatę graficzną jubileuszowego numeru.

Fundacja „Wspieranie Nauki i Ochrony Zdrowia” z Poznania pokryła w całości koszty jubileuszowego druku biuletynu.

Firma Art-Tech z Katowic wydrukowała nam jak zawsze biuletyn po kosztach własnych. Dziękujemy Panu Zbigniewowi za wieloletnią współpracę i pomoc.

Jeszcze raz dziękujemy WSZYSTKIM, dzięki którym nasz jubileuszowy biuletyn mógł się ukazać.

Biuletyn

– historia powstania

Kazimierz Bigo
– Prezes Honorowy

Rok 2005 – po załatwieniu spraw związanych z rejestracją i formalnościami sądowo – urzędniczymi powstał pomysł wydawania naszego biuletynu. Biuletyn adresowany miał być do opiekunów osób chorych.

Nie mając pojęcia jak się to robi, poprosiliśmy o pomoc Panią Senator Krystynę Bochenek. Panią Redaktor znaleźliśmy z audycji w Polskim Radiu Katowice spotkania medyczne Krystyny Bochenek. Audycję tę słuchała regularnie moja śp. mama. Pani Senator bez chwili wahania zadeklarowała nam pomoc w redagowaniu biuletynu.

08.08.2006 uzyskaliśmy wpis do rejestru dzienników i czasopism ISSN1897-4767

31.09.2006 z wielką pomocą Pani Krystyny Bochenek ukazał się pierwszy numer naszego biuletynu.

Cały nakład został rozprowadzony w ciągu 2 tygodni.

Szatę graficzną do pierwszego numeru przygotował nam bezinteresownie Pan redaktor **Franciszek Kucharczak (na zdjęciu obok)**. Pan Redaktor jest również autorem szaty graficznej obecnego numeru.

Biuletyn ukazuje się już po raz 15.

Bardzo dziękujemy wszystkim autorom artykułów, którzy nigdy nie odmówili



PIXABAY

nam współpracy w redagowaniu naszego biuletynu.

Serdecznie dziękujemy Wydziałowi Polityki Społecznej w Katowicach a szczególnie Pani naczelnik Małgorzacie Moryń - Trzęsimiech oraz pani Jolancie Wolanin za pomoc w uzyskaniu wsparcia finansowego na pokrycie kosztów związanych z drukiem biuletynu w minionych latach.



Dziękujemy drukarni Art-Tech która po kosztach własnych wykonuje nam druk biuletynu.

Biuletyn był i jest rozprowadzany bezpłatnie. Do tej pory rozprowadziliśmy 30 000 egzemplarzy naszego biuletynu.

Za przekazanie nam darowizny serdecznie dziękujemy.

Kazimierz Bigo



PIXABAY

Badania pamięci

Problemy z pamięcią mogą mieć wiele przyczyn, dlatego bardzo istotna jest wczesna diagnoza, która pomoże ustalić z jakiego powodu pojawiają się zaburzenia. W latach 2021/2022 nasze stowarzyszenie zorganizowało szereg bezpłatnych badań pamięci oraz spotkań z seniorami naszego województwa. Przebadanych w tym czasie zostało 250 osób z których część otrzymała skierowanie na szczegółowe badania kliniczne.

Całą akcję związaną z obchodami Dnia Alzheimerera w roku 2022 objął HONOROWYM PATRONATEM MARSZAŁEK NASZEGO WOJEWÓDZTWA – DZIĘKUJEMY.

W maju, dzięki życzliwości Pani Kierownik z Giszowieckiego Centrum Kultury zorganizowano badanie pamięci dla Seniorów. Dziękujemy również Panu Dawidowi z Ustronia za wsparcie naszych działań.

Badania przeprowadzili Specjaliści z Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Katowicach- Ligocie.



BADANIA W GCK – Anna Józwick oraz Alicja Walusiak



Światowy Dzień Alzheimerza to okazja, aby przybliżyć problemy osób dotkniętych chorobą oraz ich rodzin osobom, które nie znają specyfiki problemu. To czas na profilaktykę oraz na wczesną diagnozę, która poprawia jakość życia nie tylko osoby chorej, ale i opiekuna.

Dziękujemy Dyrekcji Uniwersyteckiego Centrum Medycznego oraz lekarzom i specjalistom za przeprowadzenie badań.

17.09.22 ponownie odbyły się bezpłatne badania dla Seniorów.

Specjaliści oraz wolontariusze czuwali nad sprawnym przebiegiem badań. Seniorzy oraz ich rodziny otrzymywali wstępną diagnozę oraz wskazówki, gdzie udać się po dalszą specjalistyczną pomoc. Dzięki życzliwości firm farmaceutycznych każdy otrzymywał drobny upominek.



BADANIA PAMIĘCI Śląskie towarzystwo Alzheimerowskie

JEŻELI TY LUB TWÓJ BLISKI MA KŁOPOT Z PAMIĘCIĄ lub:

- PROBLEMY Z WYŚLAWIANIEM SIĘ
- CZĘSTO GUBI PRZEDMIOTY LUB ODKŁADA JE W NIEWŁAŚCIWE MIEJSCE
- MA ZMIANY NASTROJU

Śląskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie z okazji Światowego Dnia Alzheimerza zaprasza na

BEZPŁATNE SPECJALISTYCZNE badania pamięci przeznaczone dla Seniorów naszego województwa
Prowadzący badania - kadra medyczna Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego

17.09.2022 (sobota) od godz. 9.00
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Katowice-Ligota, ul. Medyków 14

Obowiązują wcześniejsze zapisy telefoniczne pod numerem telefonu 797021361 (od poniedziałku do piątku w godz. 10.00-17.00) Ilość miejsc ograniczona.

Partnerem 2022 jest Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Głuskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach. Miło nam było namierzyć swoje kadry medyczne, a także sfinalizować galanterię reklamową.

Partnerem Honorowym Nad Odbudową Świątyni Dnia Alzheimerza Okręgu Katowickiego Województwa Śląskiego.

Województwo Śląskie

Specjaliści z Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego.



Poradnia Neurologiczna

GABINET NR 1

BADANIA PAMIĘCI

JEŻELI TY LUB TWÓJ BLISKI MA KŁOPOT Z PAMIĘCIĄ lub:

- PROBLEMY Z WYŚLAWIANIEM SIĘ
- CZĘSTO GUBI PRZEDMIOTY LUB ODKŁADA JE W NIEWŁAŚCIWE MIEJSCE
- MA ZMIANY NASTROJU

Śląskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie z okazji Światowego Dnia Alzheimerza zaprasza na

BEZPŁATNE SPECJALISTYCZNE badania pamięci przeznaczone dla Seniorów naszego województwa
Prowadzący badania - kadra medyczna Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego

17.09.2022 (sobota) od godz. 9.00
Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Katowice-Ligota, ul. Medyków 14

Obowiązują wcześniejsze zapisy telefoniczne pod numerem telefonu 797021361 (od poniedziałku do piątku w godz. 10.00-17.00) Ilość miejsc ograniczona.



21.09.2022 w Światowym Dniu Alzheimerza, dzięki bezinteresownej pomocy Giszowieckiego Centrum Kultury oraz Pani mgr Tatiany Lewickiej z Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego odbyło się spotkanie z Seniorami. Spotkanie rozpoczął wykład Pani Tatiany pt.: „Główka pracuje – czyli co trzeba wie-

dzieć o pamięci i jej zaburzeniach”, następnie przy słodkim poczęstunku był czas na pytania oraz pogawędkę. Na pytania dotyczące pomocy socjalnej odpowiadała Pani Jolanta Stępień z MOPS w Katowicach. Dziękujemy za przybycie i pomoc.

Spotkanie w GCK – wykład Pani Tatiany Lewickiej



21.09.2022 r. środa godzina 16.30

Śląskie Stowarzyszenie Alzheimerowskie zaprasza Seniorów na spotkanie przy kawie i ciastku do Giszowieckiego Centrum Kultury (ul. Mysłowicka 28)

W programie:

- Spotkanie ze Specjalistą Kliniki Neurologii - wykład pt. „Główka pracuje... Czyli co trzeba wiedzieć o pamięci i jej zaburzeniach.”
- Spotkanie z pracownikiem MOPS-u (prezenty dydaktycznej pomocy osobom w podobnym wieku)
- Spotkanie z założycielem Śląskiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego

Miło nam spotkać się z Państwem i serdecznie dziękujemy za Państwa przybycie i pomoc. Zapraszamy do udziału w spotkaniu w Giszowieckim Centrum Kultury - ul. Mysłowicka 28 w Katowicach (ul. Mysłowicka 28) w godzinach 16.30-18.00.





Upominki dla Seniorów zasponsorował Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego oraz firmy farmaceutyczne.



Badania poprzedziła audycja nagrana w Polskim Radiu Katowice przez wspierającą nas od wielu lat Panią redaktor Jadwigę Woźniakowską.



Dzięki zgodzie i życzliwości Pana Prezesa Piotra Ornowskiego nadawane były bezpłatne informacje o mających się odbyć badaniach i spotkaniach. Po audycjach rozdzwoniły się telefony dotyczące zapisów na badania.



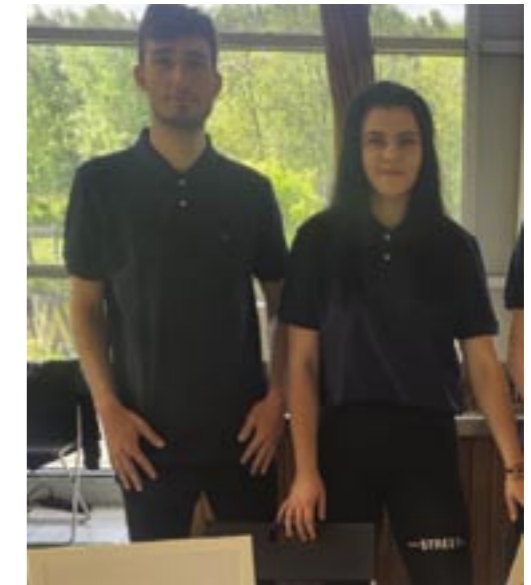
Serdeczne podziękowania składamy **wolontariuszom** za pomoc podczas badań oraz wszystkich akcji Stowarzyszenia.

Jolanta (księgowość)

Justyna i Alina (badania Ligota)



Ania oraz Agatka (badania GCK)



Mateusz i Anna – spotkania z seniorami



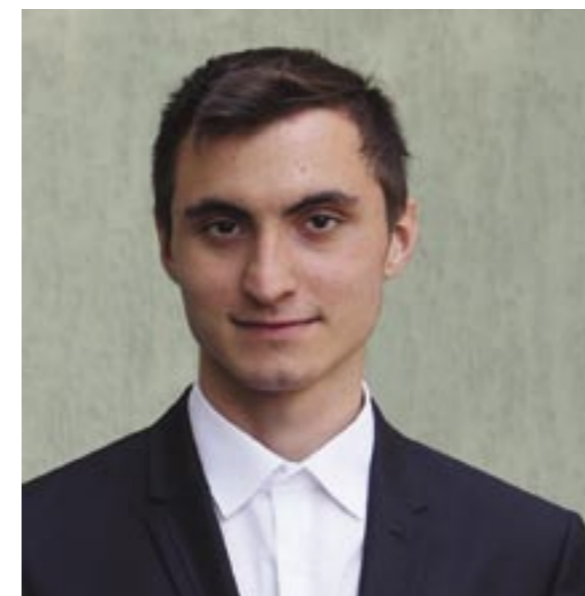
Paweł – kontakt z domami opieki

Barbara – telefon zaufania



Krzysztof – strona internetowa

Olga – fotoreportaż



Choroba Alzheimera

potrzeba stworzenia ram organizacyjnych skoordynowanej, całościowej opieki nad chorymi z otępieniem

Prof. dr hab. n. med. Jan Szewieczek
Kierownik Kliniki Geriatrii na Wydziale Nauk o Zdrowiu w Katowicach Śląskiego Uniwersytetu Medycznego



Chorobę Alzheimera traktuje się często jako synonim otępienia. Nie jest to w pełni właściwe, chociaż w potocznym znaczeniu może być akceptowane. Otępienie (czyli demencja) to zespół objawów chorobowych prowadzących do utraty zdolności do samodzielnego życia z powodu postępujących zaburzeń czynności poznawczych oraz innych zaburzeń neuropsychiatrycznych. Zespół ten, spowodowany uszkodzeniem mózgu, może mieć wiele przyczyn (nierzadko współistniejących), a najczęstszą jest właśnie choroba Alzheimera, odpowiedzialna za 60-70% przypadków otępienia. Co ciekawe, zmiany związane z tą chorobą można wykryć w mózgu już około 20 lat wcześniej, zanim pojawią się objawy kliniczne (najpierw w postaci łagodnych zaburzeń poznawczych, następnie otępienia). Drugą z kolei najczęstszą przyczyną otępienia jest naczyniowe uszkodzenie mózgu. Coraz więcej danych wskazuje na możliwy udział COVID-19 w rozwoju zaburzeń poznawczych. O ile rozpoznanie otępienia nie jest trudnym problemem diagnostycznym (opiera się o prawidłowo zebrany wywiad z chorym i opiekunem oraz test psychologiczny), to diagnostyka różnicowa przyczyny otępienia u chorego jest znacznie bardziej złożona, a zarazem bardzo ważna. Za objawami otępienia może kryć się krwíak śródczaszkowy lub guz mózgu – choroby wymagające zupełnie innego leczenia, niż choroba Alzheimera.

Zaburzenia czynności poznawczych (takich, jak: spostrzeganie, uwaga, pamięć, zdolność komunikowania się za pośrednictwem języka, orientacja w przestrzeni, liczenie, myślenie) są w pierwszym okresie choroby najbardziej dostrzegalne w zakresie

problemów pamięci krótkotrwałej (okresu ostatnich dni i tygodni). Z punktu widzenia funkcjonowania i opieki nad chorym, większe znaczenie mogą mieć jednak zaburzenia neuropsychiatryczne (brak łaknienia i niechęć do przyjmowania pokarmów, brak pragnienia i niechęć do picia, zaburzenia snu i odwróceniem okołodobowego rytmu snu i czuwania, niechęć do czynności higienicznych, apatia, niechęć do jakiegokolwiek aktywności, depresja, lęk, pobudzenie, odhamowanie, zachowania agresywne wobec opiekuna lub innych osób, urojenia i halucynacje), często współistniejące już we wczesnym okresie choroby. Negatywnie wpływają one na jakość życia chorego, tworząc czasem poważne problemy w realizacji opieki. Nierzadko prowadzą do naruszania norm i relacji społecznych, łącznie z naruszaniem prawa. Są ważną przyczyną izolacji społecznej chorych. Pogarszają współpracę chorego w zakresie przestrzegania zaleceń lekarskich i rehabilitacji, co skutkuje pogorszeniem skuteczności leczenia i większym ryzykiem działań niepożądanych. Trzeba podkreślić, że otępienie zwiększa ryzyko rozwoju

wielu innych chorób u pacjenta, pogarszając zasadniczo możliwości ich leczenia i rokowanie.

Choroba Alzheimera jest chorobą starszego wieku. Starzenie się społeczeństw, związane z jednej strony z wydłużaniem się średniego trwania życia, a z drugiej – malejącą dzietnością, przyczynia się niestety do szybkiego wzrostu liczby osób dotkniętych tą chorobą. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), otępienie jest obecnie siódmą najczęstszą przyczyną zgonów wśród wszystkich chorób i jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności i zależności wśród osób starszych na całym świecie. Szacuje się, że otępienie jest przyczyną dwóch-trzecich wszystkich przypadków ciężkiej, trwałej niepełnosprawności starszych osób w ostatnich latach życia. Ma zatem olbrzymie skutki zdrowotne, psychologiczne, społeczne i ekonomiczne, nie tylko dla osób żyjących z demencją, ale także dla ich opiekunów, rodzin i całego społeczeństwa.

Mimo ogromnych wysiłków, nie udało się dotąd opracować metod leczenia przyczynowego choroby Alzheimera. W Stanach Zjednoczonych, wiodących w zakresie badań naukowych, Agencja Żywności i Leków (FDA) zarejestrowała (mimo licznych kontrowersyjnych opinii) jeden lek, który we wczesnym okresie choroby Alzheimera (w okresie łagodnych zaburzeń poznawczych lub łagodnego otępienia) może opóźnić rozwój objawów – pogorszenia czynności poznawczych oraz funkcjonowania w życiu codziennym. Jest to Aducanumab (Aduhelm™). Lek ten zmniejsza w mózgu zawartość beta-amyloidu, patologicznego białka uważanego za najważniejszy czynnik sprawczy uszkodzenia mózgu w chorobie Alzheimera. Nie jest niestety pozbawiony ryzyka działań niepożądanych, a leczenie jest nie tylko bardzo drogie, ale wymaga też starannego monitorowania w oparciu o kosztowne procedury diagnostyczne. Dostępne, także w Polsce leki, które przejściowo mogą łagodzić objawy (zmniejszać zaburzenia poznawcze i zaburzenia zachowania) należą do dwóch grup. Pierwsza obejmuje inhibitory acetylocholinesterazy (donepezyl, rywastygmina – z licznymi preparatami o różnych nazwach handlowych), przedstawicielem drugiej jest memantyna. Czasem istnieją wskazania do stosowania leku przeciwdepresyjnego lub konieczność zastosowania neuroleptyku (np. kwetiapiny, czy rysperydonu) – w przypadku nasilonych objawów neuropsychiatrycznych. Stosowanie innych leków – w tym preparatów nootropowych, winpocetyny, czy suplementów diety (miłorząb, żeń-szeń) nie jest w chorobie Alzheimera wskazane i może u chorych przyjmujących także inne leki z powodu współistniejących chorób znacznie zwiększać ryzyko działań niepożądanych. Niestety, jest to bardzo powszechne zjawisko, będące swojego rodzaju przejawem bezradności wobec nieuleczalnej, wyniszczającej chorego i opiekuna choroby.

Trzeba jednak podkreślić, że profilaktyka otępienia, ze względu na złożoność jego przyczyn, jest – przynajmniej częściowo – możliwa. Obejmuje ona wysoki poziom edukacji dzieci i młodzieży (tak, profilaktyka otępienia powinna zaczynać się już w najwcześniejszym okresie życia!), profilaktykę zaburzeń słuchu, a przede wszystkim promocję zdrowego stylu życia i przeciwdziałanie dobrze znanym czynnikom ryzyka sercowo-naczyniowego. Przestrzeganie tych zasad zmniejsza ryzyko rozwoju otępienia nawet o 30%.

Mimo tak dużego znaczenia społecznego, otępienie jest w Polsce (i nie tylko) ciągle poza głównym nurtem zainteresowania i działań systemu opieki zdrowotnej. Niestety, pozostaje także poza obszarem zainteresowania środków masowego przekazu, wywierających kluczowy wpływ na opinię społeczną, a pośrednio – na priorytety polityki społecznej. Epidemia COVID-19 utrwaliła stagnację rozwoju sieci poradni i oddziałów geriatrycznych – głównych ośrodków diagnostyki zespołów otępiennych. Istnieje szereg form wsparcia opieki nad chorym w środowisku domowym oraz możliwość umieszczenia go w zakładzie opiekuńczo-leczniczym (warto zapoznać się z dostępnym w internecie opracowaniem „Opieka nad chorym na Alzheimera – poradnik dla opiekuna”). Niestety, w praktyce opiekunowie chorych, którymi często są ich schorowani współmałżonkowie w starszym wieku – pozostawieni są sami sobie, a czas oczekiwania na miejsce w zakładzie opiekuńczo-leczniczym sięga wielu miesięcy. Wydaje się, że stan ten nie tylko nie poprawił się, ale jest wręcz gorszy od stanu opisanego w raporcie RPO z 2016 roku „Sytuacja osób chorych na chorobę Alzheimera w Polsce”. Najlepszym przykładem jest fakt, że otępienie w chorobie Alzheimera (ani żadne inne) ciągle nie zostało objęte przez NFZ wskazaniami do opieki hospicyjnej.

Sprawa opieki nad chorymi z otępieniem wymaga pilnego, całościowego rozwiązania w skali kraju. Wydaje się, że w naszych warunkach sprawdziłoby się stworzenie systemu opieki hospicyjnej dla chorych z otępieniem, wzorowanego na hospicyjnej opiece onkologicznej, obejmującej hospicja domowe i stacjonarne. Ważne znaczenie miałyby też utworzenie łatwo dostępnych dla starszych osób punktów informacyjnych, które pełniłyby równocześnie funkcję koordynacji całościowej opieki nad chorymi. Tej informacji i koordynacji dotkliwie brakuje. Punkty takie mogłyby działać w ramach ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej i zapewne nie obarczyłyby budżetu dużymi kosztami. W połączeniu z rozbudową sieci poradni i oddziałów geriatrycznych oraz ośrodków dziennej opieki dla starszych osób, a także lepszą integracją systemów opieki zdrowotnej i społecznej, pozwoliłoby to na realną poprawę losu chorych na chorobę Alzheimera oraz ich opiekunów.

Hospicjum to też życie

Refleksje kapelana Specjalistycznego Szpitala Wieloprofilowego Górnośląskiego Centrum Medycznego im. prof. Leszka Gieca w Katowicach-Ochojcu, diecezjalnego Duszpasterza Służby Zdrowia Archidiecezji Katowickiej, ks. dr. Marcina Niesporka



Dawniej wydawało mi się, że szpital to miejsce pełne bólu i cierpienia, umierania i beznadziei, a ludzie w nim przebywający zostali „skazani” na coś bardzo trudnego. Gdy pierwszy raz przekroczyłem jednak jego progi nieoczekiwanie przywitał mnie napis: „HOSPICJUM TO TEŻ ŻYCIE”. Wpatrywałem się długo w te słowa. Do dzisiaj one mi towarzyszą.

Dlaczego obecność kapelana ważna jest w szpitalu, a jeszcze bardziej w hospicjum domowym?

Skutki choroby wpływają nie tylko na sferę cielesną życia człowieka, ale również psychiczną. Obecność kapelana wśród chorych przypomina o jeszcze jednej przestrzeni ludzkiego życia – duchowej. Nie należy jej utożsamiać wyłącznie z religią, wyznawaną wiarą, ale z wartościami, poczuciem sensu i celu życia. Chory, chociaż jest skutecznie leczony objawowo, może dalej cierpieć. Bywa, że cierpienie nie mija pomimo opieki psychiatrycznej czy psychologicznej. Dlaczego? Już Jan Paweł II zauważał, że człowiek może przeżywać tak zwany „ból duszy”, czyli ból wewnętrzny, który objawia się poprzez lęk czy nieuzasadnione obawy. Taki stan nie posiada podłoża somatycznego i psychicznego, ale dotyczy sfery duchowej.

Sfera duchowa wpływa zatem na jakość życia. Jakie mogą być przyczyny „ból duszy” i jak go rozpoznać?

Chory jest niespokojny, pełen napięć. Na początku, podczas pierwszej wizyty kapelana, może nie wykazywać chęci do rozmowy. Odwiedziny kończą się wtedy odwróceniem jego twarzy w stronę ściany. To sygnał, który ukazuje zły stan ducha. Przyczyną takiej postawy mogą być nierozwiązane konflikty, żywienie żalu do osób, które go zraniły (albo zostały zranione), nieuregulowane sprawy małżeńskie, rodzinne, zerwane relacje z bliskimi, brak pojednania, rozmowy (choćby

telefonicznej). Innym razem owy „ból duszy” może dotyczyć porzucenia spowiedzi, niewyznanych, zatajonych grzechów (takich jak dokonanie w młodości aborcji) lub żalu do Boga za zło, choroby, cierpienie. Podsumowując, można powiedzieć, że mamy do czynienia z zaniedbaniami, niedokończonymi lub niewyjaśnionymi do końca sprawami. To trudne kwestie, dlatego są zazwyczaj spychane na margines, deprecjonowane, odkładane w czasie lub błędnie usprawiedliwane jako słuszne. Dopiero w perspektywie zbliżającego się końca życia zaczynają odzywać, niepokoić, stają się ciężarem, utrudniają choremu odejście, stają się nawet jedną z przyczyn przedłużającej się agonii. Ważne zatem, aby do śmierci się przygotować: pojednać ze sobą samym, z ludźmi, z Bogiem oraz uregulować sprawy materialne. Wtedy zazwyczaj chory ma poczucie, że wszystko, co mógł, zostało zrobione, że jest gotowy na odejście i umiera spokojnie.

Jak podejść do chorego, by przekonać go do dotknięcia tak delikatnej sfery duchowej i czy to tylko dotyczy „umiejętności” kapelana w nawiązaniu rozmowy?

Choć kapelan powinien posiadać pewne przymioty takie jak: uważność, wrażliwość, otwartość, łagodność, ludzkie umiejętności nie wystarczą. Posłudze kapelana hospicyjnego i konkretnym spotkaniom z chorym towarzyszy łaska – „dar darmo dany”. Nie można zapominać, że często wizytę kapelana aranżuje także lekarz, pielęgniarka, wolontariusz. Sam zaś kapelan

powinien dla chorego zarezerwować czas, a podczas spotkania z nim powinien zachowywać się naturalnie – wykazać spokój i opanowanie, mieć uśmiech na twarzy. Kiedy kapelan spotyka się z chorym, powinien zdjąć płaszcz, usiąść na krześle, by jego postawa stojąca nie onieśmielała pacjenta. Nie można już na początku deklamować: „Dzisiaj się spieszę...”, lepiej przed zakończeniem spotkania powiedzieć: „Niestety dzisiaj nie mogę dłużej zostać”. Kolejną czynnością wyrażającą wsparcie, bliskość, zrozumienie jest dotyk. W kontakcie z chorym sprawdza się dotknięcie wierzchni dłoni, położenie ręki na czole lub na głowie. Ponadto trzeba ważyć słowa, nie można banalizować sytuacji chorego i jego choroby. Na przykład:

- „Choroba uszlachetnia”. To nie choroba uszlachetnia, ale miłość wypływająca z choroby ubogaca chorego.
- „Tylko Bóg to wie”. Lepiej: „To zapewne Boża tajemnica”.
- „Rozumiem Panią/Pana”. Lepiej: „Staram się zrozumieć”.
- „Proszę tak nie mówić. Rozpacz jest grzechem, nie można się gniewać na Pana Boga”. Emocje nie są grzechem, należy wspólnie znaleźć ich przyczynę i przepracować ten problem.
- „Będzie dobrze”. Lepiej: „Zrobię wszystko, co w mojej mocy, by Pani/Panu pomóc”, następnie podać konkret: „Będę Panią/Pana odwiedzał z posługą raz w tygodniu”.
- „To nie koniec świata”, „To nie wyrok”, „Jeszcze Pani/Pan nie umiera”. Chory takie słowa odbiera inaczej, traktuje je jako: „koniec świata”, „wyrok”, „śmierć”. Zaprzeczając, sprawiamy, że chory czuje się niezrozumiany i zamyka się w sobie, przekreślamy możliwość dialogu.

Ksiądz powinien upewnić się czy ma dobry kontakt wzrokowy z chorym. Resztę inicjuje sam Pan Bóg.

Czy posługa kapelana w ramach hospicjum domowego przypomina comiesięczne wizyty u chorych w parafii?

Upraszczaając, można użyć takiego porównania. Taka wizyta wymaga jednak wcześniejszego przygotowania. Ważne jest rozeznanie sytuacji rodzinnej i zapoznanie się ze stanem chorego. Na przykład istotne jest uzyskanie informacji, jaki jest jego ogólny stan i czy będzie możliwa rozmowa z nim. Istotna jest odpowiednia pora odwiedzin, by nie przeszkadzać w czasie pielęgnacji lub posiłku chorego. Wprawdzie kapelan wypełnia inną misję aniżeli lekarz czy pielęgniarka, jednak i on potrzebuje wiedzy choćby o dominujących objawach. Kapelan spotyka się bowiem z różnymi sytuacjami. Leki przyjmowane przez chorego mogą wywoływać otępienie, senność, a osoba terminalnie chora może z

tego powodu nie mieć ochoty na rozmowę. Wtedy trzeba wybrać inną porę i czas. Kiedy indziej kapelan musi mieć wiedzę, czy chory jest zdolny przyjąć hostię, czy potrafi przełykać i czy ma świadomość, że to jest prawdziwe Ciało Jezusa. Coraz częściej wizyta kapelana jest potrzebna również rodzinie chorego. Największą jednak radością dla kapłana jest udzielenie Wiatyku.

Czym jest Wiatyk?

Wiatykiem jest Komunia święta przyjmowana w najbardziej decydującej chwili życia – w godzinę śmierci, czyli przejścia z tego świata do życia wiecznego. Wiatyk nie jest zwykłą Komunią świętą chorych. Naturalnym miejscem jego przyjmowania było zawsze łóżko umierającego, co stanowi jakby zwieńczenie posługi kapelana. To wielka radość, gdy chory świadomie prosi o Komunię świętą w chwili śmierci. Świadczy to o jego dojrzałości. Kapłan wtedy nie tylko udziela samej Komunii świętej, ale także namaszczenia chorych, odpustu zupełnego na godzinę śmierci, nawiązuje do chrztu świętego, odnawiając z chorym przyrzeczenia chrzcielne. Jest to piękna, uroczysta i podniosła chwila.

Czy misja kapelana kończy się z chwilą śmierci chorego?

Zdecydowanie nie. Pozostaje przecież jego rodzina i towarzyszenie jej w żałobie, a także wspieranie personelu medycznego. Ważne jest sprawowanie comiesięcznych i rocznicowych Eucharystii za podopiecznych hospicjum, którzy odeszli do wieczności. Życie chorego „zmienia się, ale się nie kończy”, jak słyszymy w prefacji za zmarłych. Ostatnie słowo nie należy zatem do śmierci, ale do życia i radości zmartwychwstania.



Leczenie w chorobie Alzheimera

– terażniejszość i przyszłość

Choroba Alzheimera (AD) to najczęstsza, neurodegeneracyjna forma otępienia, stanowiąca istotny i narastający problem zdrowotny i ekonomiczny, zarówno na świecie jak w Polsce. Podłoże choroby Alzheimera jest wieloczynnikowe: podstawowe znaczenie przypisuje się odkładaniu się białek o patologicznej strukturze (beta-amyloid, hiperfosforylowane białko tau), które odpowiedzialne są za zanik neuronów i ich synaptycznych połączeń. Klinicznie AD charakteryzuje się stopniowym rozwojem oraz ciągłym narastaniem deficytów poznawczych, które uniemożliwiają prawidłowe funkcjonowanie chorego w codziennym życiu. Mamy nadzieję, że przygotowane przez nas odpowiedzi na często zadawane przez chorych i opiekunów pytania, pozwolą czytelnikowi lepiej zrozumieć problemy, z którymi na co dzień zmagają się chorzy z AD i ich opiekunowie oraz lepiej poznać dostępne strategie terapeutyczne.

1. Czy choroba Alzheimera jest uleczalna?

Choroba Alzheimera, pomimo poczynionych postępów badawczych w obszarze patogenezy oraz patofizjologii nadal pozostaje chorobą nieuleczalną. Wciąż nie są w pełni znane mechanizmy bezpośrednio prowadzące do neurodegeneracji. Leczenie w AD jest długoterminowe i ciągłe, a dostępne obecnie metody leczenia mają charakter wyłącznie objawowy. Co więcej, trudno przewidywalny efekt stosowanych leków sprawia, iż chorzy powinni być poddawani okresowej klinicznej ocenie skuteczności stosowanego leczenia.

2. Czy są leki, które pozwalają opóźnić wystąpienie otępienia?

Aktualnie nie dysponujemy żadnymi wiarygodnymi badaniami naukowymi, które potwierdzałyby uzasadnienie wdrożenia jakichkolwiek preparatów w celu opóźnienia wystąpienia otępienia. Dotychczas w tym celu analizie poddano: hormonalną terapię zastępczą u kobiet po okresie przekwitania, preparaty miłorzębu japońskiego, kwasu foliowego, witaminy B12, leki z grupy statyn – nie potwierdzono ich skuteczności w przypadku pierwotnej prewencji wszystkich rodzajów otępienia, w tym także choroby Alzheimera. Oczywiście część z wymienionych tu preparatów jest z powodzeniem stosowana w leczeniu schorzeń współistniejących, czy też potencjalnie prowadzących do otępienia jak np. niedobór witaminy B12 leczony poprzez suplementację wita-



miny B12 preparatami podawanymi domięśniowo.

3. Jakie leki stosuje się po rozpoznaniu choroby Alzheimera?

Po przeprowadzeniu szeregu badań, diagnostyki różnicowej prowadzącej do postawienia rozpoznania choroby Alzheimera, przed podjęciem decyzji o zastosowaniu leczenia objawowego, lekarz weryfikuje stopień nasilenia otępienia. Najczęściej wykorzystuje do tego testy przesiewowe, do których należą: krótka skala oceny stanu psychicznego MINI-MENTAL (MMSE) oraz test rysowania zegara. Testy przesiewowe umożliwiają również śledzenie dynamiki zmian w czasie oraz ocenę efektywności podjętej terapii. Aktualnie dostępna farmakoterapia oparta jest na hipotezie cholinergicznnej – u chorych na AD występuje zmniejszenie ilości neuroprzekaźnika jakim jest acetylocholina. Na początkowym etapie choroby, czyli w stadium otępienia o łagodnym nasileniu stosuje się leki zwiększające aktywność układu cholinergicznego, w tym celu chorzy przyjmują środki hamujące działanie enzymu rozkładającego acetylocholinę – inhibitory esterazy acetylocholino (IChE), w Polsce dostępne są preparaty donepezylu i rywastygminy. Leki te są dostępne w różnych postaciach: tabletek,

Autorzy: Aleksandra Cieśla-Fuławka, Joanna Siuda
Katedra Neurologii i Oddział Neurologii Uniwersyteckie Centrum Kliniczne
im. prof. K.Gibińskiego, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach



kapsulek czy syropu - podawanych doustnie lub w formie systemu transdermalnego, tzw. plastra, gdzie lek wchłania się stopniowo przez skórę.

4. Jakiego efektu spodziewać się po lekach z grupy inhibitorów acetylocholinesterazy (IChE)?

Należy pamiętać, iż IChE posiadają refundację i są przeznaczone do leczenia otępienia lekko oraz umiarkowanie nasilonego. Stosując IChE, poprzez zwiększanie przekąźnictwa nerwowego i normalizację transmisji cholinergicznnej możliwa jest poprawa funkcji poznawczych. Wiadomo, iż IChE pozwalają uzyskać lepszą kontrolę objawów, wpływają także na zmniejszenie ryzyka wystąpienia lub nasilenie zaburzeń psychicznych, mogących towarzyszyć otępieniu.

5. Kiedy do leczenia należy dołączyć memantynę?

Poza deficytem układu cholinergicznego, zaburzenia w neuroprzekaźnikach w układzie glutaminergicznym uznawane są za jeden z mechanizmów przyczyniających się do rozwoju otępienia. Memantyna to niekompetycyjny antagonist receptoru NMDA (N-metylo-D-asparagianianu). Lek ten zapobiega patologicznym skutkom zwiększonego stężenia glu-

taminianu, którego nadmiar zaburza prawidłową czynność neuronów. Skuteczność tego leku została potwierdzona w wielu randomizowanych badaniach. Memantyna w monoterapii wykazuje skuteczność w umiarkowanym lub ciężkim nasileniu otępienia w chorobie Alzheimera. Można łączyć terapię memantyną z inhibitorem cholinesterazy. W grupie chorych z umiarkowanym i ciężkim otępieniem odnotowano umiarkowaną skuteczność takiej politerapii, która okazała się nieefektywna w otępieniu o lekkim nasileniu. Należy zatem pamiętać, że memantyna nie powinna być stosowana w łagodnym stadium choroby Alzheimera. Monoterapię memantyną można jednak rozważyć wcześniej (na etapie łagodnego otępienia) w przypadku pacjentów nietolerujących IChE lub gdy istnieją przeciwwskazania do ich stosowania (np. wolna akcja serca, bloki przedsionkowo-komorowe w sercu, aktywna choroba wrzodowa żołądka).

6. Jakie jest leczenie zaburzeń zachowania w chorobie Alzheimera?

Zaburzenia zachowania oraz objawy psychotyczne pojawiają się u większości chorych z AD na różnym etapie trwania choroby. Zaburzenia behawioralne i objawy psychologiczne (BPSD) są nieodłączną składową objawów choroby Alzheimera. Przed podjęciem decyzji o konieczności leczenia farmakologicznego warto wykluczyć przyczyny ogólne jak np. infekcja (zakażenie dróg moczowych czy zapalenie płuc) bądź zaburzenia elektrolitowe np. niedobór jonów sodu (hyponatremia). W następnej kolejności należy podjąć działania nefarmakologiczne, jak dostosowanie otoczenia (jasne pomieszczenie, nawet nocą, gdzie chory śpi). Warto również wspomnieć, że zastosowanie IChE lub modyfikacja (zwiększenie) ich dawki może wpłynąć na zmniejszenie lub całkowite ustąpienie zaburzeń zachowania. Jeśli spotykamy się z pobudzeniem psychoruchowym u osób z AD, nierzadko uciążliwym i kłopotliwym dla pacjenta i jego najbliższego otoczenia, konieczne może być włączenie niskich dawek leków z grupy przeciwdrgawkowych jak karbamazepina lub kwas walproinowy. W przypadku wystąpienia objawów psychotycznych (omamy lub urojenia) rekomendowane są leki z grupy atypowych neuroleptyków II generacji, w szczególności kwetiapina, następnie risperidon i olanzapina, jednak z uwagi na duże ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych, leki te należy stosować w możliwie krótkim czasie z wcze-

sną oceną efektów terapii. Leki te nie powinny być zalecane na stałe.

7. Czy mamy nowe leki w chorobie Alzheimera?
Aktualnie dysponujemy jedynie farmakoterapią objawową choroby Alzheimera. Trwa jednak wiele badań, które wykorzystują w strategii działania terapie biologiczne oparte np. na przeciwciałach monoklonalnych. 7 czerwca 2021 FDA zatwierdziła i dopuściła warunkowo lek aducanumab – przeciwciało monoklonalne, które usuwa agregaty beta-amyloidu, wpływa więc na jeden z kluczowych mechanizmów rozwoju choroby Alzheimera. Jest to pierwszy lek zatwierdzony przez FDA od 2003, 16 czerwca preparat otrzymał pierwszy pacjent poza badaniem klinicznym. Jednak dane dotyczące rzeczywistych korzyści z leku są niejednoznaczne, a na potwierdzone rezultaty z codziennej praktyki będziemy musieli jeszcze poczekać. Nadal w badaniach klinicznych pozostaje kilka kolejnych substancji z grupy przeciwciał monoklonalnych działających na białko beta-amyloidu. Poza tym badane są cząsteczki hamujące odkładanie się białka tau, czy cząsteczki modyfikujące reakcje zapalne w mózgu.

8. Czy istnieje leczenie wspomagające w chorobie Alzheimera?

Na rynku dostępne są specjalistyczne preparaty odżywcze kierowane dla osób z łagodnymi zaburzeniami pamięci czy łagodnym otępieniem - stosowane jako forma uzupełnienia dietetycznego. Kilka lat temu opublikowano dane z trzech randomizowanych badań, w których poddano ocenie wpływ suplementu diety o nazwie Souvenaid na funkcjonowanie osób z otępieniem - nie uzyskano jednoznacznych wyników odnośnie potencjalnych korzyści wynikających z przyjmowania tego preparatu. Z kolei w jednym z nowszych badań, opublikowanym w lutym bieżącego roku odnotowano korzyści w zakresie stabilizacji nastroju a także procesów poznawczych u chorych z AD, którzy stosowali ukierunkowaną mikroodżywcza suplementację, w której skład wchodziły: wielonasycony kwas tłuszczowy omega-3, karotenoidy oraz witamina E. Wyniki te wymagają jednak potwierdzenia w kolejnych grupach badawczych.

9. Na czym polega leczenie dodatkowych objawów (zaburzenia depresyjne, lękowe, padaczka) u chorych z chorobą Alzheimera?

Chorym, którzy dodatkowo zmagają się z zaburzeniami depresyjnymi lub zaburzeniami lękowymi zaleca się stosowanie leków przeciwdepresyjnych, takich jak sertralina, czy citalopram. Należy unikać trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych, ponieważ wykazują one działanie antycholinergiczne. Osoby z AD mają także zwiększone ryzyko wystąpienia padaczki, nie bez znaczenia jest również stopień zaawansowania zespołu otępiennego – napady występują częściej u osób ze znacznym nasileniem

otępienia. Już pierwszy, nieprovokowany napad u chorego ze zdiagnozowanym otępieniem pozwala na rozpoznanie padaczki i wymaga włączenia leczenia. Zalecaną terapią w przypadku padaczki w AD jest stosowanie lewetiracetamu oraz lamotryginy. Przypuszcza się, że lewetiracetam może także wpływać na poprawę procesów poznawczych, z kolei lamotrygina wpływa na zmniejszenie objawów zaburzeń depresyjnych, oba leki wykazują także lepszą tolerancję w porównaniu z lekami starszej generacji.

10. Na czym polega leczenie chorób współistniejących (nadciśnienie tętnicze, cukrzyca dolegliwości bólowe) u osób z AD?

Nadciśnienie tętnicze jest ważnym czynnikiem ryzyka otępienia naczyniowego, odgrywa także istotną rolę w patogenezie AD, z tego powodu powinno być właściwie kontrolowane. Nadciśnienie tętnicze wpływa na dysfunkcję mikrokrążenia mózgowego, doprowadza do uszkodzeń śródbłonna naczyń, zaburza barierę krew-mózg, może także indukować stres oksydacyjny, który przyczynia się do wystąpienia patologii amyloidowych. Zgodnie z danymi Europejskiej Akademii Neurologii (EAN) czynniki ryzyka naczyniowego, do których zaliczane jest nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, hipercholesterolemia związane są z pogorszeniem funkcji poznawczych oraz progresją otępienia. Leczenie mające na celu redukcję czynników ryzyka naczyniowego u chorych z AD powinno być zindywidualizowane i włączone jak najwcześniej. Błędem jest zakładanie, że chorzy z AD odnoszą mniejsze korzyści z leczenia czynników ryzyka naczyniowego niż inne grupy chorych. Kolejnym zagadnieniem, na który powinniśmy zwrócić uwagę są dolegliwości bólowe odczuwane przez chorych z AD. Ocena bólu może sprawiać trudności, a sami pacjenci mogą mieć problemy ze zgłoszeniem dolegliwości bólowych. Zdarza się, że ból u chorego objawia się zaburzeniami zachowania, a co za tym idzie sytuacja ta może przyczyniać się do niepotrzebnego wzrostu przyjmowania neuroleptyków. Jeśli konieczne jest leczenie przeciwbólowe należy je rozpocząć od łagodnych leków przeciwbólowych np. paracetamolu lub niesterydowych leków przeciwzapalnych jak ibuprofen.

Pomimo wielu dostępnych badań naukowych, choroba Alzheimera nieustannie pozostaje schorzeniem, które stawia przed nami wiele wyzwań. Wciąż nieznaną jest dokładna przyczyna choroby, nie dysponujemy skutecznym leczeniem przyczynowym, wątpliwy jest także wpływ dostępnych leków na tempo rozwoju choroby. Niezależnie od stopnia nasilenia AD, chorzy wymagają opieki specjalisty (neurolog, geriatra, psychiatra), właściwej kontroli schorzeń współistniejących, a także wsparcia swoich bliskich, bo choć AD to choroba jednej osoby, dotyczy każdego członka rodziny.

Cukrzyca w wieku podeszłym

Konsultant Wojewódzki w dziedzinie diabetologii, dr n.med. Tomasz Szczepanik



Cukrzyca, będąc jedną z najpoważniejszych chorób cywilizacyjnych, dotyka coraz większej liczby Polaków. Przyjmuję się, że aktualnie w naszym kraju choruje na nią około 3 mln osób, z czego co 4 osoba po 65 r.ż. Przewiduje się, że do 2030 roku ponad 10% polskiej populacji będzie chorowało na cukrzycę. Istnieją różne typy cukrzycy. Najważniejsze z nich to: cukrzyca typu 1 na którą zwykle chorują dzieci oraz osoby młode, w ich organizmach ulegają uszkodzeniu komórki trzustki wytwarzające insulinę, co prowadzi do jej bezwzględnej niedoboru. W cukrzycy typu 2 przyczyną podwyższonego poziomu cukru nie jest brak insuliny, lecz jej nieprawidłowe działanie. Jest to zdecydowanie najczęściej występująca postać cukrzycy u seniorów. Cierpi na nią około 85% osób. W dobie starzejącego się społeczeństwa diagnostyka i leczenie tej choroby staje się nowym wyzwaniem. Cukrzyca może nie dawać żadnych objawów przez wiele lat lub są one na tyle dyskretne, dlatego też wciąż jest zbyt późno rozpoznawana. Niestety nierzadko przy okazji innych chorób jak zawał serca czy udar mózgu. Konsekwencją późnego rozpoznania choroby są jej powikłania, które uszkadzają narządy, a także naczynia krwionośne oraz nerwy obwodowe. Do prze-

wlekłych powikłań cukrzycy zaliczamy retinopatię, która prowadzi do zaburzeń widzenia, cukrzycową chorobę nerek, której konsekwencją jest niewydolność nerek mogąca prowadzić do leczenia nerkozastępczego, neuropatia cukrzycowa będąca często przyczyną zespołu stopy cukrzycowej i amputacji kończyn z jej powodu, a także choroby sercowo-naczyniowe takie jak zawał serca czy udar mózgu. Przeprowadzone badania wskazują na związek między cukrzycą, a rozwojem otępienia zarówno o typie naczyniowym jak i typu alzheimerowskiego. Wykazano, że przewlekłe podwyższonego poziomu glukozy we krwi upośledza wydajność pamięci krótkotrwałej mózgu i zmienia sposób jej funkcjonowania. Ponadto podwyższonego poziomu glukozy, który przez bardzo długi okres czasu nie daje żadnych objawów powoduje, że organizm „przyzwyczaja się” do hiperglikemii. Objawy takie jak nadmierne oddawanie moczu, wzmożone pragnienie czy utrata masy ciała pojawiają się zwykle gdy glukoza przekracza 300 mg%. Pacjenci w wieku podeszłym często w takiej sytuacji wymagają hospitalizacji. Dlatego tak ważna jest regularna kontrola glikemii przez lekarza rodzinnego przynajmniej raz w roku. Ważne jest też aby pamiętać, że prawidłowy poziom glukozy

na czczo nie przekracza 100 mg%. Wyższe wartości wymagają dodatkowych badań w celu rozpoznania cukrzycy lub stanu przedcukrzycowego. Objawami, które powinny nas zaniepokoić to:

- nadmierna senność
- zaburzenia widzenia
- przewlekłe zmęczenie
- zwiększone pragnienie i suchość w ustach
- pogorszenie funkcji poznawczych
- świąd skóry oraz problemy skórne
- zaburzenia w oddawaniu moczu
- nawracające infekcje dróg moczowych i okolic intymnych

W przypadku rozpoznania cukrzycy, zwłaszcza u osób starszych, ważna jest konsultacja z lekarzem diabetologiem, który zastosuje odpowiednie leczenie.

W ciągu ostatnich kilku lat w diabetologii nastąpił ogromny postęp zarówno w dostępie do nowoczesnego leczenia, systemów monitorowania, jak i podejścia do leczenia cukrzycy. Aktualnie to pacjent stoi w centrum naszego zainteresowania, a nie prawidłowy poziom glukozy. Najczęściej cukrzyca jest kolejną przewlekłą chorobą, z którą musi zmagać się pacjent w wieku podeszłym, tym ważniejsze staje się indywidualne podejście do niego. W pierwszym kroku zawsze powinniśmy określić profil chorego, zdefiniować jego możliwości zmiany stylu życia, profil socjoekonomiczny, choroby współistniejące, oczekiwania względem terapii. Dla wielu pacjentów zmiana dotychczasowych nawyków żywieniowych i dodatkowa aktywność ruchowa jest ogromnym wyzwaniem i znacznie pogarsza ich jakość życia. Często obserwujemy u seniorów dysfunkcję narządu ruchu oraz wady postawy związane ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa i stawów co utrudnia codzienne ich funkcjonowanie. Dlatego też wszelkie wprowadzane zmiany staramy się robić małymi krokami dostosowanymi do ich możliwości. Kluczową rolę w opiece nad pacjentem

z cukrzycą w wieku podeszłym, a w szczególności ze współistniejącą chorobą Alzheimera odgrywa opiekun, który bierze czynny udział w realizacji zaleceń dotyczących cukrzycy. Z czasem w miarę rozwoju objawów otępienia u chorego przejmuje całkowicie nad tym kontrolę. Do jego zadań należy pilnowanie odpowiedniej diety, kontroli glikemii, podawania leków przeciwcukrzycowych, a u chorych leczonych insuliną wykonywania iniekcji. W terapii cukrzycy posługujemy się lekami zarówno doustnymi jak i w iniekcjach podskórnych, którymi są różne preparaty insuliny, czy stosowane raz w tygodniu analogi GLP1. U ludzi starszych szczególną uwagę trzeba zwrócić na zmniejszenie ryzyka hipoglikemii, która związana jest ze zwiększonym ryzykiem upadków i nasileniem objawów demencji. Aktualnie dysponujemy nowymi lekami, które niosą ze sobą niskie

ryzyko hipoglikemii, a jednocześnie skutecznie obniżają poziom cukru. Do grupy nowych leków zaliczamy inhibitory SGLT-2 tzw. flozyny, analogi GLP-1 oraz inhibitory DDP-4. Nowoczesne terapie stosowane

w leczeniu cukrzycy działają nie tylko normalizując glikemię, ale także zmniejszają ryzyko serowo-naczyniowe tj. ryzyko zawału serca, udaru mózgu, niewydolności krążenia lub niewydolności nerek. Dodatkowo często pomagają zredukować zbędne kilogramy. Pacjentom, którzy wymagają stosowania insulinoterapii, także możemy zaproponować nowoczesne preparaty. Mają one bezpieczniejszy profil działania, rzadziej powodują hipoglikemię, nie powodują przyrostu masy ciała i nie wymagają spożywania regularnych posiłków. Do skutecznego leczenia cukrzycy niezbędne jest prawidłowe monitorowanie stężenia glukozy. Podstawowym narzędziem pacjenta jest glukometr. Na rynku dostępne są urządzenia dostosowane do potrzeb ludzi starszych, które posiadają duże, wyraźne, często podświetlane wyświetlacze. Niektóre z nich kolorem diody sygnalizują czy poziom glukozy znajduje się w docelowym zakresie, jest za wysoki lub za niski. Dostępne są również urządzenia, które odczytują wyniki, dedykowane osobom słabowidzącym. Coraz większą popularnością cieszą się systemy monitorowania glikemii. Na polskim rynku znajdziemy kilka sensorów, które po założeniu najczęściej na ramię pacjenta przez 7-14 dni (w zależności od urządzenia) dokonują pomiarów glikemii, bez konieczności nakłuwania palca. Większość tych systemów daje możliwość kontroli poziomu cukru i wysyłania danych opiekunom/rodzinie bez konieczności udziału chorego. Są systemy, które znacznie poprawiają jakość życia pacjentów, jak i ich rodzin. Takie systemy w przeszłości zarezerwowane dla dzieci, cieszą się coraz większym zainteresowaniem w grupie pacjentów starszych. Być może w niedalekiej przyszłości systemy te będą szeroko stosowane u pacjentów leczonych wielokrotnymi wstrzyknięciami insuliny, z uwagi na poszerzenie wskazań refundacyjnych zapowiadane przez Ministerstwo Zdrowia.

Z całą pewnością byłby to kolejny przełom w leczeniu pacjentów w wieku podeszłym. Pacjenci z licznymi schorzeniami przewlekłymi, z trudnościami w samodzielnym funkcjonowaniu są szczególną grupą chorych na cukrzycę. Ustalenie indywidualnej strategii leczenia, dobranie odpowiednich leków, zminimalizowanie ryzyka hipoglikemii i optymalizacja jakości życia są niewątpliwie wyzwaniem dla diabetologów. W ciągu ostatnich kilku lat możliwości osiągnięcia w/w celów znacznie się poprawiły. Wprowadzenie nowoczesnych preparatów insuliny jak i leków doustnych oraz rozwój systemów monitorowania glikemii z pewnością poprawi kontrolę glikemii i zmniejszy ilość powikłań w cukrzycy, a tym samym wydłuży życie pacjentów z cukrzycą.

Ból przewlekły – co powinniśmy wiedzieć?

**Niewiele ludzi umiera z bólu,
wiele umiera w bólu,
a jeszcze więcej żyje z bólem.**

dr n.med. Jadwiga Pyszkowska
prof. WSNS
specjalista anestezjolog
specjalista medycyny paliatywnej



Ból przewlekły jest jednym z najczęstszych objawów w bardzo wielu chorobach przewlekłych. Wiedza na temat patofizjologii powstawania bólu przewlekłego i leczenia chorego z bólem przewlekłym znacznie się pogłębiła w ostatnich dwudziestu latach i powinna być znana każdemu. Szczególną powinnością lekarza jest ulżyć cierpiącemu bez względu na stadium choroby i stan zdrowia. Eksperti wielu towarzystw naukowo-lekarskich, zajmujących się badaniem patomechanizmów bólu i metod leczenia przeciwbólowego, ból przewlekły określają „cichą epidemią”. Nadal, wśród wielu chorych, ich rodzin i niestety również pracowników medycznych, istnieje fałszywe i straszliwe przekonanie, że „w wieku podeszłym musi boleć”. Szacuje się, że aż 90 % osób cierpiących z powodu bólu przewlekłego powinno otrzymać pomoc od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, a pozostali powinni być kierowani do specjalistycznych poradni leczenia bólu lub poradni medycyny paliatywnej. Szczególną uwagę należy poświęcić problemom związanym z przewle-

kłym bólem w chorobie nowotworowej, ponieważ w Polsce wzrasta liczba chorych na nowotwory, a ból występuje u około 80 proc. chorych na nowotwór. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO 1986, 1990, 1996) szacuje, że u 50 % - 80 % chorych ból nie jest leczony lub jest leczony nieprawidłowo. Należy podkreślić, że 88 proc. chorych z silnym bólem przewlekłym może być od niego uwolnionych, dzięki znajomości aktualnych i podstawowych metod postępowania przeciwbólowego, głównie farmakoterapii bólu.

W leczeniu chorych z bólem przewlekłym należy zwracać uwagę nie tylko na obszary somatyczne (fizyczne), ale także na aspekty psychologiczne, rehabilitacyjne, rodzinne i zawodowe chorego. Ból, który można kontrolować i złagodzić, oprócz wymiaru medycznego i humanitarnego, ma także aspekt ekonomiczny. Wobec tego, dlaczego tak wiele osób cierpi na zbyteczny ból, który już nie jest sensownym sygnałem, ostrzegającym objawem, a zamienia się w bezsensowne cier-

pienie i przewlekłą chorobę bólową, towarzyszącą wielu schorzeniom.

Definicja bólu

Przyjęta definicja bólu, opracowana przez Międzynarodowe Towarzystwo Badania Bólu w 1979 roku (International Association for the Study of Pain – IASP) brzmi następująco: „Ból to nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek lub opisywane jako takie uszkodzenie.”

Jeśli jest to odczucie nieprzyjemne, to nie wolno mówić choremu, że „ból należy pokochać” lub „musi boleć”.

Głównymi elementami reakcji na ból są: - psychiczna reakcja na ból, - ruchowa reakcja na ból oraz - wegetatywna, wewnątrzwydzielnicza i immunologiczna.

Ból określany przez chorego jako umiarkowany i silny istotnie zaburza funkcjonowanie cierpiącej osoby i pogarsza jakość życia. Zespoły bólu przewlekłego (zwane jako choroby bólowe) to zaburzenia, w których jest on wyróżniającym objawem, a głównym celem jest leczenie objawowe, zmniejszające lub znoszące dolegliwości.

Nauki medyczne badające patomechanizmy neurofizjopatologiczne dzielą ból na: somatyczny i ból neuropatyczny. W chorobie postępującej, wyniszczającej np. nowotworowej często występuje ból uogólniony, wszechogarniający (total pain) i może dotyczyć całego ciała (wiele miejsc odczuwania bólu), z towarzyszącym cierpieniem psychicznym i duchowym (egzystencjalnym).

Ocena bólu

Ocena bólu, jedynie przez chorego, jest ważną wskazówką diagnostyczną, na podstawie której można określić przyczynę i rodzaj bólu. Cechami bólu są: jego lokalizacja, natężenie, czas trwania i jakość. Określenie cech bólu pozwala rozpoznać rodzaj bólu: czy jest to ból pochodzenia somatycznego, narządowego, czy z uszkodzenia układu nerwowego. Określenie rodzaju bólu pozwala ustalić lekarzowi właściwe, skuteczne i bezpieczne leczenie przeciwbólowe przez wybór odpowiedniej metody.

Metody leczenia bólu przewlekłego

Zaleca się interdyscyplinarne leczenie chorych z bólem przewlekłym, zwracając uwagę nie tylko na jego aspekt fizyczny (somatyczny), lecz również na potrzebę postępowania psychologicznego, społecznego, rekreacyjnego i zawodowego. Zapewni to przywrócenie sprawności psychofizycznej, pomimo utrzymywania się doznań bólowych. Podstawą leczenia jest farmakoterapia bólu przewlekłego.

Pomoc w leczeniu bólu przewlekłego należy oczekiwać u każdego lekarza POZ, lekarza specjalisty, a w trudnym kontrolowaniu bólu u lekarza poradni leczenia bólu.

W czym pomoże neurologopeda?

Każdy, kto słyszy słowo „neurologopeda” – zastanawia się, kim jest taka osoba i w czym może pomóc osobie dorosłej. A kim jest neurologopeda? Jest to specjalista, który w toku nabywania swoich kompetencji zawodowych zajmuje się problemami osób z uszkodzeniami układu nerwowego. Takich chorób jest bardzo dużo, do neurologopedy trafią zarówno dzieci, np. z dziecięcym porażeniem mózgowym lub autyzmem, ale także pomoc znajdą osoby dorosłe po udarach mózgu, czy z chorobą Alzheimera.

Jakie są problemy w chorobie Alzheimera?

Neurologopeda będzie mógł pomóc w momencie, kiedy będą się pojawiały trudności z komunikowaniem się i z połykaniem. I mowa i przyjmowanie posiłków (odżywianie się) są tak naturalnymi dla nas czynnościami, że zwykle nie zwracamy uwagi na ich przebieg. Ale jeżeli uważniej przyjrzemy się mowie, okazuje się, że ze wszystkich istot na Ziemi, tylko ludzie wykształcili taki sposób porozumiewania się między sobą, wyrażania myśli i również kształtowania świata. Wiadomo, że uczymy się mówić i posługiwać językiem od najmłodszych lat, jest to bardzo trudny i złożony proces, który tak naprawdę trwa całe życie, ale pojawiająca się choroba może istotnie zaburzyć tę umiejętność. W chorobie Alzheimera problemy z mową pojawiają się często już na początku choroby. Zwykle przyjmują one wymiar tzw. zaburzeń nominacyjnych. Co to oznacza? Najprościej mówiąc z głowy „uciekają” wyrazy, więc patrząc na jakiś przedmiot osoba chora nie potrafi sobie przypomnieć jego nazwy. Wtedy pomaga sobie opisem, mówi np.: „no wiesz, to jest ta rzecz, którą wiesz, czeszę się” – możemy się domyślić, że chodzi o grzebień. Często taka wypowiedź jest podparta gestem, który pokazuje, że używa się tego przedmiotu do czesania. Z czasem te trudności mogą narastać, dołączają się problemy z budowaniem zdań, określaniem czynności, przypominaniem sobie imion. Zanim pojawią się nasilone problemy w tej sferze, warto skonsultować się z neurologopedą. Po zbadaniu pacjenta neurologopeda podpowie, w jaki sposób można ułatwić komunikowanie się z osobą chorą, jak ułatwić codzienne funkcjonowanie. W chorobie Alzheimera często trzeba wdrożyć specjalne metody postępowania, które warto wprowadzić do codziennego funkcjonowania, należą do nich, m.in.:

■ **Metody biograficzne** – wykorzystujemy zdjęcia z dawnych lat, znane utwory muzyczne lub

mgr Tatiana Lewicka
– specjalista neurologopeda



literackie. Są to znane rzeczy, które przez wiele lat przechowujemy w pamięci. Wiadomym jest, że w chorobie Alzheimera największe trudności pojawiają się w zakresie zapamiętywania najnowszych zdarzeń, sprzed miesiąca, tygodnia, a często poprzedniego dnia. Natomiast rzeczy dawne, łatwiej jest sobie przypomnieć, stąd warto sięgać do zdjęć, porozmawiać o osobach i wydarzeniach zatrzymanych w kadrze.

■ **Trening nastawiony na codzienność** – to postępowanie angażujące wiele różnych obszarów życia. Warto w widocznym miejscu zawiesić kalendarz, zegar, a także plan dnia. Do tego celu można użyć zwykłej korkowej tablicy i samodzielnie wykonanych etykiet z nazwami zaplanowanych czynności



Przykładowa tablica korkowa z planem dnia – opracowanie własne (grafiki dostępne w Internecie)

■ **Otoczenie terapeutyczne** – aby zapewnić codzienne bezpieczeństwo, warto dokonać niewielkich poprawek w najbliższym otoczeniu osoby chorej, warto usunąć leżące na podłodze dywaniki, zabezpieczyć okna i drzwi oraz niebezpieczne sprzęty, np. czajniki, kuchenki, itp.

Trudności przy jedzeniu

Kolejnym bardzo ważnym problemem, który utrudnia codzienne funkcjonowanie są problemy z przyjmowaniem posiłków. Szeroko rozumiane odżywianie to umiejętność bezpiecznego przyjmowania posiłków i płynów. Jest czynność, która towarzyszy nam całe życie. Jemy, aby dostarczyć odpowiednich składników odżywczych, ale także dlatego, żeby przy wspólnym stole spotkać się z bliskimi i znajomymi. Bezpieczne przyjmowanie posiłków i płynów jest niezwykle skomplikowaną czynnością naszego organizmu. Musimy zaangażować wiele różnych układów, aby móc spokojnie zjeść np. obiad lub wypić filiżankę ulubionej kawy. Zanim zasiądziemy do stołu, zmysły – węch, słuch, wzrok – informują o zbliżającym się posiłku, powoduje to, że zaczynamy wydzielać ślinę, dzięki której lepiej poczuje się smak potrawy lub napoju, ale też będzie łatwiej będzie przełknąć. W kolejnych etapach przełykania, siłą mięśni policzków, warg i języka kęsa jest przesuwany w kierunku gardła i przełyku. Dokładnie to samo dzieje się z łykiem picia, ale następuje to bardzo szybko, ok. 1 sekundy. W chorobie Alzheimera dochodzi do zaburzenia tej harmonii i już od pierwszego etapu pojawiają się trudności. Bardzo często problem pojawia się w momencie rozpoznania tego, co znajduje się na talerzu – osoba chora ma problem z przypomnieniem sobie, czy to co widzi to ser, pomidor, kotlet i czy na pewno jest to „coś” co można bezpiecznie zjeść. Dodatkowo pojawiają się problemy z prawidłowym używaniem noża i widelca... Z czasem trudności z przełykaniem pogłębiają się i

pojawia się tzw. DYSFAGIA – czyli, właśnie zaburzenia połykania. Można to zaobserwować, jako:

- przetrzymywanie jedzenia w ustach,
- wypływanie z ust płynów,
- kaszel przy jedzeniu,
- bardzo długie siedzenie przy posiłku i zjadanie małych porcji
- wybieranie potraw, które łatwiej przełknąć
- unikanie potraw trudnych do przełknięcia
- odmawianie jedzenia.

Te wszystkie trudności wynikają z objawów choroby i tego, że mózg nie potrafi już kierować tymi czynnościami. Bardzo ważne jest, aby być wyczulonym na te wszystkie sygnały, ponieważ ich obecność i nasilenie w czasie może spowodować powstanie infekcji dróg oddechowych i niedożywienie. W przypadku zauważenia jakichkolwiek trudności przy jedzeniu warto udać się do neurologopedy. I znowu po zbadaniu pacjenta, określeniu jego problemów, można wdrożyć właściwe, **bezpieczne** postępowanie przy posiłkach.

A co warto zrobić samemu? Przede wszystkim dostosować konsystencję posiłku do możliwości osoby chorej. Uważni opiekunowie (rodzina) potrafią sami intuicyjnie przygotowywać posiłki – potrawa jest miksowana, rozdrabniana widelcem, krojona na mniejsze kawałki. Warto wspomnieć, że do zagęszczenia płynów można użyć specjalnych zagęstników. Mają one najczęściej postać proszku, który można dodać do płynu ciepłego lub zimnego. Zadaniem zagęstnika jest zmiana konsystencji, np. można herbatę zagęścić do poziomu „płynnego miodu” i wtedy łatwiej ją wypić. Ważne jest, aby sprawdzić skład zagęstnika – powinien zawierać gumę ksan-

tanową, która pozwala na optymalne zagęszczenie. Neurologopeda nauczy też odpowiednich sposobów postępowania przy posiłku związanych np. z ułatwieniem karmienia, wykonywaniem toalety jamy ustnej, itp.

A jak się przygotować do wizyty u neurologopedy?

Należy poinformować pacjenta, gdzie i po co się udacie, warto wskazać, że konsultacja jest ważna.

- Badanie nie będzie bolesne i krępujące, więc nie ma się czego obawiać.
- Ważne, aby na badanie przyjść z osobą, która potrafi udzielić rzeczowych informacji na temat obserwowanych problemów z mową lub połykaniem.
- Jeżeli pacjent posiada aparat słuchowy, trzeba go zabrać – ważne, aby w czasie wizyty dobrze słyszeć zadawane pytania – neurologopeda musi zebrać tzw. wywiad
- Potrzebne będą też okulary – często w czasie badania będą wykonywane różne zadania i warto dobrze widzieć, co jest napisane na kartce.
- Jeżeli pacjent nosi protezę zębową, należy ją założyć (brak zębów również wpływa na sposób mówienia i połykania)!
- Warto przypomnieć sobie czy są jakieś problemy przy jedzeniu (kaszel, przetrzymywanie jedzenia w ustach, wydłużenie czasu posiłków, niechęć do różnych potraw, trudności w przełykaniu śliny).
- Podczas badania w zależności od życzenia pacjenta, osoba towarzysząca (opiekun, rodzina) może być obecna przy badaniu lub poczeka przed gabinetem.
- Po badaniu neurologopeda wyjaśni wszystkie wątpliwości oraz dokładnie poinformuje na czym polega terapia.

■ Wszystkie pytania do neurologopedy warto spisać, wtedy nic nie umknie uwadze.

■ Proszę pamiętać, że w razie potrzeby zawsze należy się skonsultować ze specjalistą.

Opieka nad osobami z chorobą Alzheimera



mgr Weronika Żmuda – psycholog

Kluczem do świadomej opieki nad osobą chorującą na Alzheimera jest zrozumienie choroby, zrozumienia tego jak bardzo ta choroba zmienia człowieka. Należy pamiętać, że to właśnie ona jest przyczyną tych zmian w życiu a nie charakter danej osoby. Najogólniej mówiąc, choroba Alzheimera doprowadza do obumierania komórek w mózgu a w konsekwencji dochodzi do zmian zarówno w zakresie funkcjonowania poznawczego chorego jak i zmian w jego charakterze. Osoby chore zaczynają mieć problemy z pamięcią, mogą czuć się zagubieni, przestają radzić sobie z podstawowymi czynnościami dnia codziennego. Dodatkowo największy problem dla opiekunów stanowią zmiany w zachowaniu takie jak agresja, obniżony nastrój czy lęk.

Jak sobie radzić ze zmianami charakteru.

Przede wszystkim: zachowaj spokój. Zmiany w zachowaniu u osoby chorej mogą wynikać z różnych przyczyn. Może to być strach, wstyd, poczucie zagubienia, ból. W trakcie rozwijającej się choroby coraz ciężiej formułować myśli, mowa staje się uboga przez co niełatwo opiekunom odgadnąć co może być przyczyną agresji i frustracji u ich podopiecznych.

Co zrobić w takich sytuacjach?

- a. Wysyłać proste komunikaty, które dodatkowo można wzmocnić gestem.
 - b. Wprowadzenie rutyny pozwoli choremu poczuć się bezpiecznie.
 - c. Nieokazywanie złości, frustracji nie będzie nasilać objawów złości u chorego.
 - d. W sytuacjach trudnych, użycie rozpraszaczy takich jak np. zdjęcia, które wywołują pozytywne wspomnienia u chorego, czy też ulubiona przekąska mogą skutecznie odciągnąć uwagę od źródła napięcia.
 - e. Upewnić się, że chory nie odczuwa bólu w danym momencie.
 - f. Starać się unikać sytuacji, które opiekun wie, że mogą wywołać agresję.
 - g. Wyeliminować przyczyny frustracji/niepokoju jak np. nadmierny hałas czy ból.
- Jak zadbać o bezpieczeństwo chorego w domu:
- a. Zabezpieczyć niebezpieczne środki chemiczne. Takie rzeczy powinny znajdować się daleko poza zasięgiem chorego.
 - b. Zainstalować alarm dymu.
 - c. Zabezpieczyć dostęp do leków.
 - d. Udrożnić przejścia pomiędzy pokojami, zrezygnować z niepotrzebnych mebli czy dywanów, co zminimalizuje ryzyko potknięcia się chorego,

e. Na pewnym etapie rozwoju choroby, kiedy podopieczny zaczyna mieć problemy z wykonaniem takich czynności jak zawiązanie butów, czy zapięcie guzików, może być konieczne wykręcenie zamków w drzwiach od łazienki i toalety, po to aby zmniejszyć ryzyko przypadkowego zatrzaśnięcia.

W pewnym momencie, większość chorych zaczyna mieć również problemy z kąpielą, ubraniem się, umyciem zębów itd. Będzie to wynikało m.in. z trudności w zaplanowaniu wykonania konkretnych czynności, z utratą wiedzy na temat tego do czego służą poszczególne przedmioty. Dlatego też, aby zapewnić maksymalny komfort obu stronom **w czasie codziennej kąpieli dobrze jest pamiętać o kilku rzeczach:**

- a. Chory może wstydzić się swojej nagości oraz faktu, że potrzebuje pomocy przy tak niegdyś prostej dla siebie czynności. Aby chory nie czuł się zawstydzony, można na przykład na jego plecy zarzucić ręcznik.
 - b. Zabezpieczenie wanny, poprzez położenie na jej dnie maty antypoślizgowej zapewni większą stabilność
 - c. Nie należy zostawiać chorego w wannie czy pod prysznicem bez opieki
 - d. Zawsze należy się upewnić co do temperatury wody oraz unikać wlewania do niej olejków czy płynów, które spowodują, że wanna zrobi się śliska
 - e. Cierpliwość- Należy choremu dać czas na to, aby w miarę możliwości sam mógł się umyć.
- Jak opiekun powinien zadbać o samego siebie. Opieka na osobą chorą jest zawsze trudna zarówno fizycznie jak i emocjonalnie. Przez co opiekunowie bardzo często zapominają o tym, że w tym wszystkim oni są równie ważni co ich podopieczni.

Jak nie zapomnieć o sobie?:

- a. Nie bój się prosić o pomoc, może ktoś z rodziny, czy przyjaciel będzie mógł odciążyć cię w niektórych obowiązkach,
 - b. Zdrowo się odżywiaj,
 - c. Zadbaj o ruch,
 - d. Znajdź odpowiednią grupę wsparcia, ludzi którzy będą rozumieć twoje trudności,
 - e. Nie rezygnuj ze swojego hobby,
 - f. Jeśli czujesz, że to konieczne skorzystaj z pomocy psychologa czy lekarza psychiatry.
- I choć to nie zawsze wydaje się być możliwe, staraj się pamiętać o sobie i o swoich potrzebach. Może to zapobiec depresji czy poczuciu wypalenia w czasie wieloletniej walki z objawami choroby.



Odżywianie

Aleksandra Pol
– dietetyk kliniczny



Głównym czynnikiem predysponującym do rozwoju choroby Alzheimera jest wiek, ale coraz częściej zwraca się uwagę na czynniki żywieniowe, które możemy modyfikować.

Stopień odżywienia organizmu ma bardzo istotny wpływ na postępowanie choroby, rokowania, występowanie chorób współistniejących, hospitalizację i śmiertelność.

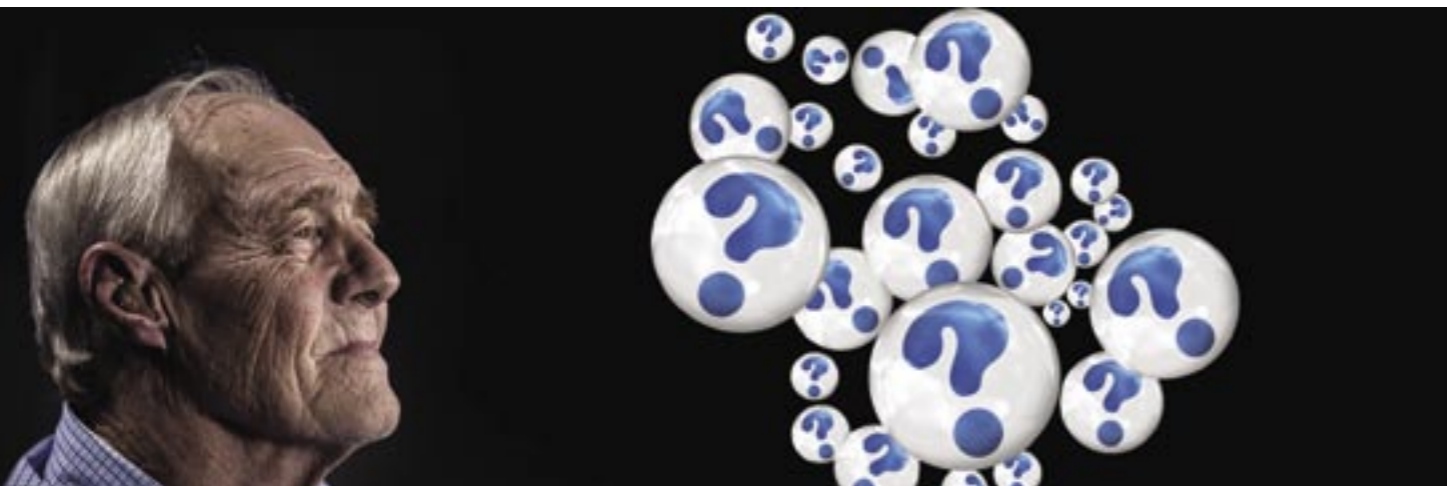
Nadmierna masa ciała, czyli nadwaga lub otyłość, predysponują do występowania chorób towarzyszących takich jak choroby układu krążenia czy cukrzyca typu 2, co z kolei podwyższa ryzyko nasilenia się objawów demencji. Z kolei występowanie niedoborów masy ciała, przewlekłego niedożywienia obniża zdolności poznawcze i funkcjonalne, podwyższa ryzyko infekcji i hospitalizacji. Błędy żywieniowe, nieprawidłowo zbilansowana dieta prowadzi do obniżenia poziomu witamin C i E, kwasów tłuszczowych omega-3, a niedobory witamin z grupy B i kwasu foliowego powodują podwyższony poziom homocysteiny, co z kolei zwiększa ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych (nadciśnienie, miażdżycy, udar mózgu, zawał serca), nawet umiarkowane spożywanie nasyconych kwasów tłuszczowych może zwiększać ryzyko otępienia i AD w późniejszym wieku. Prawidłowe odżywianie już w wieku średnim ma istotny wpływ na zapobieganie AD.

ZALECENIA DLA CHORYCH Z AD i ich opiekunów

- utrzymanie prawidłowego stanu odżywienia - monitorowanie masy i składu ciała, parametrów morfologicznych
- stosowanie prawidłowo zbilansowanej diety pod kątem ilościowym – kalorycznym i jakościowym – białka, tłuszcze, węglowodany, witaminy i składniki mineralne
- regularne spożywanie posiłków o niskim indeksie glikemicznym
- dostosowanie wielkości, konsystencji czy tekstury potraw w zależności od zaawansowania choroby np. występowanie zaburzeń takich jak dysfagia, nadmierne ślinienie, suchość w ustach, zaparcia, refluks żołądkowo-przełykowy, zachowania oporowe, dyspraksja, agnozja
- stworzenie odpowiedniej atmosfery podczas spożywania posiłków: sposób przygotowania i podania posiłku, doprawianie do smaku, wspólne zasiadanie do stołu, angażowanie chorego w przygotowywanie posiłków

Zasadnym jest zatem odpowiednie zbilansowanie codziennej diety, z uwzględnieniem aktualnego stanu zdrowia, chorób współistniejących, zażywanych leków czy budżetu, dlatego konsultacja z wykwalifikowanym dietetykiem, rozpisanie planu żywieniowego oraz rzetelna edukacja zarówno pacjenta jak i opiekunów jest w pełni uzasadniona już na wczesnym etapie choroby.

PIXABAY



Aktywność fizyczna seniorów

dr n. med. Halina Brus
– starszy asystent fizjoterapii



Pod pojęciem satysfakcji rozumie się uczucie przyjemności, zadowolenia. Dla seniorów ważne są oprócz dóbr materialnych i stabilności finansowej, przede wszystkim zdrowie i poczucie niezależności funkcjonalnej.

Zdrowie jest różne dla każdego z nas. Proces starzenia się przebiega bardzo indywidualnie a u każdego człowieka zachodzące zmiany manifestują się w różnym wieku. Pozytywne nastawienie i podejście do życia pozwalają często skutecznie przeciwstawić się niepowodzeniom i trudnościom występującym w codziennym życiu. Pojęcie dobrego stanu zdrowia jest wśród osób starszych niejednokrotnie pojmowane, w zależności od kręgu kulturowego.

Jedną z kluczowych determinant pomyślnego starzenia się jest prowadzenie zdrowego stylu życia z odpowiednią poziomem aktywnością fizyczną. Konsekwencją ograniczenia aktywności fizycznej jest zmniejszenie siły i wytrzymałości mięśniowej, gorsze unaczynienie, gorsza możliwość funkcjonalna, gorsza koordynacja i równowaga oraz zwiększone ryzyko upadków. Powoduje również gorszą resorpcję wapnia z kości, bóle i złamania, pogorsze-

nie funkcji metabolicznych i obniżenie przemiany materii.

Spadek wydolności fizycznej powoduje częstsze infekcje, zwiększenie

zachorowalności, rozwój nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej oraz ryzyko niedokrwienia mięśnia sercowego. Bierność fizyczna powoduje negatywny wpływ na zdrowie psychiczne i sprawność umysłową, zakłóca funkcje poznawcze, powodując ryzyko demencji starczej i wzrost poziomu lęku oraz depresji.

Pogorszenie stanu samopoczucia wzmaga skłonność do stresu, niską samoocenę i skłonność do zwiększenia przyjmowania różnych leków (nasennych, przeciwdepresyjnych itp.).

Głównym celem aktywności fizycznej u osób w podeszłym wieku są ćwiczenia ruchowe, powodujące zahamowanie postępujących zmian inwolucyjnych, poprawę samopoczucia, utrzymanie prawidłowej sylwetki ciała, doskonalenie równowagi itp.

Grupowe ćwiczenie i uczestniczenie w zajęciach przyczyniają się do spędzenia czasu w przyjemny i wartościowy sposób a to skutkuje odprężeniem i zadowoleniem oraz zmniejszeniem dolegliwości bólowych, eliminując osamotnienie.

Aktywność fizyczna pozwala utrzymać sprawność ruchu, układu krążeniowo-oddechowego oraz sercowego.

Tu należą ćwiczenia oddechowe, przy muzyce, ogólnokondycyjne, w wodzie i inne zajęcia rekreacyjne. Codzienna aktywność fizyczna i różne zajęcia połączone z odpowiednim do możliwości, regulowanym wysiłkiem



intelektualnym i fizycznym np. spacer, marsze „określonych” dyscyplin sportowych, zwiększając sprawność fizyczną i psychiczną. Oczekiwanym efektem i sukcesem może być bezpieczne i pewne wykonywanie codziennych czynności i możliwość utrzymania samodzielności.

Dlatego podczas treningu osób starszych należy unikać nadmiernej intensywności ćwiczeń, dużego napięcia mięśni, ćwiczeń szybkościowych i gwałtownych, pośpiechu i niestaranności w wykonywaniu ćwiczeń, powodujących ból i przeciążeń, zwłaszcza stawów kolanowych i skokowych, oraz nagłych zmian pozycji ciała. Nie zaleca się zbyt długiej pracy ramion w uniesieniu, skłonów w przód jak i w tył, oraz przysiadów i skrętów tułowia.

Starsi ludzie wykonują często ćwiczenia w bezdechu, dlatego należy zwracać uwagę na utrzymywanie indywidualnego rytmu oddychania, aby wdech wykonywać nosem a wydech ustami.

Za najważniejsze formy aktywności fizycznej u seniorów uznano gimnastykę i różne jej odmiany np. nordic walking, aktywną turystykę, biegowe formy marszu, pływanie, ćwiczenia w wodzie ścieżki zdrowia o różnym profilu, sportowe gry zespołowe, zabawy rekreacyjne i inne gry rekreacyjne.

Dlatego senior powinien indywidualnie dobierać sobie formę ruchu oraz intensywność wysiłku fizycznego.

Fizjologiczne starzenie się jest oczywiście nieuchronne, lecz jego tempo zależy od wielu elementów stylu życia. Dlatego pomyślnie starzenie się to nic innego jak utrzymywanie aktywności fizycznej i korzystanie z różnych form rekreacji ruchowej.

Podsumowując: Regularna aktywność fizyczna wzmacnia i usprawnia układ oddechowy, krążenie, zmniejsza ryzyko wystąpienia chorób ser-

cowo-naczyniowych, zapobiega rozwojowi nadciśnienia tętniczego jak też innych schorzeń takich jak infekcje, cukrzyca, osteoporoza, choroby endokrynologiczne i nowotworowe i tym podobne. Poprawia samopoczucie i radość życia, poprzez między innymi wzrost tworzenia endorfin (hormonów szczęścia w organizmie). Winno temu towarzyszyć właściwe i pełno wartościowe odżywianie w tym dbanie o prawidłową masę ciała oraz odrzucanie nałogów jak np. palenie tytoniu i nadmierne spożywanie alkoholu. Otoczenie się kochającą rodziną i życzliwymi przyjaciółmi sprzyja dobremu samopoczuciu i wnosi radość, pozwalając osłabić poczucie przemijania i braku sensu życia. Więc w pewnym okresie dojrzałości należy rozstrzygnąć czy określonym postępowaniem przedłużyć swą młodość, czy też przedłużyć swe życie.

REPTY
1961

Rehabilitacja stacjonarna i ambulatoryjna

Górnśląskie Centrum Rehabilitacji "Repty"

ZDROWIE | JAKOŚĆ | NOWOCZESNOŚĆ

www.repty.pl

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Repty" Górnśląskie Centrum Rehabilitacji ul. Śniadeckiego 1 42-604 Tarnowskie Góry

- ▶ **REHABILITACJA STACJONARNA:**
Rehabilitacja kardiologiczna
Rehabilitacja neurologiczna
Rehabilitacja narządu ruchu
- ▶ **REHABILITACJA AMBULATORYJNA:**
Ośrodek Rehabilitacji Diennej
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna GCR „Repty”
- ▶ **OŚRODEK REHABILITACJI LECZNICZEJ DLA OSÓB DOROSŁYCH W STANIE ŚPIĄCZKI**

TELEFONY:

Centrala - 32 39 01 414
Pobyt stacjonarny - Punkt Przyjęć Skierowań - 32 39 01 303
Ośrodek Rehabilitacji Diennej - 32 39 01 565
Rehabilitacyjna ambulatoryjna - 32 39 01 387

Śląskie.
GCR "Repty" jest jednostką ochrony zdrowia Samorządu Województwa Śląskiego

Przestępcy u progu naszego domu

podkom. Adrianna Mazur
Wydział Prewencji
Komendy Miejskiej Policji
w Katowicach



Każdemu z nas oglądając telewizyjne wideoreportaże przemknęła przez głowę myśl czy ja również dałabym dałabym się nabrać oszustowi. Często śmiało odpowiedziałaby sobie, że na pewno nie, jednak u wielu osób ziarenko niepewności mogło zakiełkować. Czy aby na pewno rozpoznam oszusta? Przecież ciągle doskonalą swoje metody naciągania – na osławione „na wnuczka” to może nie, ale czy potrafię rozpoznać oszusta podczas internetowych zakupów? Na kogo uważać - na domokrążców? Na proszących o wodę czy jedzenie? Na osobę podającą się za pracownika jakiejś firmy? A może na kurierów z przesyłką dla sąsiada? Czy nawet we własnym domu nie mogę się czuć bezpiecznie?

Kluczem do odpowiedzi jest przede wszystkim nasza czujność i stosowanie się do zasady (mocno) ograniczonego zachowania wobec osób nieznanymi, nawet tych, które na pierwszy rzut oka wzbudzają nasze zaufanie.

Przestępca po drugiej stronie słuchawki

- Zadzwoił do mnie telefon i mężczyzna przedstawił się, że jest policjantem – opowiadała podczas składania zawiadomienia o przestępstwie pani Halina, lat 78, emerytka z Katowic. Powiedział, że oszuści chcą mi wyczyścić konto z całych moich oszczędności. Byłam przerażona, te pieniądze odkładałam na mieszkanie dla mojego wnuka! Aby uniknąć straty nakazał mi się udać do banku i przelać oszczędności życia na specjalne konto, na którym będą one ukryte przed oszustami. Ten pan nawet kazał mi zadzwonić pod numer alarmowy do Policji, żeby potwierdzić akcję, ale... bez roz-

łączania się. On miał mnie przełączyć - pani Halina aż westchnęła na wspomnienie o stresie, który wtedy przeżywała. To mnie zastanowiło. Dobrze, że byłam czujna i kazałam mu zadzwonić za chwilę. Rozłączyłam się i sama wybrałam numer 112. Tam dowiedziałam się, że mogłam paść ofiarą oszustów. Odetchnęłam z ulgą.

Podejrzenia powinny wzbudzić nieznajome osoby, które proszą o pomoc informują o wysokim prawdopodobieństwie utraty pieniędzy, grają na emocjach, zobowiązują nas do współpracy i nakazują zachowanie tajemnicy, poganiają, nie dają czasu na zastanowienie się i przede wszystkim nie pozwalają nam zadzwonić po radę do bliskich czy sąsiadów. Oszuści wypytują o ilość posiadanych oszczędności, o miejsce ich przechowywania, hasła do kont bankowych. W takim przypadku natychmiast rozłącz połączenie i zadzwoń pod numer alarmowy 112. Straty osób oszukanych często sięgają od kilku do kilkudziesięciu tysięcy, a w ekstremalnych przypadkach kilkaset tysięcy złotych.

Jak się chronić?

Potwierdzajmy tożsamość osoby podającej się za pracownika danej firmy przez okazanie legitymacji ze zdjęciem lub dzwoniąc do administracji, pogoto-

wia energetycznego, gazowego czy wodno-kanalizacyjnego. Oszust, który okrada mieszkania nie działa nigdy sam. Jedna osoba odwraca uwagę, a druga pładruje mieszkanie. Dlatego aby uniknąć kradzieży nie wpuszczajmy obcych osób do domu i zamykajmy drzwi na zamek.

Przestępcy nie zawsze muszą być osobami obcymi

Policja odnotowuje coraz częstsze zgłoszenia stosowanie przemocy ze strony dzieci czy wnuków wobec seniorów.

– Wiemy o tym, że przemoc wobec seniorów istnieje, choć nie jest tak wyartykułowana, jak przemoc wobec kobiet – dzieli się przemyśleniami pani Elżbieta, katowicka aktywistka na rzecz osób 65+. Wobec osób starszych, nieporadnych uzależnionych od pomocy bliskich stosowana jest nierzadko, oprócz przemocy fizycznej czy psychicznej, także przemoc „prawna”. Ponieważ seniorzy bywają ubezwłasnowolnieni, kiedy występuje jakakolwiek demencja, a jeszcze funkcjonują, rodzina stara się ich ubezwłasnowolnić – być może chodzi o sprawy majątkowe – o cóż by innego? – rozmyśla pani Elżbieta.

Osoby starsze doświadczają najczęściej przemocy w przestrzeni domowej – stwierdza pan Ryszard, senior lat 67, podczas obchodów Katowickiego Dnia Seniora. Doświadczają przemocy od osób młodszych. I wstydzą się tego. Raz, że się boją, jakie będą konsekwencje, ale też co powiedzą inni na ten temat – że jak wnuk? Mój wnuk? To wstyd taki, więc jest ukrywanie.

W praktyce policyjnej często spotykamy się z przypadkami, że przemoc jest zgłaszana nawet i po 20 latach. Powody, dla których osoby nie decydują się na odejście są względy praktyczne – sprawca i ofiara i tak zmuszeni są mieszkać razem, dobro dzieci, zastraszenie ze strony partnera, wiara, że sprawca się poprawi – czy też względy ekonomiczne. Dlatego tak istotne jest po pierwsze reagowanie i zgłaszanie odpowiednim organom, gdy jesteśmy świadkami przemocy i wspieranie takich osób. Po drugie w przypadku, gdy jesteśmy osobą doznającą przemocy znalezienie w sobie siły do zmian, podejmowania decyzji w swoich sprawach oraz szukanie i przyjmowanie pomocy. Warto skorzystać z pomocy specjalistów zajmujących rozwiązywanie przemocy w rodzinie kontaktując się z dzielnicowym czy pracownikiem socjalnym

Nie dajcie się przestępcom pukającym do Waszych drzwi, będących pod drugiej stronie słuchawki oraz tym, którzy już są w waszym domu.

Bezpieczeństwa i spokoju!

Zadzwoń – uzyskasz pomoc i poradę

■ Śląskie Stowarzyszenie
Alzheimerowskie
– 797 021 361/ 503 057 322/
Oddział neurologii odcinek jedno-
dniowej diagnostyki i leczenia
Klinika neurologii 32 789 46 24



■ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Cieszynie – 33 47 77 119

■ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Żywcu – 33 861 94 19

■ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Pszczynie 32 449 01 45

■ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie w Zawierciu 32 671 07 48 do 50

■ Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie Bielsko-Biała – 33 813 69 33 / 789 293-596

Sprawami związanymi z nawiązywaniem kontaktów z Domami Opieki, które przyjmują osoby z chorobą Alzheimera oraz świadczących opiekę domową zajmuje się pan **PAWEŁ MATYJA 506 537 596**



W 2023 roku będziemy realizować działania z zakresu

- rozbudowy strony internetowej
- telefonu zaufania
- zorganizowania bezpłatnych badań pamięci dla seniorów
- spotkań ze specjalistami dla seniorów naszego województwa
- kontynuacji prowadzenia grup wsparcia ze specjalistami
- wydanie biuletynu – informatora o domach opieki

Odpowiadając na liczne zapytania wielu opiekunów oraz celem pozyskania funduszy na cele statutowe i realizację naszych działań, **Stowarzyszenie zakupiło profesjonalny sprzęt do ozonowania**. Nasi wolontariusze zostali przeszkoleni i posiadają niezbędne certyfikaty do przeprowadzania w/w usług.

Od stycznia 2023 r. polecamy odpłatne usługi z zakresu

■ ozonowania /pomieszczeń prywatnych, gabinetów lekarskich przychodni itp.

■ czyszczenia tapicerki

Osiągnięty zysk w całości przekazany zostanie na cele związane z realizacją naszych celów statutowych.

Blizsze informacje: 572 115 853

Bardzo ważne:

Pragniemy poinformować, iż wychodząc naprzeciw wielu oczekiwaniom opiekunów osób chorych, pragniemy wydać w 2023 r. specjalny numer biuletynu – informatora.

Informator w całości poświęcony będzie domom opieki, które przyjmują chorych na choroby otępienne, w tym na alzheimera.

Nasz informator dociera do kilku tysięcy odbiorców w całym województwie.

Domy, które pragną zamieścić informacje o swojej działalności, prosimy o kontakt z Panem **Pawłem Matyją** – **506 537 596**



Jak nam pomóc?

Prosimy o przekazanie **1% podatku** za 2022 rok na rzecz Śląskiego Stowarzyszenia Alzheimerowskiego
KRS 0000246537

Darowizny można również przekazywać na konto Stowarzyszenia:
ING Bank Śląski 28 1050 1214 1000 1123 0097 1815

Jesteśmy organizacją pożytku publicznego.
Działamy jako wolontariusze.

Bardzo dziękujemy wszystkim, którzy przekazali na nasze konto darowiznę w postaci 1% za rok 2021 oraz wsparli nas finansowo.



PIXABAY

Błogosławieni ludzie, którzy rozumieją, że moje nogi teraz wolniej chodzą i moje ręce drżą.
Błogosławieni niech będą, którzy o tym myślą, że moje uszy już niedobrze słyszą
i że nie wszystko od razu rozumiem.

Błogosławieni niech będą, którzy wiedzą, że moje oczy już źle widzą.

Błogosławieni niech będą, którzy mi nie wymyślają, gdy coś mi z rąk wypadnie
i którzy mi pomagają odnaleźć swoje rzeczy.

Błogosławieni niech będą, którzy się do mnie uśmiechają i ze mną w pogawędkę się wdają.

Błogosławieni niech będą, którzy zauważają moje dolegliwości
i próbują moje cierpienia pomniejszyć.

Błogosławieni niech będą, którzy pozwalają mi odczuć, że jestem kochany,
i którzy się czule ze mną obchodzą.

Błogosławieni, którzy przy mnie zostają, gdy idę już drogą do wieczności

Błogosławieni wszyscy, którzy są dla mnie dobrzy.

Oni pomagają mi myśleć o dobrym Bogu.

A ja ich na pewno nie zapomnę

Gdy będę kiedyś u Niego!

Phil Bosmans