



BIULETYN INFORMACYJNY

Nr 6/2006

Polskiego
Towarzystwa
Laryngektomowanych

Laryngektomia

Rak krtani

Rak krtani

Laryngektomia

Wydanie Specjalne
JUBILEUSZOWE

Polskie Towarzystwo Laryngektomowanych
Zarząd Główny

BIULETYN

INFORMACYJNY

Wydanie Specjalne
Jubileuszowe



Opole 2006

Wydawca Biuletynu Informacyjnego
Wydanie Jubileuszowe
Polskie Towarzystwo Laryngektomowanych
Opolski Oddział Rejonowy, Opole, Damrota 2a
Tel. 0 77 453 60 82

Redaktor Prowadzący
Anna Fusiarz

**Serdeczne podziękowania za udostępnienie materiałów
z możliwością wykorzystania w biuletynie,
dla Agencji Wydawniczej „MEDSPORTPRESS”
Wydawcy kwartalnika ogólnopolskiego
„Niepełnosprawność i Zdrowie”.**

Skład i druk:
Zakład Poligraficzny „Sindruk”
Opole, ul. Obr. Stalingradu 66 tel.
077/ 442 09 69

Codziennie pod numerem tel. **0-77-453-60-82** pełnią dyżury
i są do Państwa dyspozycji dziennikarze
miesięcznika ogólnopolskiego „*Bariery w świecie niepełnosprawnych*”.
Listy do redakcji prosimy kierować na adres
Opolskiego Oddziału Rejonowego
Polskiego Towarzystwa Laryngektomowanych
45-712 Opole, ul. Damrota 2a z dopiskiem „*Bariery*”.

„Bariery...” e-mail: *bariery@gazeta.pl*
PTL *bezkrteni@poczta.fm*

Drodzy Przyjaciele!

Drogę Polskiego Towarzystwa Laryngektomowanych znaczą kolejne rocznice. To doskonała okazja, żeby raz jeszcze przywołać ludzi i wydarzenia, zauważyć i cieszyć się uczynionym dobrem, zatrzymać się i życzliwie pochylić się nad historią Towarzystwa.

Jubileuszowe pamiętanie jest świętem. Dlatego wszystkim członkom Towarzystwa serdecznie gratuluję i przekazuję najlepsze życzenia. Składam także wyrazy szczerego uznania za świadczone dobro, zrozumienie, profesjonalną pomoc tym, których udziałem stało się cierpienie i choroba.

(Obchodzony Jubileusz otwiera przed Towarzystwem nowe zadania. Jest ich bardzo wiele. Należy rozwijać bazę organizacyjną, powoływać nowe ośrodki, zadbać o środki materialne, rozwijać działalność profilaktyczno-informacyjną, pozyskiwać nowych ludzi i tworzyć nowe rozwiązania. Na każdym z tych od-cinków życzę sukcesów i wielu osiągnięć.

()bok tych ważnych zadań i działań, które z pewnością należy podejmować widzę jeszcze jedną, szczególną potrzebę. Trzeba nam uczyć się CZŁOWIEKA, odkryć jego piękno, godność, wielkość i powołanie. Zobaczyć całego człowieka w jego cierpieniu, zmaganiu się z chorobą i jego nadziei życia. Jestem głęboko przekonany, że taka fascynacja człowiekiem jest szkołą zrozumienia ludzkich problemów, rodzi wrażliwe serce, tworzy kulturę otwartą na życie, buduje mądrą i odpowiedzialną współpracę w niesieniu dobra ludziom przeżywającym swoją chorobę.

Kochani Przyjaciele, z podziwem i uznaniem patrzę na Wasze działania, wysiłki i nowe inicjatywy. Towarzyszę Wam modlitwą i polecam każdego z Was Dobremu Bogu.

Nie ustawajcie w drodze! Kolejnych, pięknych Jubileuszów!

ks. Kazimierz Małżeński CM - opiekun PTL

POLSKIE TOWARZYSTWO LARYNGEKTOMOWANYCH

Czas szybko przemija i wypełniany jest przeróżnymi zjawiskami tworzonymi przez ludzi. Zdarzenia te nie zawsze utrwalane są na odpowiednich nośnikach informacji. W naszym Towarzystwie podjęto nieśmiałą próbę prezentacji - zapisu o Jego powstaniu i działalności. Miało to miejsce w wydanym *Biuletynie Informacyjnym PTL* Nr 0/2002 str. 8-15 *Wydanie Specjalne Jubileuszowe z okazji X-lecia PTL*.

Następny okres działalności Towarzystwa zaprezentowano w *Biuletynie Informacyjnym PTL* Nr 5/2004 str. 7-15 obejmujący lata 2001-2003. Tu jednak nie kończy się przedstawienie działalności naszego Towarzystwa. Następują tylko zmiany kadrowe i organizacyjne - patrz: cytowany już wcześniej *Biuletyn Informacyjny PTL* Nr 5/2004 str. 4-7. W okresie tym, aż do chwili obecnej umacniały się i powstawały nowe ogniwa terenowe naszego Towarzystwa. Miało to częściowo swoje odbicie w wydawanym *Biuletynie Informacyjnym PTL*, w rozdziale pod tytułem *Z życia laryngektomowanych*, np. w *Biuletynie PTL* Nr 1/2002 str. 20, Nr 3/2002 str. 22, Nr 4/2003 str. 20.

W okresie 1994-2003, tj. w czasie pełnienia przeze mnie funkcji przewodniczącego Zarządu Głównego PTL, szczególne zasługi dla naszego Towarzystwa wnieśli:

I. Przy organizacji Towarzystwa:

- **prof. doc. hab. n. med. Stanisław Betlejewski** - Kierownik Katedry i Kliniki Otolaryngologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy, opiekun medyczny w latach 1991-2005.
- **dr n. med. Anna Sinkiewicz** - aktywny udział w tworzeniu Klubu Laryngektomowanych, a następnie przy jego przekształcaniu w PTL i udział w jego działalności do chwili obecnej,
- **dr n. med. Lech Hejko** - aktywny udział w tworzeniu Klubu Laryngektomowanych, a następnie przy jego przekształcaniu w PTL oraz organizowanie Oddziału PTL w Toruniu i sprawowanie opieki nad nim,
- **Barbara Kuchcińska** - pielęgniarka, brała aktywny udział w tworzeniu Klubu Laryngektomowanych, jego przekształcaniu w PTL oraz prowadzeniu działalności,

- **dr n. med. Piotr Winiarski** - brał aktywny udział w organizowaniu Klubu Laryngektomowanych, jego przekształcaniu w PTL i działalności,
- **mgr Ryszard Stefański** - uczestniczył w tworzeniu Klubu Laryngektomowanych, jego przekształcaniu w PTL, organizowaniu i prowadzeniu działalności do 1984 r.
- **Henryk Biskup** - członek władz Klubu Laryngektomowanych, a następnie PTL do 1984r.

II. W kierowaniu działalnością PTL i jego popularyzacją:

- **mgr Aleksandra Kumor-Wilgosiewicz** - logopeda, brała aktywny udział w działalności PTL poprzez udział w powstaniu Klubu Laryngektomowanych, jego przekształcaniu w PTL i prowadzeniu działalności do chwili obecnej,
- **mgr Hanna Owczarzak** - logopeda, bierze aktywny udział w działalności PTL poprzez udział we władzach Towarzystwa, organizuje i prowadzi atrakcyjną działalność w kierowanym oddziale,
- **mgr Barbara Sternal** - pielęgniarka, oddziałowa Kliniki Otolaryngologii, brała aktywny udział w działalności Towarzystwa sprawując różne funkcje we władzach,
- **mgr Stanisław Walczykowski** - laryngektomowany w 1992 r., aktywnie uczestniczył w działalności Towarzystwa sprawując różne funkcje,
- **Adam Cywiński** - laryngektomowany, aktywnie uczestniczył w działalności PTL sprawując różne funkcje,
- **Janusz Piotrkowski** - częściowa laryngektomia, aktywnie i z pełnym zaangażowaniem prowadził działalność Towarzystwa,
- **mgr Grażyna Smolarek-Kamińska** - aktywnie uczestniczyła w popularyzatorskiej działalności Towarzystwa poprzez pomoc w wydawaniu *Biuletynu Informacyjnego PTL* i innych wydawnictw,
- **Andrzej Stypczyński** - laryngektomowany, aktywnie uczestniczy w działalności Towarzystwa sprawując różne funkcje. Utrzymuje szerokie kontakty z osobami laryngektomowanymi i członkami ich rodzin przez co przyczynia się do popularyzacji istnienia i działalności Towarzystwa. Prezentuje także działalność PTL w poezji,

3. Oddział PTL Toruń:

- **Maria Kamińska** - córka Leszka Maciejewskiego współzałożyciela i aktywnego działacza Towarzystwa, która z pełnym zaangażowaniem sprawowała różne funkcje. Obecnie pełni funkcję Przewodniczącego Zarządu Oddziału,
- **Romuald Jaworski** - jeden z najstarszych członków PTL. Popularyzuje Towarzystwo w swojej poezji,

4. Oddział PTL Gdańsk:

- *dr Urszula Urbańska* - współzałożycielka i opiekunka oddziału,
- *Erwin Orłowski* - laryngektomowany, współzałożyciel i aktywny działacz Towarzystwa, obecnie pełni funkcję Przewodniczącego Zarządu Oddziału,

5. Oddział PTL Rzeszów:

- *prof. dr hab. Będkowski* - współzałożyciel i opiekun Oddziału,
- *Stanisław Zajdel* - laryngektomowany, organizator, założyciel i sprawujący funkcję Przewodniczącego Zarządu Oddziału od jego założenia,

6. Oddział PTL Warszawa:

- *Aleksandra Obarska* - laryngektomowana, współzałożycielka Oddziału i aktywnie organizująca jego działalność. Przez wiele lat pełniła funkcję Przewodniczącego Zarządu,
- *Danuta Walędziak* - wdowa po Alfredzie Walędziaku, założycielu Oddziału, aktywnie uczestniczy w działalności Oddziału, sprawując funkcję skarbnika,

7. Oddział PTL Wrocław:

- *lek. med. Urszula Wierchaczewska* - założycielka i wieloletnia Przewodnicząca Zarządu Oddziału,
- *lek. med. Beata Mikuła* - współzałożycielka i Przewodnicząca Zarządu Oddziału,
- *Maria Guzicka* - laryngektomowana, inspiratorka i współzałożycielka Oddziału,
- *Leszek Włodarski* - laryngektomowany, współzałożyciel i aktywny działacz Towarzystwa

8. Oddział PTL Olsztyn:

- *dr n. med. Lidia Zatorska* - założycielka i opiekunka Oddziału,
- *Kazimierz Trzeciński* - częściowa laryngektomia, aktywny działacz Towarzystwa. Pełnił funkcję Przewodniczącego Zarządu Oddziału,
- *Danuta Karczmarek* - laryngektomowana, aktywny działacz Towarzystwa, pełniła różne funkcje społeczne,

9. Śląski Oddział PTL w Sosnowcu:

- *dr n. med. Dorota Piekaj-Stefańska* - założycielka, opiekun medyczny i organizator działalności Towarzystwa,
- *mgr Wanda Speck* - laryngektomowana, aktywny członek i organizator działań,

10. Oddział PTL Opole:

- *Sybilla Fusiarz* - założycielka, sprawuje funkcję Przewodniczącej Zarządu Oddziału od jego założenia, organizatorka działalności Towarzystwa,

- **Kazimierz Bartha** - współzałożyciel

11. Lubuski Oddział PTL w Zielonej Górze:

- **dr n. med. Anna Wilczyska** - współzałożycielka i opiekun medyczny,
- **Władysław Jackowski** - laryngektomowany, inicjator, założyciel i organizator działalności Oddziału,
- **Andrzej Trawiński** - laryngektomowany, współzałożyciel i organizator działalności Towarzystwa, przewodniczący Oddziału, przedstawiciel C.E.L.

12. Zamojski Oddział PTL w Zamościu:

- **mgr Zdzisław Zienkiewicz** - laryngektomowany, założyciel i organizator działalności Towarzystwa w Zamościu i Lublinie,

13. Oddział PTL Szczecin:

- **prof. dr hab. Czesława Tarnowska** - inicjator i opiekun medyczny Oddziału,
- **Bogdan Gąsiorowski** - laryngektomowany, założyciel i organizator działalności Towarzystwa.

14. Świętokrzyski Oddział PTL w Kielcach:

- **prof. dr hab. Stanisław Bień** - inicjator i opiekun medyczny,
- **mgr Maria Górecka-Lasota** - logopeda, założycielka i organizatorka działalności Towarzystwa,

15. Oddział PTL Bielsko-Biała:

- **dr Sławomir Zeman** - inspirator, założyciel i organizator działalności Towarzystwa.
- **Andrzej Kędzior** - laryngektomowany, organizator działalności.

16. Środowisko Osób Laryngektomowanych w Radomiu:

- **dr med. Robert Wiraszka** - onkolog, inspirator powstania Towarzystwa,
- **dr Ewa Kielska** - otolaryngolog, współinspiratorka powołania Towarzystwa,
- **Wiktor Wdowczyk** - laryngektomowany, organizator działalności,

17. Środowisko Osób Laryngektomowanych we Włocławku:

- **Henryka Kazmierczak** - laryngektomowana, organizatorka działalności Towarzystwa w Środowisku,

Opracowano na podstawie zapisów zawartych w wydanych dotychczas *Biuletynach Informacyjnych PTL*.

Krzysztof Kujawiński

15 LECIE POLSKIEGO TOWARZYSTWA LARYNGEKTOMOWANYCH

Minęło 130 lat od pierwszej operacji całkowitego usunięcia krtani z powodu raka krtani i pomimo doskonalenia samej techniki operacji, wprowadzenia radioterapii i chemioterapii liczba laryngektomowanych nie maleje. Decyzja o konieczności zastosowania tak radykalnej metody leczenia podejmowana jest przez chirurga po wykluczeniu innych możliwości leczenia. Głównym celem postępowania jest ratowanie zdrowia i życia chorego.

Rak staje się niejednokrotnie słowem wybitnie emocjonalnym, a choroba nowotworowa jako choroba straszna, budząca lęk, nieuleczalna, prowadząca nieuchronnie do śmierci, jednak nie to przeraża chorego z rakiem krtani, przeraża go konieczność utraty głosu.

Problemy związane z nową sytuacją życiową wynikają dopiero po powrocie ze szpitala do domu. Operacja niewątpliwie ratuje życie, lecz jej skutkiem jest trwałe okaleczenie w postaci utraty możliwości komunikowania się, a co za tym

idzie, trudności w porozumiewaniu się z otoczeniem, zmianą sytuacji społecznej, zawodowej i rodzinnej. Prowadzi to do zniecierpliwienia, zniechęcenia, izolacji, depresji. Uczuć takich doświadcza co roku tysiące ludzi, na całym świecie. Sposobem na pokonanie tych przygnębiających uczuć, jest skoncentrowanie się na najważniejszym w danej chwili problemie: nauce głosu zastępczego.

Ze względu na skalę problemu w 1987 roku, zrodziła się w Katedrze i Klinice Otolaryngologii Akademii Medycznej w Bydgoszczy inicjatywa powołania organizacji zrzeszającej osoby po usunięciu krtani. Z udziałem Kierownika Katedry i Kliniki *prof. Stanisława Betlejewskiego*, oraz lekarzy: *Lecha Hejki*, *Jerzego Bujakowskiego*, *dr Hanny Sinkiewicz*, logopedy *Aleksandry Białachowskiej*, pielęgniarki *Barbary Kuchcińskiej*, prezesa TKKF „Orzeł” w Bydgoszczy *Eugeniusza Połtyny* odbyło się spotkanie, w czasie którego powołano do życia **Bydgoski Klub Laryngektomowanych**. Działalność klubu

prezentowano w środkach masowego przekazu o zasięgu lokalnym i centralnym. Ze względu na nowatorski charakter klubu i formy jego działania oraz ogromne społeczne zapotrzebowanie na taką działalność zaczęła masowo napływać korespondencja od laryngektomowanych i ich rodzin z całego kraju. Ten lawinowy napływ chętnych do klubu spowodował konieczność przekształcenia go w **Polskie Towarzystwo Laryngektomowanych** z siedzibą w Bydgoszczy przy Katedrze i Klinice Otolaryngologii Akademii Medycznej. Komitet założycielski tworzyli:

1. *dr Jan Klimiński*
2. *Jan Przybytek*
3. *dr Anna Sinkiewicz*
4. *mgr Aleksandra Kumor.*

Towarzystwo zostało zarejestrowane w Sądzie Wojewódzkim w Bydgoszczy dnia 23 kwietnia 1991 roku. Na posiedzeniu organizacyjnym w dniu 24.04.1991 roku ukonstytuował się Zarząd Główny. W skład Zarządu Głównego weszli:

dr Jan Klimiński -przewodniczący,
prof. dr Roman Wańkiewicz,
Jan Przybytek - zastępca
oraz członkowie:
Anna Sinkiewicz, Maria Borowicz,
Wiesława Szmít, Halina Gorajska, Ryszard Stefański i Zbigniew Lewiński.

Terenem działania Towarzystwa jest obszar Rzeczypospolitej Polskiej i posiada ono prawo powoływania oddziałów terenowych. Polskie Towarzystwo Laryngektomowanych zrzesza osoby niepełnosprawne będące osobami laryngektomowanymi na wskutek usunięcia krtani. Towarzystwo zrzesza 16 oddziałów i 2 koła środowiskowe. Są to:

1. Polskie Towarzystwo Laryngektomowanych Oddział Rejonowy w Bydgoszczy
ul. M.C. Skłodowskiej 9,
85-094 Bydgoszcz
przewodnicząca - *Hanna Owczarzak*

2. Polskie Towarzystwo Laryngektomowanych Oddział Rejonowy w Toruniu
ul. Świętego Józefa 53-59,
87-100 Toruń
przewodnicząca - *Maria Kamińska*

3. Polskie Towarzystwo Laryngektomowanych Oddział Rejonowy w Rzeszowie
ul. Szopena 2,35-057 Rzeszów
przewodniczący - *Stanisław Zajdel*

4. Polskie Towarzystwo Laryngektomowanych Oddział Rejonowy w Warszawie
ul. Grzybowska 5,00-132 Warszawa
przewodnicząca - *Aleksandra Obarska*

**5. Polskie Towarzystwo
Laryngektomowanych
Zamojski Oddział Rejonowy w
Zamościu**
ul Legionów 12,22-400 Zamość
przewodniczący - *Zdzisław Zienkiewicz*

**6. Polskie Towarzystwo
Laryngektomowanych
Lubuski Oddział Rejonowy
w Zielonej Górze**
ul. Głowackiego 8a
65-001 Zielona Góra
przewodniczący - *Andrzej Trawiński*

**7. Polskie Towarzystwo
Laryngektomowanych
Opolski Oddział Rejonowy**
ul. Damrota 2 a, 45-425 Opole
przewodnicząca - *Sybilla Fusiarz*

**8. Polskie Towarzystwo
Laryngektomowanych
Oddział Rejonowy w Szczecinie**
ul. Unii Lubelskiej 1, 71-353 Szczecin
przewodniczący - *Bogdan Gąsiorowski*

**9. Polskie Towarzystwo
Laryngektomowanych
Śląski Oddział Rejonowy**
ul Plac Medyków 1, 41-200 Sosnowiec
przewodniczący - *Ireneusz Ferczykowski*

**10. Polskie Towarzystwo
Laryngektomowanych
Pomorski Oddział Rejonowy**
ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk
przewodniczący *Erwin Orłowski*

**11. Polskie Towarzystwo
Laryngektomowanych
Oddział Rejonowy we Wrocławiu**
ul. Krakowska 28, 50-425 Wrocław
przewodnicząca - *Beata Miłkuła*

**12. Polskie Towarzystwo
Laryngektomowanych
Oddział Rejonowy w Olsztynie**
ul. Dworcowa 28, 10-436 Olsztyn
przewodnicząca - *Danuta Kaczmarek*

**13. Polskie Towarzystwo
Laryngektomowanych
Oddział Rejonowy w Lublinie**
ul. Jaczewskiego 8, Lublin
przewodnicząca - *Joanna Kamuda*

**14. Polskie Towarzystwo
Laryngektomowanych
Oddział Rejonowy w Koszalinie**
ul. Wojska Polskiego 13, Koszalin
przewodniczący - *Jan Byliński*

**15. Polskie Towarzystwo
Laryngektomowanych
Oddział Rejonowy w Kielcach**
ul. Romualda 9/22, 25-322 Kielce
przewodniczący- *Maria Górecka-Lasota*

**16. Polskie Towarzystwo
Laryngektomowanych
Oddział Rejonowy w Bielsku Białej**
przewodniczący - *Andrzej Kędzior*

**17. Polskie Towarzystwo
Laryngektomowanych
Koło Środowiskowe we Włocławku**

ul. Brzeska 6, 87-800 Włocławek
przewodnicząca - *Henryka Kazimierczak*

18. Polskie Towarzystwo

Laryngektomowanych Koło Środowiskowe w Radomiu

ul. Aleksandrowicza 5, 26-017 Radom
przewodniczący - *Wiktor Wdowczyk*

Oddziały te zrzeszają około 1000 osób.

W bieżącym roku mija 15 rocznica działalności Polskiego Towarzystwa Laryngektomowanych.

Działalność Towarzystwa ukierunkowana jest na pomoc osobom po całkowitym usunięciu krtani. Pomoc ta organizowana jest poprzez organizowanie turnusów rehabilitacyjnych w Oddziałach.

Organizowanie turnusów centralnych przez Zarząd Główny, w których uczestniczą chętni laryngektomowani z całej Polski.

Wydawanie biuletynów informacyjnych informujących chorych o możliwościach nauki mowy zastępczej. Pomoc w zakupie akcesoriów medycznych takich jak rurki tracheostomijne, apaszki, elektroniczne krtanie i inne. Udzielanie informacji o przysługujących im prawach jako osobom niepełnosprawnym. Udzielanie w miarę możliwości potrzebującym wsparć finansowych oraz wskazywanie im miejsc gdzie taką pomoc mogą otrzymać.

Organizowanie spotkań integracyjnych. Spotkania z chorymi przygotowującymi się do operacji oraz z ich rodzinami, przekazując im informacje na temat ich zachowań w pierwszej fazie leczenia. Odwiedzanie chorych w szpitalach udzielając im wsparcia duchowego.

Przez 15 letni okres działalności Towarzystwo przechodziło wzloty i upadki. Jednak więcej było zachowań pozytywnych. Udawało się Zarządowi Głównemu powoływać szesnaście Oddziałów Terenowych oraz utrzymywać kontakt z nimi. Stabilizatorem tej sytuacji był długoletni Przewodniczący Towarzystwa kol. *Krzysztof Kujawiński*. Po wyborze w 2003 r. nowego przewodniczącego sytuacja uległa pogorszeniu.

Po krótkim okresie na skutek rozbieżności poglądów w Zarządzie Głównym i chorobami jego członków Towarzystwo chyliło się ku upadkowi. Chcąc ratować dotychczasowe osiągnięcia Towarzystwa 3.12.2005 r. został zwołany Nadzwyczajny Zjazd Delegatów w Opolu. Na zjeździe postanowiono przenieść siedzibę Zarządu Głównego do Opolu. Wybrano nowe władze Towarzystwa. Wprowadzono zmiany do statutu przystosowując go do obecnych potrzeb.

W skład Zarządu Głównego weszły następujące osoby:

1. **Sybilla Fusiarz**

Przewodnicząca Zarządu Głównego

2. **Stanisław Zajdel**

Sekretarz Zarządu Głównego

3. **Krystyna Kozłowska**

Skarbnik Zarządu Głównego

4. **Ireneusz Ferczykowski**

Członek Zarządu Głównego

5. **Dariusz Kowalski**

Członek Zarządu Głównego

6. **Andrzej Trawiński**

Członek Zarządu Głównego

7. **Zdzisław Zienkiewicz**

Członek Zarządu Głównego.

na rzecz laryngektomowanych wykażał się kolega **Krzysztof Kujawiński**.

Na wyróżnienie zasługują także członkowie Prezydium Zarządu Głównego Koi. **Janusz Piotrowski, Zbigniew Janka, Sternal Barbara**, którzy mimo nękających ich chorób w końcowej fazie działalności PTL-u w Bydgoszczy starali się prowadzić działalność. Dużą aktywnością wykazywali się wszyscy Przewodniczących Oddziałów Rejonowych. Na szczególną uwagę zasługują: **Andrzej Trawiński, Sybilla Fusiarz, Maria Górecka-Lasota**. Nie sposób nie wspomnieć o zaangażowaniu **logopedy mgr Aleksandry Kumor**.

Była to jedna z pierwszych osób, która podjęła się tak trudnej pracy z laryngektomowanymi.

Przez okres 15 lat działania wiele dobrego udało się zrobić dla laryngektomowanych. Nie jest to ostatnie słowo Towarzystwa. Obserwując

zapał Zarządu oraz Przewodniczących Oddziałów Rejonowych jestem przekonany, że działalnością zostanie objęta cała Polska z korzyścią dla osób chorych na raka krtani.

Został również zmieniony Komisja Rewizyjna i Sąd Koleżeński.

Na przestrzeni 15 letniej działalności bardzo dużym zaangażowaniem

Stanisław Zajdel





WARTO BYŁO PRACOWAĆ DLA TYCH CHWIL

Rozmowa z profesorem Stanisławem Betlejewskim z Katedry i Kliniki Otolaryngologii Collegium Medicum w Bydgoszczy, opiekunem medycznym PTL w latach 1991-2005.

- Polskie Towarzystwo Laryngotamowanych zostało oficjalnie zarejestrowane dokładnie 15 lat temu. Idea założenia takiej organizacji, która działałaby na rzecz osób po usunięciu krtani, pojawiła się jednak dużo wcześniej.

- W 1981 r. podjąłem prace w Klinice Otolaryngologii ówczesnej Akademii Medycznej w Bydgoszczy.

Razem z moimi współpracownikami dostrześliśmy problem osób po laryngektomii. Większość z nich była bardzo zagubiona, zdana na samych siebie. Wielu miało za sobą, wielkie ludzkie tragedie. Nie brakowało przypadków, gdy odwracała się od nich rodzina. Dla pacjentów wiadomość o nowotworze to nie tylko szok. Choroba pozbawia ich prze-

cież podstawowych możliwości kontaktowania się z otoczeniem. Czasem trudno wytłumaczyć, że operacja to jedyna możliwość na uratowanie życia. W tamtych latach leczenie nowotworu krtani dawało coraz lepsze efekty. Coraz więcej osób po operacji żyło normalnie i wracało do zdrowia. Nasze grono lekarzy zauważyło, że potrzebne byłoby zorganizowanie tych ludzi, danie im możliwości na wspólne spotkania, wymianę doświadczeń, wiedzy. Tak powstał, najpierw nieoficjalnie, w 1987 roku Klub Laryngektomowanych.

-Powstanie klubu spotkało się z ogromnym entuzjazmem ze strony chorych. To z kolei było czynnikiem motywującym grupę lekarzy i logopedów do włączenia się w tę społeczną inicjatywę. Z czasem zaczęliśmy rozszerzać naszą działalność. Poza comiesięcznymi spotkaniami postanowiliśmy organizować też wspólne obozy rehabilitacyjne. Zwykle na miejsce wyjazdu wybierany był ośrodek należący do zakładu pracy któregoś z członków. Zwracaliśmy przede wszystkim uwagę, by znajdował się w dogodnych warunkach klimatycznych. Tleń w Borach Tucholskich, Ciechocinek, czy nadmorskie Sarbinowo, tamtejsze odpowiednie

nawilżenie powietrza pomagało podejmować jeszcze większy wysiłek podczas procesu nauki mowy.

- Okazało się, że takie obozy, oprócz rehabilitacji fizycznej, zaczęły również dawać dobre efekty dla psychiki pacjentów.

- Rzeczywiście, laryngektomowani pracując w grupie łatwiej potrafią zdopingować się do jeszcze wytrwalszych ćwiczeń. Takie osoby, na co dzień wyalienowane, otwierały się w swoim towarzystwie. Pacjenci mogli ćwiczyć, wymieniać się doświadczeniami i wspierać nawzajem. Gdy pojechałem na obóz rehabilitacyjny pierwszy raz odwiedzić moich pacjentów, pomyślałem, że się pomyliłem. Szukałem ludzi, którzy przebyli ciężką chorobę, a zobaczyłem sportowców, którzy grali na boisku w piłkę, osoby uśmiechnięte, zadowolone, pełne energii.

- Wspólne towarzystwo było lepsze niż lekarstwa?

- Spotkania pacjentów stały się sposobem na uzupełnienie terapii. Postanowiliśmy namówić też laryngektomowanych, by uczestniczyli w rozmowach z pacjentami przed operacją. By dodawali im otuchy i tłumaczyli, że z tym schorzeniem można żyć. Stworzył się w ten

sposób model rehabilitacji kompleksowej, połączenie rehabilitacji ruchowej, psychicznej i socjalnej. Chodziło przecież o to, by tych ludzi przywrócić społeczeństwu.

- *Działalność Klubu Laryngektomowanych wciąż się poszerzała. Organizację w końcu oficjalnie zarejestrowano.*

- Powstało Polskie Towarzystwo Laryngektomowanych z siedzibą w Bydgoszczy. Chcieliśmy, by reprezentowało ono interesy tej grupy chorych przed przedstawicielami władz. W międzyczasie naszej instytucji udało się też nawiązać kontakt z Europejską Federacją Towarzystw

Laryngektomowanych. Jej delegacja przyjechała na nasz obóz rehabilitacyjny i była zachwycona. Nie wyobrażano sobie, że jesteśmy tak dobrze zorganizowani. Pod względem technicznym mieliśmy jednak duże trudności.

- *Nie wszyscy podzielali jednak entuzjazm osób zaangażowanych w pracę towarzystwa.*

- Rzeczywiście, niektórzy patrzyli ze zdumieniem, na jakie rzeczy się porywamy. Była to przecież pierwsza taka organizacja w kraju, ba w całym Bloku Wschodnim. Z pewnym niepokojem, więc przyglądała się nam ówczesna władza. Dla wielu



jej przedstawiciele osoby laryngektomowane, mówiące specyficznym szeptem, wydawały się podejrzane. Nie rozumiano ich. Na Zachodzie tacy pacjenci dostawali wyposażenie od państwa, m.in. rurki tracheostomijne, inhalatory, chustki. Przyjaciele z tamtej organizacji napisali więc do ówczesnego Ministerstwa Zdrowia list, w którym chwalili naszą działalność oraz sugerowali, jaką oni pomoc ze strony państwa by proponowali. Efekt był jednak odwrotny. Ministerstwo się obraziło, że ktoś z Zachodu śmie je pouczać. Decydenci poczuli się zagrożeni. Naturalnie pomocy nie było.

- Łatwo było kolegów z kliniki namówić do współpracy?

- Lekarze, logopedzi patrzyli na nasze zmagania z zaciekawieniem, gdy widzieli pierwsze efekty, również chcieli się włączyć do pomocy.

Wszystko działo się bardzo spontanicznie. Powstało na podstawie działań towarzystwa szereg prac naukowych, doktoraty z zakresu rehabilitacji ruchowej i oddechowej. Zależało nam jednak, by to pacjenci przejmowali działalność organizacyjną. Lekarze mieli tylko pomagać w rehabilitacji.

- Wspaniałe kontakty pacjentów z lekarzami i rehabilitantami jednak nie zostały przerwane.

- Lekarze są łącznikami pacjenta z kliniką. Wciąż uczestniczą w większych spotkaniach. Jednym z nich jest wieczór wigilijny. To niewiarygodne, jaką satysfakcję może sprawić widok osób po laryngektomii śpiewających kolędy. Wzruszają też pacjenci, którzy łamią się opłatkami i dziękują za uratowanych 15, czy 20 lat życia. Warto było pracować dla tych chwil.

Dorota Soldańska



Spotkanie przedstawicieli PCPR z osobami po laryngektomii. Suchy Bór 2006

Jestem połączeniem bałaganiarza z osobą do przesady czepiającą się szczegółów

*O swoich marzeniach, o tym co w życiu jest najważniejsze, o swoich słabościach
i zainteresowaniach opowiada dr nauk medycznych, otolaryngolog*



JERZY JAKUBISZYN

**Opiekun medyczny Polskiego Towarzystwa Laryngotomowanych
od 3 grudnia 2005 roku**

Znak zodiaku: wodnik

Ulubione dania: chłodnik jagodowy,
pierogi z jagodami, kompot jagodowy.

**Redakcja: Od dziecka marzył Pan
o tym żeby zostać laryngologiem?**

Jerzy Jakubiszyn: Studia medyczne ukończyłem w 1978 roku na Śląskiej Akademii Medycznej. To, że zostałem laryngologiem to trochę przypadek, ponieważ pod koniec studiów zastanawiałem się, chyba jak każdy, gdzie pójść do pracy. Wtedy to nie był tak duży problem jak teraz, łatwiej było znaleźć etaty w szpitalach. Zacząłem pracę w Bytomiu. W sumie pracowałem tam krótko, bo od 1978 do 1982 roku, kiedy to przeprowadziłem się pod Opole do Dobrzienia, a związane to było z Solidarnością. Zapisalem się do pierwszego niezależnego związku zawodowego i zacząłem w nim działać. Zostałem szefem Komisji Zakładowej Solidarności w szpitalu górniczym. Razem z Jurkiem Kurkowskim i z Panią dr

Szymczyk, Z-cą ordynatora pediatrii w Opolu, zakładaliśmy Solidarność w szpitalach na Śląsku. W 1981 roku wyjechałem na dwa miesiące do wujka w Stanach Zjednoczonych. Tam zastał mnie stan wojenny. Śmieję się, że wiedziałem o tym dzień wcześniej, bo tam była sobota, jak tu już była niedziela. W kraju została żona z dwuletnią córką. Byłem na urlopie bezpłatnym, a ponieważ nie otrzymywałem żadnych wiadomości z kraju postanowiłem wrócić pierwszym możliwym samolotem. W sylwestra 1981 roku wróciłem do domu. Postanowiłem, że wyprowadzimy się ze Śląska, bo mieszkanie na Śląsku to nie było nic takiego rewelacyjnego. W 1982 roku w okolicach Bożego Ciała znaleźliśmy z żoną ogłoszenie, że poszukiwany jest pediatra w ośrodku w Dobrzenu Wielkim.

Moja żona była tuż przed specjalizacją z pediatrii, więc postanowiliśmy się tu przeprowadzić. Zacząłem pracę w poradni laryngologicznej. W 1986 roku przeszedłem na etat szpitalny i pracuję tam do dzisiaj.

R: *Jak z tymi zmianami poradzili sobie Pańscy najbliżsi?*

JJ: Żona, jak już powiedziałem jest pediatrą. Z tego co mi wiadomo jest zadowolona z pobytu na Opolszczyźnie. Dwójka naszych dzieci, córka menadżer turystyki. I syn student AWF i bramkarz Wawelu Kraków, na stałe mieszkają właśnie w Krakowie. Kiedyś ja chciałem iść na studia na AWF, lecz nie wyszło ze względu na zdrowie, nie podołałbym fizycznie i zrezygnowałem. Bardzo się ucieszyłem gdy syn poszedł na AWF. Ja jestem zwariowanym kibicem, zwłaszcza piłkarskim. Pamiętam, że jak podczas studiów było do wyboru, czy się teraz uczyć, czy oglądać mecz i uczyć się potem, to wybierałem to drugie rozwiązanie.

R: *Kierowanie dużym oddziałem w szpitalu, obowiązki w Izbie Lekarskiej, praktyka lekarska, towarzystwo laryngektomowanych, sport, życie rodzinne - jak na to znajduje Pan czas?*

JJ: Z natury jestem leniem (wydaje mi się, że każdy człowiek z natury jest leniem i musi zmuszać się żeby coś zrobić) i jakoś sobie muszę z tym radzić. Po prostu celowo biorę sobie za dużo rzeczy do zrobienia wiedząc, że

jak będę je musiał wszystkie zrobić, to je zrobię. Jeżeli będę miał tylko jedną rzecz do zrobienia, to będę ją odkładał na później. Mam bardzo nieregularny tryb życia, wiem, że można dokładniej planować, ale ja już raczej tego nie zmienię - zbyt długo tak funkcjonuję. Żona twierdzi, że takie działanie mam we krwi. W 1989 we wszystkich obudzila się nadzieja, że będzie coś nowego, wtedy założyłem Klub Inteligencji Katolickiej w Dobrzenu Wielkim, działało to przez dwa lata, później ludzie jakoś mniej zaczęli przychodzić. Jak się to skończyło to założyłem taką małą „Ligę Oldboyów” -piłkarską oczywiście. Grałem regularnie do 1997 roku do operacji łąkotki, potem w 1997 roku zostałem szefem Izby Lekarskiej. Praca w Izbie Lekarskiej bardzo mnie pochłania i staram się robić to co robię tak, aby ludzie którzy mi zaufali nie żałowali tego, że powierzyli mi te obowiązki. Doszła także działalność w Towarzystwie Laryngektomowanych, która jakby naturalnie wynika z tego, iż jestem ordynatorem oddziału, na którym wykonujemy laryngektomie. Gdybym nie wykorzystywał faktu, że takie towarzystwo powstało i nie ułatwiał mu działania, byłoby to podcinanie gałęzi na której siedzę. A co do tego kibicowania, to nawet żona twierdzi, że od kiedy mamy więcej programów, to jest coraz gorzej, bo kiedyś to można było coś jeszcze pooglądać, a teraz to mecz w środę, mecz w czwartek, mecz w piątek,

sobotę i niedzielę, w związku z tym jakoś za bardzo nie ma kiedy oglądać TV Często jestem gościem w domu więc staram się wynagrodzić żonie tą moją nieobecność. Czasami nawet uda nam się gdzieś razem wyjść, ale jak już mamy okazję być razem, to chcemy się nacieszyć tą chwilą. Zostaliśmy z żoną z dwoma psami, dwoma kotami i królikiem. Zwierzęta zajmują nam trochę czasu, ale są bardzo kochane, zwłaszcza te dwa koty. Potrafią rozładować nawet najtrudniejszą sytuację w domu. Jedna kotka z natury jest „dystygowaną damą”, druga to znaleziony czarny dachowiec. Co do zainteresowań - kiedyś było ich znacznie więcej, ale się wykruśzały z braku czasu. Zbierałem znaczki, monety, banknoty, interesowałem się astronautyką, prowadziłem takie specjalne dzienniczki, gdzie zapisywałem poszczególne rodzaje lotów kosmicznych, na Marsa, na Venus, na Księżyc (z dokładnymi numerami lotów, kto leciał, czy Rosjanin czy Amerykanin), to takie pasje z czasów ogólniaka. Nie mogłem zrezygnować z tego, co związane jest z pracą zawodową, w końcu jestem lekarzem i muszę się cały czas doksztalcać. Czasami lubię wracać do moich zbiorów, lubię sobie pooglądać.

R: Żadnych przyjemności?

JJ: Mam taką małą pasję, która mi została. To mania fotografowania i dokumentowania wszelkich wyjazdów, czy

to urlopowych czy innych. Uzbierało się ładnych kilkadziesiąt albumów. Staram się dokładnie opisywać wszystkie zdjęcia, bo jak wiadomo, pamięć ludzka jest zawodna.

R: Jest Pan pedantem?

JJ: Jestem połączeniem bałaganiarza z osobą do przesady czepiającą się szczegółów. Czasami jest tak jak w pio-sence Kuby Sienkiewicza „przewróciło się, niech leży”, ale kiedy trzeba jestem bardzo skrupulatny i dokładny. Do dzisiaj w rodzinie śmieją się z tego, że zazwyczaj kojarzę wszystko na zasadzie ...to się działo po Mistrzostwach Świata, albo ...to było wtedy jak Polska grała z..., tak jakoś zapamiętuję, do cen nie mam pamięci w ogóle, natomiast wyniki meczów piłkarskich na długo zapadają mi w pamięć.

R: Nie szkoda Panu, że dzieci nie poszły w ślady rodziców?

JJ: Gdyby syn chciał iść na medycynę, delikatnie bym mu to odradzał. Córcie na pewno starał bym się wybić to z głowy. Bycie lekarzem to zobowiązanie na całe życie. Nie od godziny 6 do 14 czy 16 lecz w sumie całą dobę. Jeżeli chce się dobrze wykonywać zawód lekarza to temu się trzeba poświęcić, podporządkować całe swoje życie.

R: Tacy bezwzględni są Pańscy pacjenci?

JJ: Lekarz musi mieć czas na rozmowę z pacjentem, musi umieć do tego

pacjenta podejść. Może to banalne, ale czasami wystarczy powiedzieć jedno dla lekarza mało znaczące słowo, a czasem wystarczy usiąść przy pacjencie, wziąć go za rękę, pogłaskać i spokojnie spytać „O co chodzi?”. Staram się trzymać dystans, jaki powinien być zachowany między lekarzem, a pacjentem, ale jednocześnie próbuję doprowadzić do takiej sytuacji, w której pacjent nie boi się ze mną rozmawiać o czymś, co go krępuje czy jest dla niego rzeczą wstydliwą. To wszystko, moim zdaniem, zależy od pierwszego kontaktu lekarza z pacjentem. Jeżeli pierwszy kontakt lekarza z pacjentem będzie obudowany barierą zbyt dużego dystansu, takiego zbytniego „bycia obok”, to może to zaważyć na całej współpracy między obojgiem. Pacjent przy pierwszym spotkaniu powinien poczuć w lekarzu bratnią duszę. Ja nie daję po prostu odczuć pacjentowi, że to co mówi jest mało istotne i że na to nie zwracam uwagi. Jeżeli pacjenci mi ufają to znaczy, że ta przyjęta przeze mnie metoda jest skuteczna i przynosi efekty.

R: Tego chyba nie można się tak po prostu nauczyć z podręcznika?

JJ: Na studiach można zdobyć wiedzę medyczną, natomiast odnoszenie się do pacjenta, czy raczej do drugiego człowieka to coś, co nie znajduje odpowiednika w polskim języku, to jest coś co wynosi się z domu rodzinnego.

R: Oczywiście od dziecka marzył Pan o zawodzie lekarza?

JJ: Ależ skąd! Wybór studiów u mnie polegał na tzw. eliminacji negatywnej. Ja jestem humanistą. Uważałem, że wybierając studia powinno się wybierać trzeba być wybitnym humanistą, a na politechniczne trzeba być typowym „ściślakiem”. Nie byłem ani jednym, ani drugim. Plasowałem się raczej w środku - trochę tego i trochę tamtego. Chciałem iść na AWF, ale odpadła ze względów zdrowotnych, więc została medycyna. W rodzinie byli już farmaceuci: matka, ojciec oraz dziadek, a ciotka z wujkiem to lekarze, więc nie było to dla mnie coś obcego. Wybrałem medycynę i ani przez chwilę nie żałowałem. Cieszyłbym się gdyby tego mojego wyboru nie „żałowali” też moi pacjenci.

R: Czego można życzyć Panu Ordynatorowi?

JJ: Czego mi można życzyć? Może tego, żeby doba miała 48 godzin, a i tak pewnie by się okazało, że 50 godzinna też wcale nie była za długa. Ale przede wszystkim zdrowia, bo jak człowiek jest zdrowy, to ma napęd do działania. Jeżeli zdrowie zacznie szwankować, to będzie zmuszony zmniejszyć swoją aktywność i zrezygnować z wielu zainteresowań. A tego bym nie chciał.

Bariery w Świecie niepełnosprawnych 2004

MAŁYMI KROCZKAMI DO WIELKICH RZECZY

Z profesorem *Romanem Ossowskim* rozmawia *Dorota Soldańska*

Wysoka jakość życia osób po operacji usunięcia krtani - to przesłanie, które w ostatnich latach na stałe zakorzeniło się w światowej psychologii, przyświecało też twórcom Polskiego Związku Laryngektomowanych.

- *W modelu biomedycznym laryngektomia wygląda w sposób następujący: diagnoza, leczenie, okaleczenie. W modelu biopsychospołecznym występuje jeszcze jeden punkt - powrót do normalnego uczestnictwa w życiu społecznym.*

Chodzi o to, by pacjent mógł znów pełnić swoje dotychczasowe role w rodzinie, w miejscu pracy, by nie został społecznie wykluczony. Dążono do tego celu intuicyjnie, choć początkowo nie był on w ten sposób nazwany - *twierdzi prof. Roman Ossowski, dyrektor Instytutu Psychologii Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego.*



Ogromną rolę w poprawie jakości życia pełni tu właśnie nauka mowy zastępczej, praca z foniatrą, logopedą, systematyczne spotkania w grupie osób o podobnych problemach oraz wspólne wyjazdy na obozy rehabilitacyjne.

- Laryngektomowani, dzięki towarzystwu przestają być osobami zależnymi. Wybierają zmagania z przeciwnościami losu poprzez ćwiczenia i wzajemną pomoc. Pacjenci z czasem zaczynają odkrywać, że przed nimi rozpościera się wielka perspektywa. To pozwala wyjść z impasu - *wyjaśnia prof. Ossowski.*

W latach 80-tych w Bydgoszczy utworzono to, co w światowej rehabilitacji nazywa się rehabilitacją środowiskową, czyli pozarządową, nieinstytucjonalną. Powstał Polski Związek Laryngektomowanych, organizacja czerpiąca wyłącznie z sił społecznych, opierającą się na wzajemnej pomocy i poświęceniu.

- Rak to wyrok w naszej mentalności. Eksperti w tym wypadku nie mówią jednak choremu, czy przeżyje, tłumaczą za to jak można mu pomóc w normalnym funkcjonowaniu. To daje bardzo wysoką motywację do zmagania się z problemami życiowymi - *mówi specjalista, który twierdzi, że ważnym punktem rehabilitacji psychicznej jest właśnie fakt, że członkowie PTL wspierają się nawzajem.*

- Zadowolenie odczuwane jest nie tylko, gdy się bierze, ale również, gdy można podarować coś innym. W tym wypadku pacjenci dzielą się

swoimi doświadczeniami, przemysleniami, pomagają tym, którzy nie radzą sobie ze swoimi problemami. W towarzystwie można wyjść z impasu i odzyskać radość życia. Wiem, że przez te kilkanaście lat pracy Polskiego Towarzystwa Laryngotomowanych nawiązało się wiele związków przyjaźni. Wszystko dlatego, że w grupie osób, których łączą podobne problemy pojawia się duża potrzeba przynależności, a w ciężkich chwilach to poczucie przynależności jest szczególnie ważne - *tłumaczy prof. Roman Ossowski.*

Dorota Sołdańska



MIEJMY ODWAGĘ MÓWIĆ

*Dr Hanna Sinkiewicz, kierownik Poradni Foniatryczno-Audiologicznej
Wojewódzkiego Szpitala im. Dr. J. Bizuela w Bydgoszczy*

Każda choroba nowotworowa budzi lęk, kojarzy się z cierpieniem, bólem, a nawet śmiercią. Jednak osobę z rakiem krtani przeraża coś jeszcze - konieczność utraty głosu.

Pomyślnie przeprowadzona operacja niewątpliwie ratuje zdrowie i życie, lecz jej skutkiem jest trwałe okaleczenie, które pozbawia możliwości komunikowania się. U pacjenta pojawiają się trudności w porozumiewaniu się z otoczeniem. Nie każdy potrafi sobie poradzić z tą nową sytuacją sam.

Sposobem na pokonanie przygnębiających uczuć, może być skoncentrowanie się na najważniejszym w danej chwili problemie, czyli nauce głosu zastępczego. W tym przypadku najlepszym środkiem porozumiewania się z otoczeniem jest mowa przełykowa.

Proces nauki tej metody to sprawa indywidualna. Warunkiem rozpoczęcia pracy jest zakończenie radioterapii. Zwykle jest to miesiąc od ostatniego naświetlania.

Najczęściej spotykam się z pacjentem raz w tygodniu, raz na dwa tygodnie. Inaczej jest tylko na obozie rehabilitacyjnym, gdzie nauka mowy ma być zintensyfikowana. Wówczas spotkania odbywają się nawet dwa razy dziennie. Ćwiczenia mogą trwać od kilku miesięcy do kilku lat. To pacjent decyduje, jaki efekt nauki najbardziej go satysfakcjonuje i kiedy chce ją przerwać.

Logopeda często odgrywa ważną rolę w przygotowaniu pacjenta do operacji. Dlatego staram się takiej osobie wytłumaczyć, co ją czeka, odpowiedzieć na pytania ją nurtujące. Opowiadam o sposobach komunikacji po laryngektomii. Czasami inicjuję również spotkania z osobami, które przeszły już operację usunięcia krtani i nauczyły się nowej mowy. W ten sposób mogą podzielić się swoimi doświadczeniami.

Właściwa nauka mowy zastępczej rozpoczyna się od tworzenia dźwięcznego odbicia (*ructusu*) powietrza z przełyku. I tu pojawia się kolejny problem. Laryngektomowani muszą sobie uświadomić, że odbicie jest dla nich jednak zbawienne. Daje możliwość ponownego komunikowania się z otoczeniem.

CHOROBY SIĘ NIE POLUBI, ALE MOŻNA SIĘ DO NIEJ PRYZWYCZAĆ

Rozmowa z Krzysztofem Kujawińskim, przewodniczącym Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Laryngektomowanych w latach 1994-2003.

- Proszę sobie wyobrazić - normalnie funkcjonujący człowiek nagle do wiaduje się, że ma raka krtani.

- To dla niego wstrząs. Zaczyna bronić się przed tą myślą. Mówi sobie: to nieprawda, to nie mogę być ja, zaszło jakieś nieporozumienie, pomyłono wyniki...

Gdy jednak nie pozostają już wątpliwości, że lekarz się nie pomylił, trzeba zadecydować: albo udawać, że nic się nie dzieje, pozostawić nowotwór samemu sobie, niech się rozwija, niech wyniszcza nasz organizm, albo... zacząć się leczyć, podjąć walkę.

- Nie jest ona jednak łatwa.

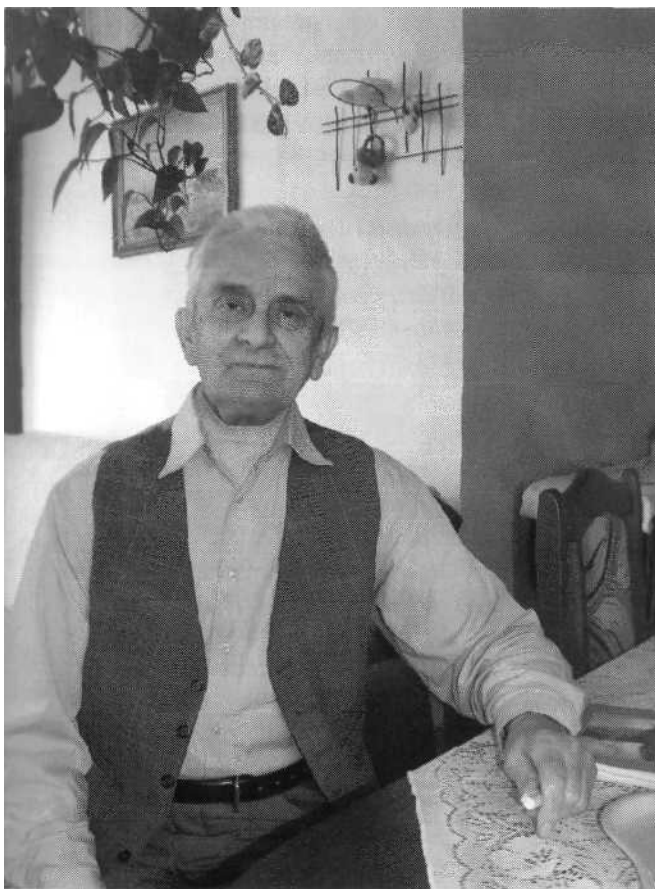
- Nie wszyscy rozumieją, co to jest ten rak krtani. Dla wielu choroba staje się sprawą wstydliwą. Czasem nie rozumieją jej nawet bliscy, którzy mogą nie wiedzieć, jak się zachować. Jeszcze dwadzieścia lat temu panowała wśród pewnych osób taka opinia, że to choroba zaraźliwa. Kiedyś na przykład moja żona poszła

do fryzjera i powiedziała tam znajomym, że mąż choruje na raka krtani, a panie ze zdziwieniem pytały, czy nie boi się ze mną mieszkać, czy nie obawia się, że się zarazi.

- Jak wyglądały pierwsze dni po operacji usunięcia krtani?

- Przebudziłem się i nie wiedziałem, co się ze mną dzieje. Chciałem coś powiedzieć, a tu język staje mi kołkiem. Osoby przed laryngektomią nie zawsze są zapoznawane z konsekwencjami. Mój pierwszy kontakt z otoczeniem to notowanie swoich wypowiedzi w zeszytach. Do tej pory zachowałem notesy do takiej korespondencji. Teraz, gdy je czasem przeglądam, to śmieszy mnie, że w taki sposób mogłem się kiedyś porozumiewać.

Jednak, nim przyzwyczałem się, że nie będę mógł normalnie mówić, upłynęło trochę czasu. Moi bliscy starali się czytać z ust. Okazało się, że najlepiej laryngektomowanych rozumieją dzieci, po prostu wy-



- *Nie wszystko wyglądało jednak kolorowo...*

- Zostałem przecież pozbawiony dotychczasowego sposobu komunikacji. Nie chciałem popadać w otchłań niemocy. Wówczas, gdy byłem w szpitalu, spotkałem pewnego mężczyznę, który był po laryngektomii. Ku mojemu zdumieniu mówił głośno i wyraźnie. To mnie podbudowało, wzmocniło. Chciałem nauczyć się od nowa mówić. W moim przypadku w czasie procesu uczenia się pojawiały się jednak dość zabawne historie. Z rodziną udawało mi się na początku porozumiewać szeptem. Tymczasem moja żona ma utratę

czuwają, co chcemy powiedzieć. Trzeciego dnia po operacji opracowaliśmy z moją żoną specjalny szyfr do rozmów przez telefon. Jedno moje uderzenie w słuchawkę oznaczało akceptację. Dwa uderzenia - negację.

słuchu w 80 procentach. Musiałem, więc bardziej się skupić na wzmacnianiu siły głosu.

- *W tym samym czasie medycyna odnotowywała wzrastającą liczbę zachorowań na raka krtani.*

-W Polsce przybywało około dwa tysiące chorych rocznie. W Bydgoszczy znalazła się jednak grupa wspólnych ludzi: lekarzy i logopedów, którzy postanowili tym osobom pomóc.

Potrzeby były wielkie. Trzeba było przecież jakoś zagospodarować chorym czas, nie pozostawiać ich samym sobie. Nie każda osoba po laryngektomii potrafi poradzić sobie sama. Niektórzy czują się wyalienowani, zaczynają uciekać od ludzi, obawiając się niezrozumienia. Były przypadki nawet targnięć na życie. Czasami dobrze funkcjonujące małżeństwa rozchodziły się z powodu choroby. Gdy powstało towarzystwo, ludzie zaczęli pisać z prośbą o pomoc.

- Ważną rolę zaczęły odgrywać organizowane przez towarzystwo obozy rehabilitacyjne.

- To tam najintensywniej odbywały się lekcje nauki mowy. Pierwszy taki obóz przeprowadzony został w Tleniu w Borach Tucholskich. Kolejny w Więcborku w województwie kujawsko-pomorskim, następny w Ciechocinku. Turnusy organizowaliśmy też nad morzem w Sarbinowie oraz w Łebie. Zawsze na miejsce wyjazdu wybieraliśmy miejscowość, w której panował odpowiedni mikroklimat,

z dobrym nawilżeniem powietrza, ułatwiającym mowę osobom po laryngektomii. Na obozie przebywali lekarz foniatra, logopeda, pielęgniarka. Z czasem dołączył również psycholog.

-Zwykle na dwutygodniowym turnusie przebywało ponad 80 osób. Czy w tak dużej grupie można skupić się na nauce mowy?

- Co roku najczęściej obozowiczów stanowiły osoby, które były tuż po operacji usunięcia krtani. Dwie mniejsze grupy to osoby mówiące trochę i dobrze mówiące. Ich obecność działała na resztę mobilizująco. Podczas zajęć grupowych można było na miejscu przekonać się na ile jest się komunikatywnym. Nie mówiło się przecież wyłącznie do siebie. Możliwe było skonsultowanie swoich wątpliwości z tymi, którzy mieli większe doświadczenia. Dobrze mówiąca osoba po laryngektomii wpływała pozytywnie na słabiej mówiącą, wyrabiała w niej przekonanie, że z tym schorzeniem można żyć. Osoby po usunięciu krtani podczas obozu, dostrzegały, że takich ludzi, z podobnymi problemami, jest znacznie więcej. Zawsze powtarzałem, że choroby się nie polubi, ale można się do niej przyzwyczaić.

KLUB LARYNGEKTOMOWANYCH

Na początku lat 80-tych sytuacja laryngektomowanych była o wiele trudniejsza. Osoby, które przeszły operację usunięcia krtani, po wypisaniu ze szpitala, były zdane praktycznie wyłącznie na siebie. Nie działała żadna instytucja, która pomagałaby im w powrocie do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie. Utrudniona możliwość komunikowania się z otoczeniem powodowała, że te osoby te często zamykały się w sobie, odcinały od kontaktów ze światem. Tylko nieliczni pacjenci potrafili intuicyjnie nauczyć się nowych sposobów komunikowania.

Razem z grupą lekarzy dostrzegliśmy tą lukę. Postanowiliśmy im pomóc. Tak powstał **Klub Laryngektomowanych**. Ku naszemu zdumieniu na pierwszym spotkaniu pojawiła się bardzo duża grupa pacjentów. Zainteresowanie przeszło nasze najśmielsze oczekiwania. To dało nam wiatr w żagle, bodziec do dalszej pracy. Wzrastająca liczba osób chcących korzystać z tego typu pomocy była dowodem, że na naszą pracę jest zapotrzebowanie.

Nie chcieliśmy by była to jednak wyłącznie akcja spontaniczna. Naszym celem było stworzenie instytucji, która zajmowałaby się pomocą w rehabilitacji osób po laryngektomii w sposób

ciągły i systematyczny. Stąd comiesięczne spotkania, wykłady, referaty. Towarzystwo zaczęło zajmować się też organizacją obozów, podczas których prowadzono intensywną naukę mowy. Z czasem zaczęli zgłaszać się na nie również pacjenci z innych miast.



Turnus rehabilitacyjny w Sarbinowie

Towarzystwo zaczęło również prowadzić kursy dla laryngologów w zakresie rehabilitacji laryngektomowanych. Pierwsze takie spotkanie odbyło się w Ciechocinku w 1998 roku, a drugie w Sarbinowie w 2002 roku.

Najcieplej jednak wspominać zawsze będę coroczne spotkania wigilijne. To wówczas zbierają się w jednym miejscu wszyscy członkowie i sympatycy towarzystwa. To naprawdę satysfakcjonujące zobaczyć w świetnej formie pacjentów, z którymi pracowało się kilka, czy kilkanaście lat temu.

OCENA ROZWOJU REHABILITACJI LARYNGEKTOMOWANYCH W LATACH 1980-2006

Dr Anna Sinkiewicz,

*kierownik Wojewódzkiej Przychodni Foniatryczno-Audiologicznej
Wojewódzkiego Szpitala im. J. Bizziela w Bydgoszczy*

Nowoczesne spojrzenie na istotę choroby polega na rozpatrywaniu problemu człowieka chorego kompleksowo tzn. w aspekcie medycznym, psychologicznym jak i socjologicznym. Każda choroba upośledza nie tylko biologiczną stronę organizmu, ale i wpływa niekorzystnie na życie psychiczne człowieka oraz zaburza jego funkcjonowanie społeczne. Zadaniem lekarzy oraz zespołu rehabilitacyjnego jest przywrócenie w miarę możliwości tak funkcji biologicznych organizmu, jak i psychologicznych i społecznych.

Miarą poziomu cywilizacji społeczeństw jest również poziom świadczonych usług rehabilitacyjnych. Bardzo istotne jest również świadome, próbujące nastawienie społeczeństwa do wspólnego rozwiązywania problemów ludzi niepełnosprawnych.

Problem leczenia i rehabilitacji laryngektomowanych jest nadal w naszym kraju problemem o dużym

wymiarze społecznym. Według niektórych statystyk liczba osób, u których wykonano laryngektomię w Polsce wynosi 0,01% populacji.

W 12 ośrodkach medycznych w Polsce oraz w kilkunastu oddziałach laryngologicznych wykonywanych jest średnio około 100 laryngektomii całkowitych rocznie, co przy wysokim odsetku wyleczeń daje liczbę kilkunastu tysięcy osób po laryngektomii w naszym społeczeństwie. Średnia wieku operowanych pacjentów spadła obecnie nawet poniżej 55 lat i nadal obserwuje się coraz większą liczbę ludzi młodych.

W Polsce rehabilitacja zaczęła się rozwijać po II wojnie światowej, a jej symbolem jest działalność profesora Wiktora Degi. Jego zdaniem rehabilitacja jest wyrabianiem lub przywracaniem sprawności fizycznej, psychicznej i społecznej człowiekowi, który tego potrzebuje dla uzyskania możliwości włączenia się w życie i pracę.

W różnych dziedzinach niepełnosprawności rozwój rehabilitacji przebiegał odmiennie. Najbardziej zorganizowaną była i nadal pozostaje rehabilitacja z zakresu narządu ruchu. Inne rodzaje niepełnosprawności z mniejszym lub większym powodzeniem, głównie dzięki prężnym działaniom społecznych organizacji pozarządowych wpływają na kształt i zasady rehabilitacji.

Na formowanie świadomości społecznej z zakresu potrzeb ludzi niepełnosprawnych wpłynęła korzystnie zmiana sytuacji społeczno-politycznej w Polsce w latach 1989-1990. Likwidacja tzw. barier, przystosowywanie urzędów, środków komunikacji dla wygody niepełnosprawnych, a także stwarzanie miejsc pracy chronionej stała się powszechnie stosowaną zasadą. Należy tu podkreślić rolę PEFRON-u w zakresie działań oświatowych, ale przede wszystkim stworzenia bazy materialnej do realizacji wymienionych przedsięwzięć.

Ostatnio tak często poruszany problem tzw. jakości życia, postrzegany jest jako ważniejszy, niż uzyskanie korzystnych wyników leczenia w zakresie biomedycznym.

Posługiwanie się głosem i mowa zastępczą po laryngektomii datuje się od 1908 roku, kiedy to Gutzman

po raz pierwszy zademonstrował zadawalające efekty tego rodzaju rehabilitacji.

Obecnie istnieją trzy możliwości odtworzenia procesu komunikowania się z otoczeniem:

- 1. Wytworzenie głosu i mowy przełykowej**
- 2. Chirurgiczne wytworzenie przetok przełykowo-tchawiczych**
- 3. Porozumiewanie się za pomocą urządzeń elektronicznych**

W Polsce, do chwili obecnej, mowa przełykowa jest zasadniczą metodą rehabilitacji głosu i mowy. Metodę wokalistyczną rehabilitacji opisała Maria Hołejko-Szuladzińska w 1974 roku. W latach 70 tych rehabilitacja głosu i mowy po operacji stosowana była tylko w nielicznych ośrodkach w Polsce. Należy tu wymienić pionierską rolę Kliniki Poznańskiej, Wrocławskiej i Gdańskiej. W Klinice Bydgoskiej rehabilitacja logopedyczna laryngektomowanych rozpoczęła się w 1984 roku.

Jakość prowadzonych ćwiczeń w latach 80-tych zależała od doświadczenia i zaangażowania logopedy, a efekty głównie od możliwości indywidualnych pacjenta. Ćwiczenia prowadzone były głównie u pacjentów przebywających na oddziale

po operacji, czyli sprowadzały się do 2-3 spotkań z logopedą. Brak doświadczeń w zakresie pozytywnego wpływu wczesnej gimnastyki oddechowej na opanowanie mowy zastępczej sprawił, że nie była ona stosowana jako wstęp do rehabilitacji głosu i mowy. Przygotowanie psychologiczne pacjenta przed zabiegiem operacyjnym zależało od czasu i moralnego poczucia obowiązku lekarza do poinformowania pacjenta, co do jego sytuacji oraz przedstawienia optymistycznych perspektyw rehabilitacji. Okresową kontrolę onkologiczno-laryngologiczną pacjent miał zapewnioną w poradniach przyklinicznych, był natomiast pozostawiony sam ze swoimi problemami wynikającymi z okaleczającego leczenia. W wielu oddziałach wojewódzkich, a nawet klinikach wykonujących laryngektomie całkowite, nie zapewniano żadnej z wymienionych metod rehabilitacji głosu i mowy. Dostępność do urządzeń elektronicznych, zależała tylko od możliwości dewizowych. Nawet logopedzi nie mieli okazji zaznajomienia się z zasadą działania elektronicznych krtani.

W 1987 roku w Klinice Otolaryngologii ówczesnej Akademii Medycznej w Bydgoszczy powstała

inicjatywa założenia organizacji skupiającej osoby po operacji usunięcia krtani. Na pierwsze spotkanie stawiała się nadspodziewanie liczna, bo 80 osobowa grupa osób. Taka frekwencja uświadomiła organizatorom potrzebę i oczekiwania laryngektomowanych w zakresie nieistniejącej dotychczas kompleksowej rehabilitacji. Działalność rozpoczęto w ramach założonego Klubu Laryngektomowanych, od comiesięcznych spotkań integracyjnych. Poruszana na spotkaniach tematyka w formie prelekcji, pogadanek i dyskusji kształtowała pogląd organizatorów na potrzeby oraz kierunki dalszych działań. Ważnym elementem spotkań była instruktażowa nauka mowy przetykowej. Ćwiczenia prowadzone w formie grupowej wpłynęły mobilizująco na wielu uczestników. Zaobserwowano znaczne zwiększenie zainteresowania indywidualnymi ćwiczeniami u logopedy oraz poprawę jakości mowy u członków Klubu Laryngektomowanych. Nieprawdziwe okazały się niektóre opinie, jakoby tworzenie stowarzyszeń skupiających osoby o podobnym rodzaju niepełnosprawności prowadziły do zamykania się w środowisku i utrudniały integrację z ludźmi zdrowymi. Nie można pominąć znaczenia udziału

w spotkaniach członków rodzin oraz ich wpływu na zrozumienie problemów i potrzeb osób po operacji krtani.

Znaczącym dla postępu rehabilitacji laryngektomowanych było zarejestrowanie Polskiego Towarzystwa Laryngektomowanych oraz stopniowe tworzenie oddziałów rejonowych. Obecnie istnieje 16 działających oddziałów rejonowych: w Bielsku Białej, Bydgoszczy, Gdańsku, Kielcach, Koszalinie, Lublinie, Opolu, Olsztynie, Rzeszowie, Sosnowcu, Szczecinie, Toruniu, Warszawie, Wrocławiu oraz w Zielonej Górze i w Zamościu.

Siłą tej organizacji pozarządowej jest zaangażowanie społeczne personelu medycznego; lekarzy, logopedów i rehabilitantów, ale przede wszystkim samych osób po laryngektomii.

Ważnym elementem wprowadzonej w 1987 roku kompleksowej rehabilitacji laryngektomowanych stały się przeprowadzone po raz pierwszy przez zespół z Bydgoszczy turnusy rehabilitacyjne. W miarę nabywania doświadczeń wypracowano model rehabilitacji uwzględniający ćwiczenia oddechowe i ogólnokondycyjne, naukę mowy przetykowej indywidualną i grupową oraz metody psychologicznego wsparcia.

W zakresie dostępności do sprzętu rehabilitacyjnego i pomocniczego sytuacja pacjentów poprawiła się, choć nadal nie jest w pełni zadowalająca.

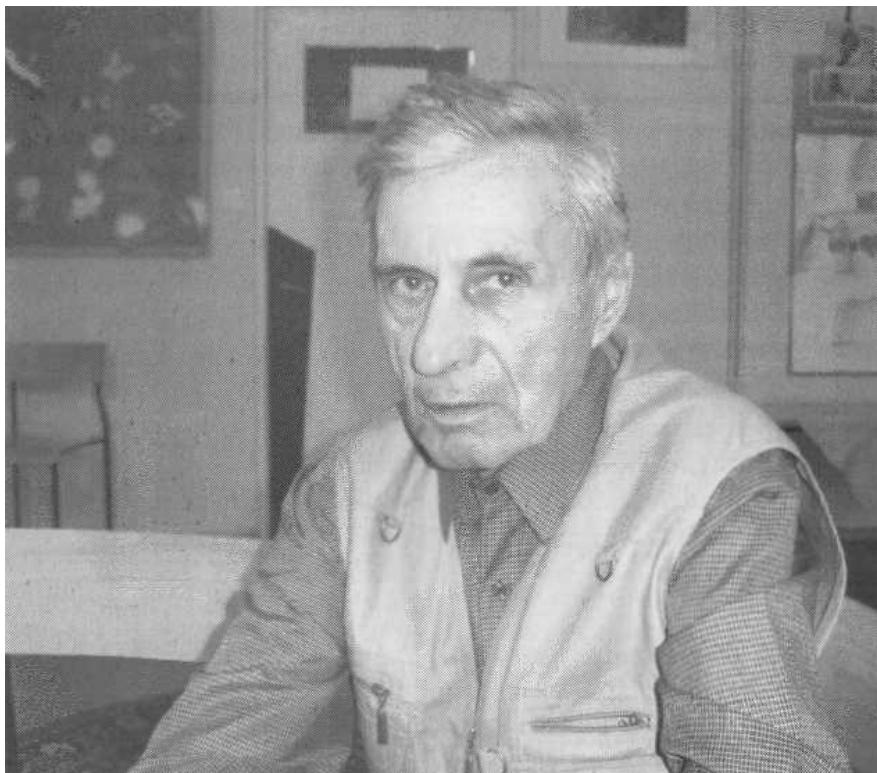
Dużą zasługą PTL jest popularyzacja problemu pacjentów po operacji krtani w środkach masowego przekazu, a szczególnie na forum różnych organizacji skupiających ludzi niepełnosprawnych.

Podsumowując: stan rehabilitacji laryngektomowanych, w porównaniu z okresem lat osiemdziesiątych znacznie się poprawił. Nadal jest jednak ona nie do końca usystematyzowana oraz nie jest dostępna w równym stopniu dla każdego pacjenta. Poziom świadczonych usług rehabilitacyjnych jest bardzo zróżnicowany i zależny głównie od społecznego zaangażowania organizacji pozarządowych, jakimi są PTL, Stowarzyszenie Osób po Zabiegu Chirurgicznym Krtani, Stowarzyszenie na Rzecz Osób po Operacjach Onkologicznych w zakresie Głowy i Szyi.

Jednym z głównych celów działania PTL jest dążenie do pełnego usystematyzowania rehabilitacji laryngektomowanych. Każdy pacjent opuszczający oddział szpitalny po operacji krtani powinien uczestniczyć w dwutygodniowym turnusie rehabilitacyjnym z intensywnie pro-

wadzoną nauką mowy przelykowej oraz gimnastyka oddechową. Turnusy organizowane przez oddziały rejonowe PTL powinny stanowić

uzupełnienie rehabilitacji prowadzonej przez profesjonalnie przygotowane do tego ośrodki,



Marian Wilczek jest 23 lata po operacji. Mówi szeptem.

„Dawniej nie było tak jak dzisiaj. Teraz, kiedy spotykam się z ludźmi z takimi samymi problemami jest łatwiej, ale po operacji w najtrudniejszych chwilach była ze mną rodzina.

Moje dzieci nie pamiętają mojego głosu. Były jeszcze małe. Ja czuję się dobrze.

Każdemu, kto usłyszy diagnozę „Rak krtani” i pytanie „czy podda się Pan czy Pani operacji usunięcia krtani” powiem że ma wybrać, czy iść do piachu, czy iść po piachu.

Ja wybrałem „po piachu”.

Wszystkim laryngektomowanym i ich rodzinom, życzę zdrowia i wiary w siebie.

GDY LEKARZE NIE DAJĄ NADZIEI...

Antonina Leśniak, Helena Nowakowska-Racja

Spotkałyśmy się przypadkowo w połowie lat 90-tych, tuż po tragicznych wydarzeniach w naszych rodzinach, wielomiesięcznej, samotnej, bezskutecznej walce z chorobą nowotworową u najdroższych dla nas osób. To nas tak zbliżyło do siebie i do wspólnej walki o życie i zdrowie innych.

W 1998 roku uczestniczyłyśmy, już nie przypadkowo, lecz z potrzeby poszerzenia naszej wiedzy, w II konferencji medycznej dla lekarzy oraz innych osób pragnących działać na rzecz profilaktyki chorób nowotworowych oraz osteoporozy (*obie nie jesteśmy lekarkami, mamy inne, niemedyczne zawody*). Konferencję zorganizowała firma *California Fitness Polska*. Jest to firma, z którą związałyśmy nasze dalsze życiowe plany i dalsze działania.

W czasie obrad konferencji wysłuchałyśmy szeregu referatów lekarzy z całej Polski - autorytetów medycznych w swoich dyscyplinach naukowych. Najbardziej zapadły nam w serce poglądy Profesorów Wronkowskiego i Tłustochowicza. W dyskusji naukowej miałyśmy możliwość pogłębienia naszej wiedzy.

Ten i inne, liczne kontakty z autorytetami medycznymi, w tym z Panią Redaktor Naczelną *Niepętnosprawności*

i Zdrowia - Prof. Marią Pąchalską oraz z Wydawcą *Niepętnosprawności i Zdrowia* - dr med. Wiesławem Tomaszewskim utwierdziły nas w przekonaniu, że to co robimy ma sens.

Podjęłyśmy decyzję: „*Nigdy więcej strachu przed chorobą i beznadziei w chorobie w naszych rodzinach i rodzinach naszych znajomych*”

Oczywiście w swoich staraniach nie jesteśmy same. Wspierają nas i wspomagają nasze działania wspaniali lekarze oraz konsultanci firmy, szkoląc i udzielając konsultacji medycznych.

Suplementacja, którą proponujemy ma na celu wzmocnić system immunologiczny. Sprzyja to, jak powszechnie wiadomo, profilaktyce chorób, także ułatwia proces zdrowienia u tych osób, które już zachorowały. Przykładowo, możemy się poszczycić takim sukcesem, że nasze rodziny nie zapadają na grypę, anginy czy przeziębienia dzięki wprowadzeniu dużej dawki witaminy C z bioflawonidami (C-1000).

Nasze produkty pozwalają na uregulowanie ciśnienia tętniczego krwi, mogą poprawić przemianę materii, regulować poziom cholesterolu.

Nasze działania jednak koncentrują się głównie na profilaktyce oraz

wspomaganiu leczenia choroby nowotworowej, choroby cywilizacyjnej, która w ostatnich latach przybiera na sile. Tego typu praca przynosi nam radość i satysfakcję.

„Pomóc sobie i innym” - to motto naszych działań. Zdarzają się jednak, jak powszechnie wiadomo, przypadki trudne. Omówimy jeden z nich.

W marcu 2003 roku poprosiła nas o pomoc dla swojego męża Pani Józefina K., mieszkająca w malowniczej miejscowości Polski Południowej. Mąż Pani Józefiny - 43 letni Eugeniusz - od czerwca 2002 roku cierpiął z powodu bólu gardła i chrypki. Dopiero po pół roku zgłosił się do specjalistycznego szpitala. W dniu 3 stycznia 2003 roku badanie histopatologiczne potwierdziło wstępną diagnozę - rak krtani. Natychmiast zaproponowano zabieg operacyjny: usunięcie krtani wraz z rozległym nowotworem. Pan Eugeniusz spotkał się na Oddziale z innymi osobami po takich zabiegach. Kategorycznie odmówił leczenia operacyjnego. W swojej góralskiej mentalności nie widział dla siebie miejsca na ziemi z takim okaleczeniem. Z taką postawą pacjenta trudno było sobie poradzić, choć lekarze byli szczerzy i powiedzieli mu całą prawdę. Nie było dla niego żadnej nadziei. Choroba nieuleczalna, terminalna. Wrócił do swojej miejscowości załamany. Jego zrozpaczona małżonka szukała

pomocy alternatywnej, gdyż w naszej kulturze, zwłaszcza na wsi, nie ma jeszcze miejsca dla psychologa.

Po wielogodzinnych rozważaniach natury etyczno-moralnej, konsultacji z lekarzami znającymi suplement CF/Calivita, zaproponowałyśmy preparat *Culevit* w dużych dawkach (2 tabl. co godzinę). Preparat ten jest uważany, przykładowo przez lekarzy węgierskich, za „dodatkową szansę na przeżycie”. Poleciłyśmy też NONI, bardzo duże dawki antyoksydantów oraz algi, cały czas nakłaniając i sugerując pacjentowi leczenie w szpitalu specjalistycznym.

W maju 2003 roku pacjent zgodził się na chemioterapię - stosując cały czas powyższe suplementy. Wyniki badań krwi z dnia 7 lipca 2003 roku są w normie. Nie stwierdzono także dalszych rozsiewów nowotworowych. Pacjent czuje się dobrze. Ustąpiła chrypka. Połyka pokarm. Pozostaje pod stałą opieką specjalisty onkologa. Mamy nadzieję, że zdecyduje się na operację.

Uspokojonej już nieco małżonce pacjenta powtarzamy to, co usłyszałyśmy kiedyś od dr Krzysztofa Krzemienieckiego, onkologa z Krakowa: **„Nadzieja jest zawsze dotąd, dopóki pacjent oddycha”**.

Materiały zostały zaczerpnięte z kwartalnika Niepełnosprawność i Zdrowie za zgodą jego wydawcy Agencji Wydawniczej MEDSPORTPRESS.

RAK KRTANI

PORADY DLA PACJENTÓW, OPIEKUNÓW, LEKARZY

Rak krtani jest trzecim po raku płuc i żołądka, najczęściej występującym nowotworem złośliwym u mężczyzn. U kobiet choroba występuje 10-krotnie rzadziej, jednak w ostatnich latach również wśród nich obserwuje się wzrost zachorowań.

Mimo coraz powszechniejszej oświaty zdrowotnej, dostępność badań profilaktycznych oraz specjalistycznej opieki laryngologicznej, nadal bardzo często do oddziałów szpitalnych trafiają pacjenci w zaawansowanym stopniu choroby nowotworowej. Spowodowane jest to bezobjawowym, podstępym rozwojem choroby lub występowaniem objawów pozornie banalnych jak chrypka czy pobołowanie gardła.

Podstawowymi czynnikami predisponującymi do raka krtani są:

- długotrwałe, drażniące działanie dymu tytoniowego,
- nadużywanie alkoholu, *(zwłaszcza wysokoprocentowego)*,
- działanie toksyn wziewnych w czasie pracy zawodowej,
- dieta uboga szczególnie w wit. A i C.

Polska należy do krajów wysokiej zapadalności na tę chorobę, a liczba zachorowań nadal wzrasta. Zwiększa się także ilość pacjentów w coraz młodszym wieku. Rak krtani, mimo stosunkowo dobrej prognozy leczenia, należy do nowotworów bardzo traumatyzujących. Operacja usunięcia krtani daje szansę wyleczenia choroby zasadniczej. Niestety, jest zabiegiem trwale okaleczającym, gdyż powoduje utratę normalnego głosu, *(który i tak zazwyczaj jest ochrypły lub bezdźwięczny)* oraz zmusza do oddychania przez otwór umiejscowiony u podstawy szyi, tzw. *tracheostomę*.

Decyzja o konieczności zastosowania radykalnej metody leczenia podejmowana jest przez chirurga po wykluczeniu innych możliwości terapii. Głównym celem postępowania jest ratowanie życia pacjenta. Utrata głosu oraz oddychanie poprzez tracheostomę stawia pacjenta w zupełnie nowej sytuacji życiowej, między innymi nasilają się obawy o dalsze udane uczestnictwo w życiu rodzinnym, zawodowym i towarzyskim.

Jednak pogodzenie się z faktem, że operacja jest najkorzystniejszym sposobem leczenia, zapoznanie się z możliwościami kompensacyjnymi własnego organizmu, pozwala często przetrwać trudny okres leczenia, rehabilitacji i z nadzieją patrzeć w przyszłość.

Celem tego artykułu i całego rozdziału poświęconego problemom ludzi po operacji usunięcia krtani z powodu raka tego narządu (*tzw. laryngektomii*) jest przedstawienie zmienionych warunków funkcjonowania organizmu oraz najważniejszych problemów pacjenta po operacji, a także zapoznanie Czytelnika z możliwościami wielokierunkowej rehabilitacji.

Chcielibyśmy, aby zawarte w niniejszej pracy porady pomogły w przezwycięzeniu lęku, a często nawet szoku, który wywołuje diagnoza: rak krtani.

Poradnik, na podstawie którego opracowano niniejszy tekst, jest przeznaczony zarówno dla osób czekających na operację, jak i dla tych, którzy taką operację przebyli i podjęli trud rehabilitacji. Zawarte w opracowaniu zestawy ćwiczeń ogólnokondycyjnych, oddechowych i logopedycznych są wynikiem wieloletniego doświadczenia autorki w prowadzeniu wielokierunkowej rehabilitacji pacjentów po laryngektomii, między innymi podczas 14-dniowych turnusów rehabilitacyjnych. Ćwiczenia mogą służyć do pracy indywidualnej lub być wykorzystane przez logopedów i foniatorów w trakcie coraz powszechniej organizowanych turnusów dla laryngektomowanych pacjentów.

Zacznijmy jednak od przybliżenia Czytelnikowi podstawowej wiedzy niezbędnej dla pełnego zrozumienia problemu.

PODSTAWOWE POJĘCIA Z ZAKRESU ANATOMII I FIZJOLOGII GARDŁA I KRTANI

Krtań (po łacinie *larynx*) stanowi część dróg oddechowych. Jest to narząd chrzęstno-włóknisto-mięśniowy o kształcie trójściennej piramidy, wierzchołkiem skierowanym ku dołowi. Otwór górny krtani wiedzie do gardła, w części dolnej krtać przechodzi w tchawicę. Wewnątrz krtani mieści się właściwy aparat głosowy

- głośnia, w skład której wchodzi struna głosowa rozpięta pomiędzy chrząstkami. U mężczyzn krtać jest widoczna na szyi w postaci wyniosłości krtaniowej, *tzw. jabłka Adama*. Krtań spełnia trzy główne funkcje:

1. **oddechową** (*życiową*),
2. **fonacyjną** (*socjalną*),
3. **obronną** (*odruchową*).

Czynność oddechowa krtani w warunkach fizjologicznych polega na swobodnym przepływie powietrza wdechowego z nosa i jamy ustnej do płuc oraz wydechowego w kierunku odwrotnym.

Czynność fonacyjna krtani jest wynikiem drgań strun głosowych. Powietrze wydechowe, przechodząc przez prawie zamkniętą szparę głośni natrafia na opór strun głosowych i wprawia je w drgania. Dźwięk wytwarzany przez struny głosowe jest słaby i bezbarwny. Swoją siłę oraz indywidualną barwę uzyskuje poprzez wybiórcze wzmocnienie lub osłabienie niektórych składowych tonu krtaniowego w jamach rezonacyjnych samej krtani, jamy nosowej, ustnej oraz w klatce piersiowej.

Wytwarzanie głosek (*artykulacja*) nie odbywa się w krtani, lecz przy udziale narządów artykulacyjnych: języka, podniebienia, warg i zębów.

Czynność fonacyjna krtani podlega bezpośredniej kontroli ośrodkowego układu nerwowego. Mechanizmy te nie zostały do końca jeszcze wyjaśnione, co stanowi zasadniczą przeszkodę w dokonywaniu przeszczepów tego narządu.

Czynność obronna krtani polega na odruchowym zamknięciu szpary głośni przed przedostaniem się ciał obcych i pokarmów do dolnych dróg

oddechowych, gdyż w gardle dolnym krzyżuje się droga pokarmowa (*wejście do przetyku*) z drogą oddechową. Aktowi połykania towarzyszy odruchowe zamknięcie się dróg oddechowych. Podczas połykania nagłośnia pochyla się ku tyłowi, trzon języka obniża się i cofa, zasłaniając w ten sposób wejście do krtani. Treść pokarmowa zostaje skierowana do przetyku. Każde podrażnienie wnętrza krtani powoduje momentalne zamknięcie szpary głośni. Towarzyszy temu gwałtowny napad kaszlu. W ten sposób organizm wykrztusza obce ciało.

Krtań spełnia również czynność zwieracza. Zwarcie mięśni krtani, poprzedzone wdechem, powoduje wzrost ciśnienia wewnątrz klatki piersiowej oraz w jamie brzusznej. Ma to istotne znaczenie w mechanizmie parcia, podczas oddawania stolca i moczu oraz w trakcie porodu.

W czasie operacji usunięcia całej krtani droga oddechowa zostaje oddzielona od drogi pokarmowej. Odcięty od krtani górny brzeg tchawicy łączy się ze skórą szyi, przez co powstaje otwór zwany tracheostomę. Przednią ścianę gardła dolnego szczelnie zeszywa się. Chorego po usunięciu krtani nazywa się laryngektomowanym.

RAK KRTANI

Przyczyny

W ostatnich dziesięcioleciach nauka o chorobach nowotworowych poczyniła ogromne postępy, zarówno w zakresie metod wczesnego wykrywania, leczenia, jak i profilaktyki. Znanych jest wiele czynników sprzyjających powstawaniu nowotworu. Ich znajomość, za co za tym idzie, możliwość świadomej eliminacji przyczyn, może doprowadzić do zmniejszenia ryzyka zachorowania.

W profilaktyce raka krtani zwraca się uwagę na jednoczesne współwystępowanie następujących czynników ryzyka: tytoń, alkohol, niewłaściwa dieta, wykonywany zawód.

Badania epidemiologiczne udowodniły, że palenie tytoniu jest podstawowym czynnikiem ryzyka występowania raka krtani. W zależności od ilości wypalonych papierosów i czasu trwania tego nałogu, ryzyko zachorowania wzrasta od kilku do kilkunastu razy. Szczególnie szkodliwy jest czarny tytoń, bardzo bogaty w ciała smołowate i nikotynę.

Ryzyko choroby zwiększa spożywanie alkoholu, szczególnie wysokoprocentowego. Alkohol rozszerza

naczynia krwionośne, powoduje przekrwienie w obrębie błony śluzowej oraz w warstwie podśluzowej gardła dolnego, co stwarza korzystne warunki do rozwoju komórek nowotworowych. Nie bez znaczenia jest również stan odżywienia i rodzaju diety. Niedobory witamin, szczególnie A i C oraz przewlekły niedobór białka usposabiają do rozwoju nowotworu. Wpływ czynników szkodliwych związanych z ekspozycją zawodową jest niewątpliwy z uwagi na długotrwałe ich działanie. Udowodniono, że wśród materiałów budowlanych pył azbestowy należy do najbardziej niebezpiecznych substancji rakotwórczych. Inne związki chemiczne o udowodnionym działaniu rakotwórczym to: arsen, benzen, benzydyna, sadza, smoły, oleje, niektóre substancje wytwarzane w przetwórstwie drewna i w przemyśle obuwniczym.

Działanie rakotwórcze przypisuje się wielu związkom, z którymi mamy kontakt w życiu codziennym. Są to między innymi, węglowodory aromatyczne wydobywające się z rur wydechowych silników spalinowych, niektóre środki chemiczne używane do czyszczenia wyrobów tekstylnych, jak perchloroetylen lub tetrachloroetylen czy pochodne benzyny uwalniające się również w znacznych ilościach podczas tankowania.

Wielu z tych czynników nie jesteśmy w stanie uniknąć. Można jednak zmniejszyć ryzyko zachorowania, chroniąc drogi oddechowe przed działaniem np. dymu tytoniowego. Unikanie nadmiaru napojów alkoholowych ma również znaczenie profilaktyczne, zarówno przed wystąpieniem ogniska pierwotnego nowotworu w gardle i krtani, jak i nawrotu choroby nowotworowej.

Dziedziczne występowanie nowotworów krtani nie zostało w badaniach epidemiologicznych potwierdzone. Nie wiadomo również dlaczego na chorobę zapadają osoby, u których narażenie na czynniki usposabiające jest znikome.

Objawy

Objawy raka krtani nie są charakterystyczne i zależą od umiejscowienia ogniska pierwotnego. Jeżeli nowotwór rozwija się na strunach głosowych głównym objawem jest chrypka. W rakach umiejscowionych powyżej strun głosowych, czyli w tzw. okolicy nagłośniowej oraz w gardle dolnym dominuje uczucie przeszkody w gardle oraz zaburzenia połykania. Nowotwory rozwijające się w tej okolicy, ze względu na dużą przestrzeń gardła dolnego, mają dobre warunki do rozprzestrzeniania się, a dolegliwości są niewielkie i wy-

stępują późno. Ból gardła występuje, gdy proces chorobowy obejmuje chrząstki krtani, w stanie zaawansowanym może promieniować do ucha. Zaburzenia mowy są spowodowane naciekaniem podstawy języka. Pierwszym objawem choroby, bez dolegliwości bólowych, może być również powiększenie węzłów chłonnych szyjnych.

Duszność występuje w zaawansowanych nowotworach wypełniających w znacznej części lub prawie całkowicie przestrzeń drogi oddechowej. Powoli wzrastając, guzy stopniowo pogarszają warunki oddychania, chory adaptuje się do tej sytuacji i duszność do pewnego momentu bywa nieuświadomiana.

Wymienione objawy często występują również w banalnych schorzeniach gardła i krtani, nie należy więc popadać w kancerofobię, ale też nie wolno ich lekceważyć. Jeżeli objawy chrypki lub bóle gardła nie ustępują w okresie do 3 tygodni, należy udać się do laryngologa celem przeprowadzenia badań wykluczających nowotwór jako przyczynę dolegliwości.

Diagnostyka i metody leczenia

Diagnoza - rak krtani - stawiana jest w oparciu o rozpoznanie kliniczne, potwierdzone badaniem

histopatologicznym wycinków guza oraz uzupełnione badaniem radiologicznym krtani i węzłów chłonnych szyi. W przypadku stwierdzenia raka podejmuje się decyzję o najodpowiedniejszej metodzie leczenia. U części pacjentów postępowanie nie jest tak oczywiste. Proces tworzenia się nowotworu może być poprzedzony wieloletnim, przewlekłym stanem zapalnym, tzw. *leukoplakią* lub *brodawczakami krtani*. Komórki rakowe mogą rozwijać się w nowopowstałym nabłonku metaplastycznym, który w krtani, zmienionej przewlekłym procesem zapalnym, zastępuje prawidłowy nabłonek oddechowy. Z drugiej strony, wykrycie zmian o typie zapalenia, brodawczaków czy leukoplakii nie przesądza, że u pacjenta istnieje stan przedrakowy lub rak. Rozwój nowotworu złośliwego jest procesem ciągłym, polegającym na przejściu prawidłowej komórki w komórkę przedrakową, przedrakową następnie rakową. Proces ten może się rozwijać lub ulec zahamowaniu na każdym z etapów przemian, dlatego też postępowanie w przewlekłych stanach zapalnych krtani polega na wyeliminowaniu czynników szkodliwych oraz systematycznej, okresowej kontroli laryngologicznej.

W przypadku stwierdzenia dynamiki zmian konieczne jest pobranie wycinka i ocena histopatologiczna usuniętych tkanek. Gdy mimo korzystnego dla pacjenta wyniku badania histopatologicznego zmiana rozrostowa w krtani klinicznie jest „wysocę podejrzana”, pobiera się ponownie wycinki do powtórnej oceny. Postępowanie takie jest konieczne, gdyż tylko na podstawie wiarygodnego, odpowiadającego stanowi klinicznemu badania mikroskopowego wycinka guza, można rozpoznać raka i rozpocząć właściwe leczenie.

Proces rozwoju nowotworu złośliwego oraz postępowanie diagnostyczne wyjaśniono nieco szerzej, gdyż wielu chorych interpretuje długotrwałe leczenie laryngologiczne z powodu przewlekłych zmian zapalnych krtani lub kilkakrotne pobieranie wycinków jako błędne postępowanie lekarza, opóźniające właściwe leczenie nowotworu.

Obecnie stosowane są następujące metody leczenia raka krtani:

- *chirurgiczne*,
- *radioterapia*,
- *leczenie skojarzone*, tj. operacyjne uzupełnione radioterapią.

Metody chirurgiczne to: *chordektomia*, *laryngektomia częściowa* i *laryngektomia całkowita*.

Chordektomia - czyli wycięcie struny głosowej wraz z guzem. Może być wykonana metodą konwencjonalną przez rozszczepienie krtani. Wówczas, dla zabezpieczenia drożności dróg oddechowych, przed rozpoczęciem operacji wykonuje się tracheotomię (*przecięcie tchawicy i założenie rurki tracheostomijnej*). Rurkę usuwa się po ukończeniu leczenia. Chordektomia może być też wykonana w mikrochirurgii laserowej. Postępowanie polega na wycięciu promieniem lasera guza obejmującego strunę głosową, w granicach tkanek zdrowych. Zaletą tej metody jest brak konieczności wykonania tracheotomii na czas leczenia oraz krótki, nieuciążliwy dla pacjenta okres pooperacyjny.

Chordektomia, wykonana zarówno metodą konwencjonalną, jak i metodą laserową, może być stosowana we wczesnym stopniu zaawansowania nowotworu.

Laryngektomie częściowe wykonane są w przypadkach bardziej rozległych zmian, gdy nie można już wykonać chordektomii, a laryngektomia całkowita nie jest jeszcze konieczna. Laryngektomie częściowe poprzedzone są tracheotomią, która utrzymuje się na okres leczenia. Po zakończeniu leczenia rurka tracheostomijna zostaje

usunięta (*dekaniulacja*). Po operacji tzw. horyzontalnej, czyli poziomej (*o czym poinformuje lekarz*), występują zaburzenia połykania spowodowane brakiem ochronnego działania nagłośni. Należy przyjmować pokarmy i napoje małymi porcjami, przy najdogodniejszym dla pacjenta ułożeniu głowy. Wówczas stopniowo krztuszenie ustępuje..

Laryngektomie częściowe pozwalają na zachowanie funkcji głosowej i uniknięcie konieczności oddychania przez tracheostomę. Rehabilitacja foniatryczna prowadzona indywidualnie, w zależności od rodzaju zaburzeń głosu.

Laryngektomia całkowita - usunięcie całej krtani wraz z guzem. Operacja wykonywana jest przy znacznym rozroście guza, gdy zabiegi częściowe nie są wystarczające oraz w przypadkach nawrotu nowotworu po laryngektomii częściowej lub po radioterapii. Laryngektomowany na stałe oddycha przez tracheostomę i nie może posługiwać się normalnym, dźwięcznym głosem.

Radioterapię stosuje się jako jedyną metodę we wczesnych stadiach choroby lub w stanach bardzo zaawansowanych, a także gdy chory nie wyraża zgody na leczenie operacyjne. Najczęściej radioterapię stosu-

je się jako leczenie uzupełniające po laryngektomii całkowitej (*leczenie skojarzone*). Ma ona na celu zniszczenie wszystkich, niemożliwych do wykrycia, mikroskopijnych ognisk nowotworowych.

Mimo ogólnie przyjętych zasad postępowania leczniczego w każdym przypadku zachorowania wyboru metody leczenia dokonuje się indywidualnie, w oparciu o wnikliwą ocenę laryngologiczną stanu miejscowego oraz stanu ogólnego chorego, uwzględniając wynik badania histopatologicznego oraz radiologicznego.

Niekiedy w obawie przed utratą głosu oraz perspektywą oddychania przez tracheostomę, pacjenci usiłują wymusić na chirurgu operację mikrochirurgiczną lub częściową. Każdy chory ma prawo do decydowania o swym losie, także do nie wyrażenia zgody na jakiegokolwiek leczenie. Chirurg

natomiast, kierując się stanem wiedzy, własnym doświadczeniem i dobrem pacjenta ma prawo do niepodjęcia się leczenia, które nie daje szansy choremu.

Wyrażenie zgody na okaleczające leczenie operacyjne jest zawsze bardzo trudne, zwłaszcza wtedy, gdy objawy choroby nie są dokuczliwe i bolesne, a nowotwór niewidoczny i niewyczuwalny.

Tragicznie kończą się próby podejmowania leczenia na własną rękę, np. u bioenergoterapeutów, których zalecenia, w przypadku rozwijają-



Pani Mirosława Gmaj (*oddz. Warszawa*), w towarzystwie Haliny i Mariana Nowaków (*koło Tarnowskie Góry*)

cej się choroby nowotworowej, są nieskuteczne i prowadzą często do nieodwracalnych następstw. Chorzy zazwyczaj wracają do lekarza laryngologa, niekiedy w stanie kwalifikującym się do leczenia paliatywnego.

Rak krtani należy do nowotworów o stosunkowo dobrej prognozie. Zdiagnozowany i leczony we wczesnym stopniu zaawansowania,

niezależnie od stosowanej metody leczenia, daje 80-90% wyleczeń. Tę szansę zwiększają sami chorzy. Szybkie zgłoszenie się do lekarza, unikanie wszelkiego znachorstwa, pokonanie niepewności i strachu stwarza realne możliwości wczesnego rozpoznania, a więc i wdrożenia skutecznego leczenia.

POKONAĆ NOWOTWÓR

Choroby nowotworowe są drugą, pod względem częstotliwości, przyczyną zgonów w krajach rozwiniętych. W Wielkiej Brytanii rozpoznaje się je u co trzeciej osoby, a co czwarta umiera z tego powodu. Do choroby nowotworowej dochodzi kiedy komórki zmieniają swoje zachowanie - rosną, dzielą się i zaczynają „wędrować” po całym organizmie. Wygląda to tak, jakby grupa komórek przestała pracować dla dobra pozostałych i wywołała rewolucję. Pojedyncze komórki często „buntują się” w naszym organizmie, ale układ odpornościowy izoluje je od innych i niszczy. W chorobie nowotworowej układ odpornościowy jest bezradny; chore komórki szerzą się w całym ciele.

Konwencjonalne sposoby leczenia nowotworu, postrzeganego jako „wroga”, dążą do usunięcia go przez

wycięcie, spalenie promieniowaniem radioaktywnym lub zniszczenie chemioterapią. Metody te osłabiają organizm. Postępy w tej dziedzinie ograniczają się przede wszystkim do zmniejszenia ich toksyczności i nie mogą być uznane za przełom. Choć współczynnik przeżycia nieco się zwiększył, jest to raczej wynik doskonalszych metod wykrywania, niż lepszego leczenia tych chorób. Co powoduje nowotwory?

Znaczny postęp notuje się w kwestii zrozumienia przyczyn i czynników ryzyka wielu rodzajów nowotworów. Przynajmniej 75% przypadków związanych jest ze stylem życia, m.in. dietą, paleniem papierosów i piciem alkoholu.

Co najmniej 75% nowotworów wiąże się z następującymi czynnikami ryzyka:

- tytoń
- dieta
- zakażenia
- zachowania seksualne i związane z reprodukcją
- nieznanne
- rodzaj wykonywanej pracy
- alkohol
- promieniowanie jonizujące
- zanieczyszczenie środowiska
- dodatki spożywcze
- produkty przemysłowe
- światło UV
- leki

Do innych czynników ryzyka należą: zaburzenia hormonalne, wystawianie ciała na promieniowanie radioaktywne lub ultrafioletowe, zanieczyszczenie środowiska, sztuczne

dodatki do jedzenia, leki i zakażenia. Niewłaściwe odżywianie jest największym zagrożeniem, co zostało potwierdzone dzięki postępowi, jaki dokonał się w dziedzinie leczenia i zapobiegania nowotworom przez stosowanie odpowiedniej diety. Dowiedziono, że przyczyną wielu rodzajów nowotworów jest uszkodzenie komórkowego DNA przez wolne rodniki, co początkuje zmiany w ich zachowaniu. Czynniki ryzyka, takie jak palenie i promieniowanie jonizujące, ułatwiają działanie wolnych rodników, a spożycie odpowiedniej ilości przeciwutleniaczy (*antyoksydantów* czyli tzw. „*zmiataaczy*” *wolnych rodników*) w pewnym stopniu chroni organizm.



Dziewczyny po laryngektomii. Zawsze towarzyszy im uśmiech i nadzieja. Tak Trzymać!

ZNACZENIE LECZENIA BÓLU W CHOROBY NOWOTWOROWEJ

dr n. med. Zbigniew Karczmarek

Choroba nowotworowa jest jednym z najpoważniejszych problemów współczesnej medycyny. Dużo uwagi poświęca się nowym metodom walki z rakiem, natomiast zdecydowanie mniejszą uwagę zwraca się na problemy związane z bólem nowotworowym.

Wszyscy akceptują to, że chorobie nowotworowej towarzyszy ból. Przemilcza się cierpienia tysięcy ludzi dotkniętych chorobą nowotworową i związane z nimi problemy ich rodzin, a także zmagania z bólem chorych, lekarzy i wolontariuszy ośrodków opieki paliatywnej. Należy pamiętać, że ból nowotworowy jest problemem nie tylko samego pacjenta, ale również jego rodziny.

Szacuje się, że w 2000 r. zachorowało w naszym kraju na nowotwory ponad 120 000 osób. 70% spośród nich wymagać będzie (*lub już wymaga*) opieki paliatywnej, w tym leczenia przeciwbólowego. Polska jest jednym z nielicznych krajów Europy, w którym każdego roku na nowotwory umierają ludzie młodzi, tj. poniżej 65. roku życia.

Rok 2000 w Polsce: zachorowania mężczyzn - 68 000, zachorowania kobiet- 61 000. Wg WHO, 91000 z tych osób wymaga opieki paliatywnej.

Leczenie bólu powinno być integralną częścią leczenia przeciwnowotworowego. Silny ból niekorzystnie działa na cały organizm, obniżając przy tym jakość życia pacjenta. Razem z nim cierpi cała rodzina. Ból zmienia osobowość chorego, powoduje, iż staje się on bardzo trudnym partnerem dla swoich najbliższych.

Pacjenci cierpiący z powodu bólu gorzej reagują na leczenie i umierają wcześniej niż ci, którzy go nie odczuwają. Ból wyniszcza równie skutecznie, jak sam nowotwór. Prawidłowe leczenie bólu ma ogromne znaczenie w kompleksowym procesie terapeutycznym.

W 90% ból towarzyszący chorobom nowotworowym można w pełni uśmierzyć przy użyciu powszechnie znanych i dostępnych leków przeciwbólowych.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) szacuje, że u 50-80% pa-

pacjentów ból towarzyszy chorobie nowotworowej jest nie leczony wcale lub leczony nieprawidłowo.

W naszym kraju funkcjonuje stereotyp, że rak musi boleć. Między innymi dlatego pacjenci nie zgłaszają lekarzom odczuwanego bólu. Wiele

osób nie wie, gdzie może zgłosić się z problemem bólu nowotworowego. Część terapeutów niewłaściwie ocenia nasilenie bólu u swoich pacjentów. Często zdarza się, że pacjenci nie umieją przyjmować zalecanych im leków.

DEFINICJA BÓLU WG MIĘDZYNARODOWEGO TOWARZYSTWA BADANIA BÓLU (IASP)

Ból jest najczęstszym i najważniejszym odczuciem towarzyszącym człowiekowi przez całe życie. Według Międzynarodowego Towarzystwa badania Bólu (IASP) ból jest to nieprzyjemne przeżycie związane z istniejącym lub zagrażającym uszkodzeniem tkanek. Ból jest zjawiskiem jednocześnie zmysłowym i psychicznym oraz często wywołującym silne emocje. Działa jako mechanizm alarmowy, powiadamiając człowieka o zagrożeniu.

Biologiczna, to znaczy ostrzegawcza funkcja bólu sprawia, że człowiek zawsze kojarzy go z uszkodzeniem zewnętrznym lub wewnętrznym ciała, niezależnie od tego, czy okoliczności jego występowania sugerują takie powiązanie, czy nie. Związek pomiędzy odczuciem bólu a bodźcem uszkadzającym tkanki nie jest jednoznaczny i stały. Ból musi być oceniany w znacznie szerszych kategoriach niż proste odbieranie bodźców uszkadzających tkanki.

PODSTAWOWE TERMINY ZWIĄZANE Z BÓLEM

Nocycepcja to proces rozpoznawania, drażnienia receptorów lub uszkodzenia tkanek wywołanego przez bodźce mechaniczne, termiczne lub chemiczne. Informacja o uszkodzeniu przekazywana jest do ośrodkowego układu nerwowego wg powyższego schematu.

Ból jest odczuwaniem bodźców, gdy te osiągną poziom centralnego układu nerwowego, czyli dotrą do kory mózgowej - to znaczy do świadomości człowieka.

Cierpienie jest przeżyciem powstającym w wyższych piętrach centralnego układu nerwowego. Jest



Grupa laryngektomowanych z logopedą Panią Katarzyną Paprotą, założycielką grupy wsparcia w Sieradzu.

zjawiskiem charakterystycznym dla zwierząt wyższych, tj. zdolnych do myślenia abstrakcyjnego. Cierpienie jest najczęściej zjawiskiem negatywnie postrzeganym i ocenianym. Przewlekłe cierpienie, przy którym doszło do uszkodzenia mechanizmów obronnych, prowadzi często do wyniszczenia organizmu.

Zachowania bólowe - to wszystko

to, co chory mówi i robi w związku z doznawaniem bólu ostrego lub przewlekłego. Mogą nimi być: słowa, pojękiwania, płacz, krzyk, grymas twarzy przy poruszaniu się lub zastrzone rysy twarzy w bezruchu. To przyjmowanie charakterystycznej postawy przy chodzeniu lub leżeniu, używanie lasek, kul lub wózka inwalidzkiego. To także wizyty u lekarza,

przyjmowanie leków przeciwbólowych lub środków uspokajających. Czasami nadużywanie alkoholu lub środków odurzających.

Zachowania bólowe są „językiem”, którym chory porozumiewa się z otoczeniem. Są one podstawą rozpoznawania bólu ostrego lub przewlekłego.

OCENA BÓLU

Nie wszyscy ludzie odczuwają ból w ten sam sposób. Ta sama osoba może reagować różnie na podobne do siebie bodźce bólowe. Osoba w stanie silnego pobudzenia psychicznego lub szoku może otrzymać silny bodziec bólowy, a reakcja na ten bodziec może być nieadekwatnie mała. I odwrotnie - mały bodziec bólowy w sytuacjach przewlekłego stresu może być przyczyną ciężko odczuwanego bólu.

Czasami słyszy się w doniesieniach ze świata, że członkowie niektórych sekt i religii biorą udział w bolesnych rytuałach i nie odczuwają silnego bólu. Niewrażliwość na ból może być spowodowana brakiem lub blokadą zakończeń nerwowych, które powodują odczuwanie bólu. Takie osoby odczuwają normalnie bodźce powodujące ból, ale nie interpretują ich jako ból. W pewnych przypadkach utrata czucia bólu może być spowodowana chorobowym uszkodzeniem mózgu lub rdzenia kręgowego, albo operacją neurochirurgiczną.

Niewrażliwość na ból jest nieprawidłowością, ponieważ brak tego mechanizmu obronnego może być zgubny dla człowieka.

Ból odczuwany jest przez mózg, to znaczy, że czynniki emocjonalne i psychiczne mają zasadnicze znaczenie w odczuwaniu bólu ostrego. Długotrwały, silny ból wywoływany przez wiele przyczyn, ból nie leczony lub źle leczony może zmieniać osobowość i zachowania chorego. Pacjenci stają się drażliwi, łatwo wpadają w gniew i wrogo reagują na otoczenie.

Ból przewlekły prowadzi do zmian w funkcji wielu narządów. Zmiany te, początkowo odwracalne i nietrwałe, stają się z czasem głębokie i trwałe, prowadzą do wyniszczenia organizmu.

Powszechnie akceptowany jest pogląd, że ocena bólu przez chorego jest jedynym użytecznym kryterium oceny leczenia.

Każdy lekarz, do którego zgłasza się pacjent z bólem, powinien znać

podstawowe zasady rozpoznawania i leczenia bólu ostrego i przewlekłego. Dzisiaj rzadko który pacjent ma interes w tym, aby oszukiwać lekarza, a już na pewno nie pacjenci z rozpoznany nowotworem.

Do oceny natężenia bólu wykorzystuje się prostą skalę VAS (*Visual Analogue Scale*). Ocena bólu w tej skali

polega na ocenianiu swojego bólu na 10-centymetrowym odcinku.

Ocena bólu jest dokonywana przez samego chorego na początku leczenia i w czasie wizyt kontrolnych. Pozwala to na skuteczne leczenie bólu w warunkach ambulatoryjnych u 85% pacjentów.

RODZAJE BÓLU

Podział bólu wg mechanizmu powstawania:

BÓL NOCYCEPTYWNY

(*receptorowy*)

Powstaje w wyniku drażnienia i aktywacji receptorów bólowych (*nocyceptorów*).

Przykłady bólu receptorowego, w zależności od lokalizacji receptorów, to ból somatyczny (*podrażnienie receptorów w skórze, mięśniach, kościach*) lub ból trzewny (*podrażnienie receptorów w narządach wewnętrznych*).

BÓL NEUROPATYCZNY

Odczuwany jest w przypadku uszkodzenia nerwu. Uszkodzenie to może polegać na przerwaniu ciągłości nerwu, ucisku z zewnątrz na nerw lub nieprawidłowego drażnienia zakończeń nerwu. W takich przypadkach nerw przekazuje samoistne bodźce bólowe do mózgu. Chorzy opisują ten rodzaj bólu jako pieczenie, kłucie, palenie, rwanie, rozrywanie. Ból ten wymaga złożonego postępowania farmakologicznego lub anestetycznego. Ból neuropatyczny może być także następstwem choroby w obrębie mózgowia.

PODZIAŁ BÓLU WG CZASU TRWANIA

Ból ostry

Ból, który jest bezpośrednio związany z jakimś bodźcem bólowym, np. ból zęba, bóle pooperacyjne. Zwykle ma jasno określony początek i zwykle jedną przyczynę. Często jest

łatwy do opanowania prostymi metodami leczniczymi.

Ból przewlekły

Zaczyna się jako ostry, po czym nie ustępuje, tylko ustala się na pewnym

poziomie, przez co traci swój charakter ostrego sygnału alarmowego. Ból taki spotykany jest przy wielu chorobach. Jego przewlekłość nie oznacza,

że utrzymuje się bez przerwy przez całą dobę. Często zdarza się, że pojawia się nawrotowo, w określonej porze dnia.

PRZYCZYNY BÓLU W CHOROBIE NOWOTWOROWEJ

Określenie ból nowotworowy odnosi się do bólów spowodowanych jakimkolwiek procesem nowotworowym lub powstałym w konsekwencji leczenia nowotworu. Najczęściej występują u chorych w zaawansowanej lub terminalnej fazie choroby nowotworowej. Powszechnie mówi się o łączności cierpienia bólu z chorobą nowotworową.

W okresie rozpoznawania i aktywnego leczenia nowotworu ból pozostaje w cieniu skomplikowanych procedur medycznych. Gdy postępująca choroba zostaje uznana za nieuleczalną, ból ujawnia się w całym swoim okrucieństwie i staje się prawdziwym wołaniem o pomoc. Na odczuwanie silnego bólu w ostatniej fazie choroby nowotworowej skarży się 75% pacjentów, ale blisko 90% spośród nich może go nie odczuwać, ponieważ współczesna medycyna dysponuje wystarczająco nowoczesnymi i skutecznymi metodami leczenia bólu. Metody te gwarantują tym chorym godne życie bez bólu do ostatnich chwil.

Próby klasyfikacji bólów nowotworowych opierają się na różnych kryteriach. Pod uwagę bierze się m.in. etiologię, patomechanizm, lokalizację oraz reakcję na różne sposoby leczenia. Określenie rodzaju bólu jest niezwykle istotnym, choć nie jednym elementem rozpoznania. W przypadku bólów nowotworowych, nowotworowych jednego chorego często występuje więcej niż jeden rodzaj bólu. Każdy z nich powinien być zidentyfikowany i indywidualnie leczony. Najczęściej współistniejące bóle różnią się patomechanizmem, a co za tym idzie - podatnością na różne leki. W takim przypadku leczenie powinno być skojarzone i ukierunkowane na każdy rodzaj bólu.

Tendencja wzrostowa w grupie chorych z bólami powstałymi w wyniku leczenia wiąże się z zastosowaniem coraz to agresywniejszych metod leczenia onkologicznego oraz dłuższymi okresami przeżycia chorych, ale i wzrostem zachorowań na nowotwory w Polsce.

LECZENIE BÓLU NOWOTWOROWEGO

W wielu szpitalach i innych instytucjach ochrony zdrowia istnieją poradnie zajmujące się leczeniem bólu, w których, po wykonaniu badań i analiz, lekarz ustali przyczynę bólu i wybierze optymalne leczenie.

Każdy ból wymaga odpowiedniego leczenia, chociaż istnieją ogólne zasady postępowania z bólem.

Podstawową metodą leczenia bólu nowotworowego jest farmakoterapia.

W 1986 r. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) po raz pierwszy opublikowała zasady leczenia bólu nowotworowego.

Zasady leczenia bólu nowotworowego wg WHO:

1. Według drabiny
2. Według zegara
3. Nieinwazyjnie
4. Według indywidualnie dobranej dawki
5. Zwracając uwagę na detale

Według drabiny

Zasada ta polega na podawaniu leków w zależności od nasilenia bólu wg tzw. *drabiny analgetycznej* - przy bólu słabym - słabe leki, przy bólu silnym - silne leki. Leczenie zwykle rozpoczyna podanie prostych anal-

getyków (*np. paracetamolu*). Jeśli ból utrzymuje się lub narasta, stosuje się słabe opioidy. Jeśli ból nie ustępuje, stosuje się większą ich dawkę. A gdy ból nadal nie ustępuje lub narasta, to stosuje się silne leki opioidowe. Opioidy są to leki pochodzenia naturalnego (*np. pochodne opium - kodeina, morfina*) lub syntetycznego (*np. fentanyl*), które działają na receptory opioidowe. Pobudzenie receptorów opioidowych powoduje efekt przeciwbólowy.

Należy rozróżnić kilka pojęć:

opiaty - są to naturalne leki przeciwbólowe otrzymywane z opium

opioidy - są to zarówno naturalne, jak i uzyskiwane syntetycznie leki wykazujące powinowactwo do receptorów opioidowych

narkotyki - jest to pojęcie prawne (*niemedyczne*) obejmujące zarówno opioidy, jak i inne leki prowadzące do uzależnienia psychicznego i fizycznego. Narkotyki to środki będące w obrocie nielegalnym, zwalczanym ustawą o zwalczaniu narkomanii.

Nie należy się obawiać stosowania leków opioidowych, właściwe stosowane nie powodują one uzależnienia psychicznego.

Według zegara

Gwarancją skuteczności leków przeciwbólowych jest ich podawanie w stałych odstępach. Czyli jeśli lek działa 4 godziny, to należy go przyjmować o stałych, wyznaczonych godzinach, w czterogodzinnych odstępach, czyli 6 razy w ciągu doby. Nie przyjęcie kolejnej dawki leku w odpowiednim czasie grozi nawrotem bólu. Z drugiej strony, częste podawanie leków przeszkadza w wykonywaniu codziennych czynności, przez co ogranicza aktywność chorego i przypomina o chorobie, ponieważ rytm dnia dostosowany jest do godzin podawania leku. W takiej sytuacji pacjent nie może prowadzić normalnego trybu życia na miarę swoich możliwości. Dlatego korzystne jest podawanie leków długo działających, np. morfiny w tabletkach działających 12 godzin lub fentanylu w formie plastrów, które działają 3 doby (72 godziny).

Nieinwazyjnie - czyli doustnie lub przezskórnie (naskórnice)

Leki przeciwbólowe można podawać różnymi drogami. Zgodnie z zasadami WHO, podawanie le-

ków przeciwbólowych nie może przysparzać choremu dodatkowych cierpień.

Stosowanie doustne wymaga systematycznego podawania leków. Czasami są one źle tolerowane, powodują nudności, wymioty, często zaparcia.

Inną formą podawania leków przeciwbólowych są zastrzyki domięśniowe lub podskórne. Przysparzają one jednak dodatkowych cierpieć i wymagają zaangażowania pielęgniarek oraz opiekunów.

Alternatywną, nieinwazyjną formą podawania leków jest przezskórna terapia przeciwbólowa, w postaci plastrów. Metoda ta gwarantuje dużą biodostępność podawanych leków, co umożliwia stosowanie mniejszych dawek i zmniejsza natężenie oraz skutki uboczne. Ponadto wygoda stosowania sprawia, że pacjenci chętnie stosują tę metodę leczenia.

Według indywidualnie dobrej dawki

Należy pamiętać o tym, że nie ma maksymalnej dawki leków opioidowych. Należy przyjmować lek w takiej dawce, jaką zaleci lekarz i nie należy obawiać się zwiększania dawki zgodnie z zaleceniami lekarza. Właściwa dawka leku opioidowego to taka, która jest skuteczna.

Inne metody leczenia bólu nowotworowego:

Farmakoterapia jest podstawową metodą w leczeniu bólu w chorobie nowotworowej, ale tak jak przyczyny bólu są złożone, tak i leczenie powinno uwzględniać inne możliwe podejścia, np.:

- **metody anestetyczne i chirurgiczne**
- **wsparcie psychologiczne**
- **paliatywna radioterapia**
- **paliatywna chemioterapia**
- **metody psychologiczne,**
np. hipnoza
- **fizykoterapeutyczne.**



W Polsce głęboko zakorzenione jest błędne przekonanie o szkodliwym i uzależniającym działaniu silnych leków przeciwbólowych, co znacznie utrudnia ich prawidłowe stosowanie.

Ostatnio obserwuje się zwiększenie dostępu części chorych do poradni leczenia bólu, poradni opieki paliatywnej, hospicjów, zespołów opieki domowej i dużych ośrodków onkologicznych. Rośnie zużycie silnych leków przeciwbólowych, co jest pośrednim dowodem na poprawę skuteczności leczenia i opieki nad chorymi. Jednak wiedza polskich pacjentów, pacjentów także niektórych lekarzy na temat leczenia bólu nowotworowego jest wciąż niewystarczająca.



Msza św. polowa w intencji laryngektomowanych. Ołtarz przygotowany przez uczestników turnusu w Suchym Borze.

JAK RZUCIĆ PALENIE

Krystyna Rożnowska

Polacy palą wyjątkowo dużo.

W 1999 r. nasi rodacy wypalili 100 miliardów sztuk papierosów, a w 2000 r. - 90 miliardów. Pali 47% mężczyzn i 34% kobiet. O ile panowie dość często decydują się na zerwanie z nałogiem - coraz więcej pań, zwłaszcza młodych sięga po papierosa.

Tymczasem dowiedziono ponad wszelką wątpliwość, że istnieje związek między rakiem płuca a paleniem - palacze zapadają na tę chorobę kilkanaście razy częściej. Nałóg palenia przyspiesza i zaostrza także inne choroby płuc, np. astmę oskrzelową, stany zapalne płuc i oskrzeli, rozedmę płuc. Jednak nie tylko płuca narażone są na szkodliwe działanie tytoniowego dymu, lecz także inne organy i narządy. Udowodniono związek między paleniem a nowotworami złośliwymi: krtani, gardła, jamy ustnej, nosa, wargi, przełyku, żołądka, nerek, pęcherza moczowego, trzustki, prostaty, krwi (*białacz-*

ka), wątroby, szyjki macicy, piersi. Średnia liczba zgonów w następstwie chorób związanych z paleniem tytoniu w latach 1959-60 u mężczyzn 7,7 tysiąca, do 1990 roku wzrosła do 60 tysięcy, a w 2000 roku osiągnęła 80 tysięcy. Kobiet szybko doganiają mężczyźni w tym niechlubnym współzawodnictwie, toteż zwiększa się i u nich ilość zachorowań związanych z paleniem. U palaczy częściej niż u kobiet niepalących występuje osteoporoza i reumatoidalne zapalenie stawów, większe jest także ryzyko zatorów i zakrzepów. Papierosy przyspieszają menopauzę i starzenie. Ostatnie badania dowiodły, że wywołują impotencję u mężczyzn.

To chyba dostatecznie wiele powodów by nie sięgać po pierwszego papierosa, a jeśli się pali - rzucić ten nałóg. Wielu chciałoby się rozstać z papierosami raz na zawsze, lecz uzależnienie od nikotyny bywa ponoć tak silne jak od heroiny. Coraz więcej ludzi jednak rozstaje się z papierosami, niestety, niektórzy dopiero wtedy, gdy cierpią na jakąś poważną chorobę, zwykle związaną z wieloletnim paleniem. Przejorniejsi i wytrwali nie czekają aż papieros zrujnuje im zdrowie.

Jest kilka sposobów ułatwiających odzwyczajanie się od palenia. Gdy je

poznamy możemy wybrać ten, który wydaje się najskuteczniejszy. Metody walki z nałogiem:

- **Kuracja odwykowa u Adwentystów Dnia Siódmego**
- **Metoda opracowana przez prof. Witolda Katońskiego**

- **Nikotynowa Terapia Zastępcza Zyban** - lek przeciw uzależnieniu od nikotyny
- **Hipnoza**
- **Akupunktura**
- **Biorezonans komórkowy**
- **BICOM.**

U ADWENTYSTÓW DNIA SIÓDMEGO

Jest to pięciodniowa kuracja odwykowa o wyjątkowo dużej skuteczności, sięgającej 70%. Jej program powstał w Stanach Zjednoczonych. W Polsce zastosowano go po raz pierwszy przed piętnastu laty - do dziś tylko w Krakowie przeprowadzono kursy dla ponad 10 tysięcy osób. Kuracja ta jest bezpłatna, zajęcia odbywają się zwykle popołudniami, trwają ok. półtorej godziny. Zgodnie z ideą tej metody, nałóg „atakuję” się od strony fizycznej, psychicznej i duchowej. **Oto rady Adwentystów na czas antynikotynowej terapii:**

- **wysypiać się** (spać co najmniej 8 godzin)
- **pić dużo płynów** (wody niegazowanej, soków niezbyt słodkich, mleka)
- **usunąć u dentysty tytoniowy osad z zębów**
- **systematycznie ćwiczyć**
- **pozyskać niepalących przyjaciół, na których wsparcie można liczyć**

- **zmienić dietę: wyrzec się alkoholu, ostrych przypraw, tłustych, smażonych potraw, a kawę i herbatę zastąpić wodą, sokami, herbatą owocową**
- **ograniczać ilości wypalanych papierosów albo - jeszcze lepiej zaprzestać palenia od razu.**

W pierwszym dniu bez papierosa. Pij dużo wody źródlanej albo przegotowanej i schłodzonej - około 6-8 szklanek dziennie, a rano i wieczorem - bierz prysznic, ciepły i zimny na zmianę. By zająć ręce przywykłe do zapalania i trzymania papierosa skub pestki dyni lub słonecznika, żuj gumę lub marchewkę, czy kalarepę. Najlepiej usunąć papierosy z pola widzenia i zatrzeć po nich ślad - wyprać firanki, wyczyścić dywany, fotele, ubranie, przewietrzyć mieszkanie. Dobrze jest w tych trudnych dniach dużo ćwiczyć, spacerować, ale jeść raczej niewiele, głównie owoce, jarzyny, zaś unikać potraw

tlustych, ostrych, smażonych, kawy, mocnej herbaty. I nie pić alkoholu, gdyż osłabia on wolę, toteż po kilku kieliszkach zwykle sięga się po papierosa.

Niektórzy *rzucają* palenie od razu, inni stopniowo ograniczają liczbę wypalanych papierosów. Lepszy jest pierwszy sposób, lepiej rokujący. Najtrudniejsze są pierwsze trzy dni niepalenia. Przy każdej nieodpartej chęci sięgnięcia po papierosa warto pomyśleć, że z czasem głód nikotynowy będzie coraz słabszy.

Dругi dzień niepalenia. Masz za sobą już jeden wyrwany nałogowi dzień i jest to pierwsze zwycięstwo. Spróbuj zacząć myśleć o sobie jako o osobie niepalącej. Huśtawka nastrojów jest w takiej chwili rzeczą normalną, ale nie można się poddawać myśli, że jeden wypalony papieros niczego tu nie zmieni, bo właśnie chodzi o zupełną abstynencję. Jednak gdy komuś zdarzy się po niego sięgnąć, nie powinien uważać się za pokonanego i zrezygnować z dalszej walki.

Trzeci dzień niepalenia. Ci, którzy rzucili już palenie wiedzą, że trzeci dzień abstynencji nikotynowej jest krytyczny, stąd wniosek; kto go przeżyje bez papierosa znacznie zwiększy swoje szansę na niepalenie. Gdy pa-

pierosy znów zaczną kusić pomyśl o swoim postanowieniu, o szkodach jakie paleniem wyrządziłeś sobie i innym i o tym, że każdy dzień bez papierosa przybliży cię do sukcesu.

Czwarty dzień niepalenia. Myśl dużo o przyszłości i rozmawiaj o swoich planach, zamierzeniach, jako osoba niepaląca. Wiele z tych planów łatwiej będzie zrealizować, gdy zaoszczędzisz zdrowie i pieniądze. Może warto pomyśleć o atrakcyjnej wycieczce, o nowym zakupie. Cztery dni niepalenia to już wiele, ale pokusa w tym czasie jest jeszcze ciągle bardzo silna i nie łudź się, że jeden wypalony papieros nic by tu nie znaczył. Gdy jest ci bardzo trudno popatrz na zegarek i policz do stu, a potem, weź ciepłą kąpiel, pospaceruj.

Piąty dzień niepalenia. Unikaj towarzystwa ludzi palących, którzy namawiają do zapalenia papierosa i naucz się stanowczo odpowiadać na takie propozycje: „*Dziękuję, już nie palę!*” Nie wchodź do zadymionych pomieszczeń, domowników i przyjaciół poproś, by nie pilili przy tobie. Zmień dietę odrzucając wysokokaloryczne potrawy oraz słodkie napoje, bo zwykle po rzuceniu palenia odżywa węch i smak, a organizm na

brak nikotyny reaguje wzmożonym głodem i łatwo wówczas przytyć.

Codzienny pobyt na kuracji odwykowej u Adwentystów z ludźmi którzy powzięli podobne postanowienie, ułatwia przetrwanie w absty-

nencji. Czasem życzliwe pytanie „*Jak się czujesz? Jak przeżyłeś wczorajszą dzień bez papierosa?*” i praktyczna rada osoby będącej w takiej sytuacji jak ty, znaczy bardzo wiele.

RADY PROF. WTOLDA KATOŃSKIEGO

Jest znaczne podobieństwo między zaleceniami organizujących kuracje odwykowe Adwentystów Dnia Siódmego a radami prof. Witolda Katońskiego, który od wielu lat z pasją zajmuje się profilaktyką antynikotynową. Przytoczymy niektóre z tych rad.

Na początek spróbuj kontrolować swoje palenie:

- Nie pal automatycznie, obserwuj swoje zachowanie wyjmując papierosa i zapalając go. Opisz emocje, które ci towarzyszą podczas palenia.
- Schowaj papierosy, zapalki i popielniczki w drugim pokoju, byś musiał po nie pójść przed zapaleniem następnego.
- Naucz się odmawiać, gdy ktoś częstuje cię papierosem.
- Zanotuj, w jakich okolicznościach zapaliłeś.
- Sprawdź w jakiej sytuacji palenie nie sprawia ci przyjemności.
- Spróbuj w czasie palenia nie zacią-

gać się. Przed paleniem wykonaj trzy głębokie wdechy.

- Nie pal, gdy masz ręce zajęte jakąś pracą.
- Pal w domu tylko w jednym miejscu.
- W towarzystwie wypalaj nie więcej niż jednego papierosa na godzinę.
- Myj zęby po wypaleniu każdego papierosa.
- Nie opróżniaj popielniczki albo też, po wypaleniu każdego papierosa wypróżniaj, myj i chowaj.
- Nie pal przy dzieciach.
- Notuj ile wydajesz na papierosy i porównaj te wydatki z innymi.

Gdy rzucisz palenie to:

- Odświeżaj często usta szklanką wody mineralnej lub soku owocowo-warzywnego.
- Pamiętaj o gimnastyce przy otwartym oknie.
- Często bierz odświeżający prysznic.
- Używaj nowych środków higienicznych i kosmetycznych.
- Jedz lekkie śniadanie, wypijaj

- szklanekę odtłuszczonego mleka.
- Przypomnij kolegom w pracy, że nie palisz i poproś, żeby cię nie częstowali papierosami.
 - Unikaj kontaktu z osobami palącymi.
 - Po pracy idź na spacer, jeśli masz możliwość - jedź na rowerze.
 - Wypełnij sobie dzień zajęciami, idź do teatru, kina.
 - Spędzaj dużo czasu z dziećmi.
 - Miej przy sobie wszystko to, co pozwoli zająć ręce i usta (*kawałki marchewki, rzodkiewki, selera, owoce, gumę do żucia*)
 - Jeśli poczujesz nieodpartą pokusę zapalenia papierosa, zadzwoń do przyjaciela, który rzucił palenie.
- myśleć o papierosach, możesz być pewien, że rzuciłeś palenie na dobre.
- Informuj wszystkich o swym sukcesie rzucenia nałogu i ciesz się nim.
 - Sporządź kalendarz na pierwsze 90 dni bez papierosa. Skreślaj każdy dzień, zapisując obok zaoszczędzoną kwotę.
 - Określ termin, po którym zebrane w ten sposób pieniądze przeznacysz na wyznaczony wcześniej cel.
 - Co jakiś czas notuj motywy, dla których rzuciłeś palenie. Zapisz je na kartce i powieś w widocznym miejscu.

Jak utrwalić sukces?:

- Nie daj się skusić na jednego „papieroska”!
 - Dopiero wtedy, gdy przestaniesz

Rady dla tych, którym się jeszcze nie udało:

- Nie wstydz się swojej słabości. Jeszcze nie przegrałeś.
- Niepowodzenie uczyni źródłem ważnych doświadczeń i początkiem drogi do sukcesu.

NIKOTYNOWA TERAPIA ZASTĘPCZA...

... polega na wspomaganiu palaczy substytutem nikotyny. Są różne formy **nikotynowej terapii zastępczej**: guma do żucia z nikotyną, plastry, spray, inhalacja, tabletki pod język, płyny do płukania ust. Środki te można stosować tylko w porozumieniu z lekarzem, a terapia trwa co najmniej trzy miesiące.

W Polsce najbardziej znana jest guma *Nicorette*. Jednak nie wszyscy palacze mogą korzystać z nikotynowej terapii zastępczej. Szczególną ostrożność w jej stosowaniu doradza się osobom z nadciśnieniem tętniczym lub po świeżo przebytych zawale serca, jak również kobietom w ciąży.

ZYBAN - LEK PRZECIW UZALEŻNIENIU ODNIKOTYNY

Zyban to lek na receptę - jedyny środek nie zawierający nikotyny, który nie tylko łagodzi nieprzyjemne objawy jej odstawienia, ale również osłabia psychiczną potrzebę zapalenia papierosa. Stosuje się go pod ścisłą kontrolą lekarza. Nie wolno podawać *Zyban* osobom z padaczką, napadami drgawek, bulimią czy anoreksją. Można kojarzyć zażywanie *Zyban* z nikotynową terapią zastępczą, co dodatkowo wzmacnia jej skuteczność. Terapia *Zybanem* trwa na ogół siedem tygodni. Osoby leczone *Zybanem* znacznie mniej przybývają na wadze.

HIPNOZA

Polega na wizualizacji w lekkim transie, połączonej z relaksacją i sugestiami działającymi na wyobraźnię. Sesja trwa 4-50 minut. W stanie hipnotycznym podatność na sugestie jest znacznie wzmożona, a jeden nawyk można zmienić na inny. Osoby zdecydowane zerwać z nałogiem często, za pomocą hipnozy, osiągają ten sukces już po kilku sesjach.

AKUPUNKTURA

W terapii nikotynowej stosuje się tzw. *Auriculopunkturę*, czyli nakłuwanie igłami określonych punktów

ucha. Zazwyczaj przeprowadza się trzy zabiegi, każdy trwa 15 minut. Rzecz polega na trafieniu w odpowiednie punkty, odległych od siebie o ułamki milimetra. Terapia ta nie zdobywa popularności, ponieważ jest wyjątkowo żmudna, wymaga od terapeuty precyzji i umiejętności.

BIOREZONANS KOMÓRKOWY

Zabiegi aparatem ABAS są proste, bezbolesne i bezpieczne. Pacjent siada na 10-15 minut i trzyma w rękach elektrody. Po pierwszym zabiegu głód nikotynowy jeszcze niekiedy trwa, po drugim jest już znacznie mniejszy lub znika całkowicie. Zaleca się trzy zabiegi w odstępach tygodniowych. Po terapii należy pić dużo wody mineralnej, często się kąpać, myć głowę, aby wypłukać z organizmu toksyny.

BICOM

Zabieg ten, zwany inaczej biorezonanssem, trwa 15 minut. Pacjent siada na krześle, na czoło zakłada opaskę z elektrodami. W dniu zabiegu nie wolno pić kawy, mocnej herbaty ani alkoholu. Nie można też zapalić papierosa, żuć gumy czy używać plastrów nikotynowych. Natomiast trzeba pić dużo wody. Chęć zapalenia papierosa znika najczęściej w ciągu trzech godzin po zabiegu.

LARYNGEKTOMOWANI W MINISTERSTWIE ZDROWIA

W dniu 13 września 2006 roku delegacja polskich laryngektomowanych uczestniczyła w Warszawie, w rozmowach dotyczących problemów środowiska oraz sposobów i możliwości ich systematycznego i skutecznego rozwiązywania. Zakres poruszany w czasie spotkań, wynika z doświadczeń członków Towarzystwa oraz ich wniosków i postulatów, przekazywanych na wszelkiego typu dyżurach, zebraniach, spotkaniach, seminariach czy szkoleniach bądź turnusach rehabilitacyjnych. Delegacja spotkała się w:

I. Ministerstwo Zdrowia - Departamencie Polityki Zdrowotnej, z ramienia którego uczestniczyli; Dyrektor - *Przemysław Kłaman* oraz Specjalista - *Tomasz Mazurek*.

W czasie trwania spotkania poruszono szczegółowo następujące kwestie:

1. *Koncepcję Kompleksowego Systemu InfoMed SOS, który zawiera w swoim projekcie:*

a/ System wczesnego, błyskawicznego i skutecznego informowania Centrów Powiadamiania Ratunkowego o nagłych wypadkach, zagrożeniach dla zdrowia, zagrożeniach życia i bezpieczeństwa publicznego (opracowanie merytoryczne przesłano do Ministra Zdrowia RP w dniu 17 czerwca br.).

Nasza prośba w tym zakresie dotyczyła pomocy w zakresie skumulowaniu środków finansowych jakie Ministerstwo Zdrowia przekazuje Wojewodom na ratownictwo medyczne, przewidziane w ustawie budżetowej na rok 2006 i rozdysponowanie ich po potrąceniu po 21.000,00 złotych każdemu z Wojewodów co przy 16 województwach daje kwotę ok. 330.000,00 złotych niezbędną do zakończenia prac nad gotowością systemu do praktycznego wdrożenia. Zgodnie z prawem, jeśli nie może Ministerstwo Zdrowia przekazać tych pieniędzy Towarzystwu, to można zapewne uczynić to poprzez Wojewodę Lubuskiego, który zna temat bardzo dokładnie i mocno go wspiera (*dołączono wszystkie kserokopie pism popierających to unikalne rozwiązanie w tej sprawie*).

Drugim elementem pomocy w tym systemie była nasza prośba, dotycząca pisemnego wsparcia resortu, kierowana do PFRON, a mająca na celu prawne uregulowania i finansowe zabezpieczenie możliwości do-

finansowania na indywidualne wnioski beneficjentów (*tak jak jest to aktualnie z zakupem np. środków ortopedycznych*), kierowane do PCPR czy MOPS, a dotyczące ich woli zakupu urządzeń abonenckich, kompatybilnie współpracujących w systemie InfoMed SOS z CPR. My jako stowarzyszenie oczywiście z tej kwestii oficjalnie do PFRON wystąpiliśmy, lecz bardzo prosiliśmy resort o wsparcie, gdyż znamy już z doświadczenia, że propozycje Towarzystwa nawet w bardzo ważnej i słusznej kwestii, kończą się w najlepszym przypadku pisemną pochwałą i przyznaniem racji lecz niestety bez jakichkolwiek działań realizacyjnych.

b/ I pomoc - w ramach tego programu w systemie, zdecydowany nacisk kładziemy na upowszechnienie idei pomocy ludziom ratowanym inaczej. Jediną taką grupą wśród żyjących ludzi są laryngektomowani, stąd nasza w tym zakresie ofensywa. Ponieważ bardzo wiele przykładów mamy z terenu całej Polski, że nawet wykształceni medycy nie umieją ratować tej grupy niepełnosprawnych, bądź nie są edukowani w tym zakresie, postanowiliśmy temat podjąć i skutecznie go wdrożyć.

Resort prosimy o określenie możliwości finansowego wsparcia oraz pomocy w prawnych regulacjach jakie są konieczne, szczególnie w zakresie szkoleń ratowników, edukacji lekarzy i pielęgniarek oraz uzupełnienia programów szkolnych z tego zakresu, wraz z przygotowaniem rozdziału specjalistycznego do podręczników.

Chcąc ujednoczyć w całej Europie system identyfikacji osób bez krtani, co przy otwartych granicach w podróżowaniu oraz szybkiej identyfikacji poszkodowanych ze strony świadków zdarzeń, staje się wyzwaniem koniecznym, bo *tak zwana złota godzina* jest w ratownictwie najważniejszą, Towarzystwo opracowało system, który zamierza zademonstrować na *Kongresie Europejskiej Konfederacji Laryngektomowanych w dniach 19-24 wrzesień br. w Crikvinicy w Chorwacji*. Będzie to polski wkład w bezpieczeństwo zdrowotne Europy a jego założenia przekazaliśmy Panu Dyrektorowi w załączonym do pisma materiale.

c/ bezpieczeństwo publiczne laryngektomowanych - w tym zakresie prosiliśmy o wsparcie resortu dla Towarzystwa w jego staraniach od 2003 roku u Głównego Inspektora Zarządzania Kryzysowego i Ochrony Ludności, a dotyczących wspólnych prac naukowo-badawczych Akademii Medycznych, Klinik Otolaryngologii Onkologicznej wraz z Fabryką

Sprzętu Ratunkowego i Lamp Górniczych S.A. w Tarnowskich Górach oraz Przedsiębiorstwem Sprzętu Ochronnego MASKPOL S.A. Konieczki przy opracowaniu, testach oraz wdrożeniu w praktykę codzienną, masek przeciw gazowych dla osób bez krtani. Poprzez naszego członka w Prezydium Europejskiej Konfederacji Laryngektomowanych, na jednym z jego posiedzeń temat ów został wywołany i okazało się, że w żadnym z państw takiego sprzętu nie ma, a prace trwają tylko jeszcze oprócz nas w Słowenii. Współpracujemy z laryngektomowanymi z tego kraju w tym zakresie i liczymy, że być może uda nam się otrzymać od nich materiały w tej kwestii, o co zresztą ich serdecznie prosiliśmy. Temat jest dla środowiska bardzo ważny, ponieważ żyjemy w czasach przemocy, terroru i stałego zagrożenia, co nie służy dobrze psychice, szczególnie mając świadomość konsekwencji jakie na środowisko spadną nieodwołalnie np. przy ataku bronią chemiczną. Nie chcemy żyć w ciągłym lęku i być ludźmi drugiej kategorii, bo mamy takie samo prawo do życia i jego skutecznej ochrony jak wszyscy ludzie. Na nasze starania otrzymaliśmy w 2003 roku odpowiedź Głównego Inspektora Zarządzania Kryzysowego i Ochrony Ludności, że temat jest bardzo istotny ale też i bardzo trudny do realizacji, stąd prosi się nas o cierpliwość a jednocześnie zachęca do działań w tym zakresie zarówno u producentów sprzętu jak i u przyjaciół w Europie. My swoją misję staramy się realizować lecz Towarzystwo nie jest w stanie samo załatwić tak trudnej dla specjalistów rządowych sprawy, bez determinacji, środków finansowych i systematycznego współdziałania wszystkich ogniw do tego powołanych.

2. Koszyk gwarantowanych świadczeń medycznych i około zdrowotnych

- wykaz naszych propozycji przesłaliśmy do Ministra Zdrowia w dniu 22 marca br. a ponieważ nie otrzymaliśmy żadnej odpowiedzi, pozwoliliśmy sobie raz jeszcze je wyszczególnić:

3. Propozycje środowiska do Narodowego Programu Walki z Rakiem oraz nowej możliwości finansowego wsparcia działalności środowisk onkologicznych.

A/ Zakup w roku 2007 ze środków przeznaczonych na realizację w/w programu (*lub z innych źródeł*) dla każdego z województw w Polsce, ultranowoczesnego komputerowego przyrządu o nazwie *Ciśnieniowy*

Wskaźnik Otwarcia Bariery Zwieracza Ust Przełyku. Ów przyrząd pozwala na rejestrowane i zapisywane na nośnikach elektronicznych, pomiary ciśnienia zwieracza ust przełyku oraz przy systematycznym, comiesięcznym badaniu, który prowadzić może każdy przeszkolony logopeda, zapisuje wszelkie zmiany zachodzące np. przy wznowię nowotworów. Jest więc przyrządem wczesnego wykrywania zmian u osób bez krtani, ale pozwala również na precyzyjne określenie możliwości objęcia nauką mowy przełykowej badanych lub ich z tej nauki wykluczenia. Każde ze stowarzyszeń wojewódzkich współpracuje ściśle przynajmniej z jednym logopedą, spotyka się systematycznie ze swoim członkami na okresowych, comiesięcznych zebraniach a więc od strony organizacyjnej pomiary nie sprawiały by żadnego problemu, a w wymiarze psychiczno-zdrowotnym, stanowiły by potężny oręż.

B/ Przygotowanie i złożenie do Laski Marszałkowskiej projektu Ustawy, w analogii do Ustawy określającej opłaty wnoszone przez wszystkie podmioty zajmujące się handlem i dystrybucją alkoholi, w odniesieniu do podmiotów handlujących i zajmujących się produkcją i dystrybucją papierosów i wyrobów tytoniowych. Z opłat tak zwanych alkoholowych, jakie w wyniku powyższej Ustawy trafiają poprzez samorządy szczebla podstawowego do Miejskich bądź Gminnych Komisji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, można prowadzić zaplanowaną i systematyczną działalność tych gremiów, przeznaczając pieniądze na profilaktykę, wykłady, seminaria itp. ale również opłacić media czy wynajem sal bądź zorganizować spotkania integracyjne. Jeśli można tak uczynić przy chorobach alkoholowej, to dlaczego nie można tego zalegalizować przy chorobach nowotworowych a szczególnie tych, których główną przyczyną było czynne bądź bierne palenie papierosów czy wyrobów tytoniowych. Oczywiście, w tym przypadku ewentualne środki finansowe winny trafiać do Wojewodów bądź Marszałków Województw a poprzez nich do stowarzyszeń onkologicznych.

Zdecydowanie odciażyło by to budżet Państwa w zakresie profilaktyki, a w sposób znaczący wsparło środowiska chorych i niepełnosprawnych w realizacji ich statutowych celów i zadań. Deklarujemy w tym zakresie swoją aktywność i pomoc oraz dla wsparcia inicjatywy ustawodawczej przy jej gotowym projekcie, listy poparcia stowarzyszeń ze środowisk onkologicznych (*Laryngektomowani, Amazonki, POL - ILKO, itp.*).

4. Pomoc i wsparcie listem intencyjnym Ministerstwa Zdrowia działań Towarzystwa w Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w zakresie:

A/ Opracowania, zatwierdzenia oraz wdrożenia do praktycznej realizacji, zasad dofinansowania zakupu wspomnianych w punkcie 1 urzędzeń abonenckich dla beneficjentów korzystających z systemu InfoMed SOS, po akceptacji i wdrożeniu systemu przez Szefa Obrony Cywilnej Kraju i służby do tego powołane.

B/ Opracowania, zatwierdzenia oraz wdrożenia do praktycznej realizacji, zasad dofinansowania zakupu zestawów komputerowych wraz z programami podstawowymi jako elementów likwidacji barier w komunikowaniu i technicznych. Program Komputer dla HOMERA jest przykładem na to, że niepełnosprawność wcale nie musi oznaczać trwałej izolacji, bezradność czy ubezwłasnowolnienie. Laryngektomowani mimo braku krtani i nieszczęść z nowotworową chorobą związanych, chcą się komunikować werbalnie i żyć w miarę normalnie a wejście ich do społeczeństwa informacyjnego, takie szansę przed nimi otworzy. Dzisiejszy ich status materialny, absolutnie wyklucza zakup zestawu komputerowego czy podstawowego programu do jego obsługi, stąd takowe dofinansowanie jest naszym zdaniem niezbędne. Wózek inwalidzki pomaga niepełnosprawnym ruchowo w poruszaniu się, więc niech i my w komunikowaniu się mamy stałego pomocnika.

Chcąc mieć pełną gwarancję osobistego zainteresowania całą paletą w/w problemów, przez Ministra Zdrowia Profesora Zbigniewa Religę, a poruszonych na spotkaniu, niezależnie w formie pisemnej za potwierdzeniem odbioru, złożono je również w jego kancelarii, dołączając pismo przewodnie z prośbą środowiska o pomoc i wsparcie w ich rzeczowej realizacji.

II. Państwowym Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, z ramienia którego w spotkaniu uczestniczyli: **Ludwik Mizera** - Dyrektor Wydziału Programowania, Ewaluacji i Komunikacji Społecznej a jednocześnie członek Rady Nadzorczej PFRON, oraz **Barbara Skoczyłaś** - Konsultant i **Dorota Świder** - Główny Specjalista, obie także z tego Wydziału. W czasie tego spotkania poruszono:

A/ Konieczność opracowania, zatwierdzenia oraz wdrożenia do praktycznej realizacji, zasad i kryteriów dofinansowania na indywidualne wnioski be-

neficjentów, zakupu abonenckich urządzeń, kompatybilnie współpracujących z Centrami Powiadamiania Ratunkowego, w ramach opracowanego przez nas jako współautorów systemu InfoMed SOS.

Merytoryczne i kompleksowe opracowanie tegoż systemu, przekazane zostało stosownym czynnikom rządowym, z prośbą o finansowe wsparcie prototypu oraz badań i testów urządzeń referencyjnych, lecz i naszym rozmówcom całość tego szczegółowego opracowania również przekazano. Poinformowaliśmy, że aktualnie jesteśmy w trakcie wykonywania prototypu i oczekiwania na powyższą, finansową pomoc oraz decyzję Szefa Obrony Cywilnej Kraju, by móc jeszcze w bieżącym roku, powyższy etap zakończyć. Postulowaliśmy więc o prace nad powyższą naszą prośbą, by od roku 2007 można było już z dofinansowania takiego korzystać. Znając polską praktykę w zakresie rozporządzeń wykonawczych i czasu trwania w ich powstawaniu, prosiliśmy o to już teraz, gdyż waga problemu jest szalenie ważna i ogromnie oczekiwana przez niepełnosprawnych. Ośmieliliśmy się załączyć do pism przekazanych na ręce Pana Dyrektora, wierną kserokopię merytorycznego opracowania systemu InfoMed SOS oraz kserokopie pism wspierających ów zamysł, by ułatwić Panu Prezesowi i Zarządowi PFRON możliwość zgłębienia tematu i ułatwienie w podejmowaniu stosownej decyzji.

B/ Konieczności opracowania, zatwierdzenia oraz wdrożenia do praktycznej realizacji zasad i kryteriów dofinansowania zakupu przez laryngektomowanych, zestawu komputerowego wraz z podstawowymi programami do jego obsługi, traktując program, jako znaczący element likwidacji barier w komunikowaniu i technicznych. Aktualna interpretacja przepisów jakie w tym zakresie obowiązują, pozwala na indywidualne interpretacje przez poszczególnych pracowników PCPR i wywołują zupełnie niepotrzebne konflikty oraz dzielenie laryngektomowanych na tych, którym udzielono dofinansowania i tych, którym go odmówiono twierdząc, że takowe dofinansowanie nie przysługuje. Funkcjonujący w PFRON program Komputer dla HOMERA jest przykładem na to, że niepełnosprawność nie musi oznaczać trwałej izolacji, bezradności czy ubezwłasnowolnienia.

Laryngektomowani, mimo trwałego braku krtani i nieszczęść z nowotworową chorobą związanych, chcą przecież normalnie żyć oraz werbalnie się komunikować. Umożliwienie im więc wejścia do społeczeństwa informa-

cyjnego takie szansę przed nimi otwiera, dodatkowo stwarzając im możliwości rehabilitacji zawodowej w zakresie np. *Telepracy*. Dzisiejszy poziom zamożności zdecydowanej większości z nich to niestety najniższa półka w tej hierarchii, co oczywiście wyklucza możliwość zakupu powyższego sprzętu, stąd takowe dofinansowanie jest naszym zdaniem konieczne. Wózek inwalidzki pomaga niepełnosprawnym ruchowo w ich przemieszczaniu się, niech zatem i osoby bez krtani w Polsce mają swojego, stałego i niezależnego pomocnika w procesie komunikowania się oraz mają poprzez Internet szansę na informacje czy wiedzę z szerokiej i najaktualniejszej palety, jaką oferuje to medium. W maju br. wystąpiliśmy do Centrali TP S. A. z wnioskiem, dotyczącym przyznania ulg w miesięcznych abonamentach dla laryngektomowanych, przy dostępie do Neostrady. Oczywiście kserokopie tego pisma dołączyliśmy do całości dokumentacji przekazanej Dyrektorowi Mizerze, by wskazać jednoznacznie, że działania środowiska są spójne i prowadzone z określoną logiką. Przekonani o pozytywnej w tym zakresie decyzji, w połączeniu zadoświeczeniem przez PFRON naszej prośbie, zapobiegniemy wspólnie wykluczeniu społecznemu i dyskryminacji jakiejś części osób bez krtani w kraju, oraz przyczynimy się do aktywności członków stowarzyszeń, zrzeszonych w poszczególnych Oddziałach Rejonowych Polskiego Towarzystwa Laryngektomowanych.

C/ Konieczności wprowadzenia do załącznika wykazu sprzętu specjalistycznego i pomocniczego jaki można dofinansować ze środków PFRON na indywidualne wnioski laryngektomowanych, składane do PCPR lub MOPS, nawilżacza parowego powietrza lub przenośnego klimatyzatora.

Potrzebę taką wywołują warunki wilgotności powietrza, panujące w pomieszczeniach domowych w czasie zimowych okresów grzewczych, a ugruntowały ją dodatkowo, tegoroczne upały letnie. Przebywanie w takich warunkach osób bez krtani bez wspomaganie owym sprzętem jest prawdziwą gehenną, stąd liczne prośby środowiska o pomoc w tym zakresie.

D/ Omówiono możliwości środowiska w zakresie ubiegania się o środki finansowe PFRON, w ramach aktualnie realizowanych przez Fundusz programów np. PARTNER czy PEGAZ, ze szczególnym naciskiem na możliwości organizowania centralnych szkoleń w zakresie nauki i doskonalenia mowy zastępczej oraz wnioskowano, by specyfikę naszego ro-

dzaju niepełnosprawności, po scharakteryzowaniu jej i zapoznaniu z nią uczestników ze strony PFRON, uwzględniać w tworzonych w przyszłości nowych programach dla niepełnosprawnych.

Analogicznie jak w przypadku wizyty w Ministerstwie Zdrowia, również całość poruszanych kwestii wraz z załącznikami, przekazano w formie pisemnej za potwierdzeniem odbioru w kancelarii Prezesa Zarządu PFRON Pana Romana Sroczyńskiego, a w piśmie przewodnim poproszono go o zainteresowanie się problematyką oraz pomoc i wsparcie dla systematycznej i skutecznej jej realizacji w praktyce.

III. Nie udało nam się z przyczyn ograniczeń czasowych spotkać z przedstawicielami Narodowego Funduszu Zdrowia, lecz w formie pisemnej, za potwierdzeniami odbioru złożyliśmy w kancelariach Zastępcy Prezesa NFZ - Pana **Marka Lejk** oraz Dyrektora Departamentu - Pana **Arkadiusza Kosowskiego**, następujące propozycje środowiska osób bez krtani do szybkiego rozwiązania:

A/ Wydzielenie w ramach obecnej liczby miejsc kontraktowanych przez NFZ w sanatoriach nadmorskich (*np. Kołobrzeg - tutaj dodatkowym atutem jest niezły dojazd środkami komunikacji publicznej*), kosztem każdego z 16 Wojewódzkich Oddziałów NFZ, 80 miejsc (*czyli po 5 miejsc z każdego województwa*) w roku 2007 dla Polskich laryngektomowanych. Optowalibyśmy za jednym lub dwoma turnusami centralnymi we wskazanych przez NFZ sanatoriach z terminami ich trwania w czerwcu lub wrześniu każdego roku.

Gdyby okazało się, że możliwa jest jeszcze większa ilość takich miejsc, to także na nią już dzisiaj reflektujemy. Bardzo chcielibyśmy prosić, o stałą taką ofertę dla osób bez krtani w każdym następnym roku kalendarzowym, by chociaż tych, którzy bardzo mocno chcą uczyć się mowy przetykowej, tą formą rehabilitacji kompleksowej poprzez turnusy objąć.

Termin oraz lokalizacja turnusów, nie wynika z naszego cwaniactwa czy wyrachowania, lecz ze specyfiki choroby i niepełnosprawności. To przecież inny sposób oddychania, inny sposób funkcjonowania organizmu (*układ pokarmowy i układ oddechowy wspólne z torem mowy przetykowej*) oraz inne względy zdrowotne (*zagrożenia wynikające z jesienno-zimowych i zimowo-wiosennych przesileni*) sprawiają, że takie są wskazania lekarzy specjalistów w tym zakresie.

B/ Powiadomienie nas o wskazanych i wytypowanych przez Centralę NFZ Sanatoriach, do realizowania powyższych turnusów oraz kierownictw tych placówek. One to mając już doświadczenie, specjalistyczną kadre oraz niezbędny sprzęt do leczenia i rehabilitacji osób z chorobami płuc i układu oddechowego, współtworzyły by więc wraz z naszym Towarzystwem szczegóły realizacji specjalistycznego programu takiej rehabilitacji, wkomponowanej w harmonogram niezbędnych zabiegów sanatoryjnych. Ze swojej strony zobowiązujemy się do zabezpieczenia niezbędnej ilości logopedów, mających doświadczenie w nauce i doskonaleniu mowy zastępczej oraz psychologa, jeśli owe sanatoria takowego nie zatrudniają. Osoby te mogły by w czasie turnusów być zatrudnionymi na umowę - zlecenie bądź umowę o dzieło, by całorocznie nie obciążać budżetów tych placówek. Zajmiemy się także pełną rekrutacją uczestników takich turnusów, stąd dobrze było by nie limitować ściśle ilości miejsc na poszczególne województwa a zachować tylko limit ogólny. Da nam to możliwość maksymalnego wykorzystania wszystkich przydzielonych miejsc, nawet w przypadkach nagłych zdarzeń losowych, co w przypadku naszych chorób może zdarzyć się zawsze. Mamy w tym zakresie już pewne doświadczenia, gdyż organizowaliśmy takie turnusy - np. Opolski Oddział NFZ we współpracy z Opolskim Oddziałem Rejonowym PTL lub Lubuski Oddział Rejonowy PTL z dofinansowania środkami Unii Europejskiej za pośrednictwem Euroregionu *Sprewa - Nysa - Bóbr*, na wniosek autorski stowarzyszenia. Oczywiście po uzgodnieniu wszystkich powyższych kwestii organizacyjno-merytoryczno-programowych, natychmiast w formie pisemnej Pana Prezesa i Dyrektora o nich poinformujemy.

Z dotychczasowych naszych doświadczeń wynika jednoznacznie, że zbiorowy turnus dla osób bez krtani, oprócz wymiernych efektów w zakresie mowy zastępczej, wprowadza ścisłą integrację środowiska, kształtuje proces usamodzielniania się laryngektomowanych oraz daje im psychiczną pewność i równowagę, nie mówiąc już o poprawie stanu ich zdrowia. Każdy pojedynczy ich wyjazd do sanatoriów to strata czasu, pieniędzy uczestnika, ale i NFZ oraz bardzo mizerne, by nie powiedzieć żadne, efekty w nauce i doskonaleniu mowy zastępczej.

Z głęboką troską więc apelujemy o bardziej realne i celowe wykorzystanie środków finansowych, które i tak przecież Fundusz wydaje.

Reasumując, zapewniam w imieniu całej czwórki uczestniczącej w tych warszawskich rozmowach oraz Przewodniczącej ZG PTL, że każdą z odpowiedzi, prześlemy niezwłocznie drogą elektroniczną bądź pocztową na ręce Przewodniczących Oddziałów Rejonowych PTL oraz wszystkich, samodzielnie działających na rzecz osób bez krtani stowarzyszeń w Polsce, byśmy wszyscy jako środowisko, na bieżąco znali reakcję decydentów oraz nasze na ich decyzje stanowisko.

Z pozdrowieniami dla wszystkich, polskich laryngektomowanych, sympatyków i członków stowarzyszeń oraz ich rodzin, z jednoczesnymi życzeniami zdrowia w nadziei na szybkie, lepsze jutro.

Andrzej Trawiński



DRUKARNIA

PLAKATY
KATALOGI
KSIAZKI
ULOTKI
FOLDERY

zakład poligraficzny
Sindruk

www.sindruk.pl
Opole 45-565
ul. Obr. Stalingradu 66

e-mail: biuro@sindruk.pl
tel./fax. 077 442 07 94, 077 442 09 69

LARYNGEKTOMIA

WSKAZÓWKI DLA PACJENTÓW

Opracowała *mgr Anna Marcinkiewicz* - logopeda

Laryngektomia to zabieg częściowego lub całkowitego usunięcia krtani. Zabieg ten pozbawia chorego fałdów głosowych, najistotniejszej dla mowy części anatomicznej krtani, które umożliwiają przekształcenie strumienia wydychanego z płuc powietrza w falę dźwiękową. Zabieg ten nie pozbawia chorego możliwości komunikacji językowej, gdyż istnieją sposoby wykształcania głosu i mowy zastępczej.

Analizując sposoby komunikowania się laryngektomowanych można wyróżnić:

- osoby, które opanowały głos i mowę zastępczą;
- osoby, które opanowały te umiejętności w wyniku operacji plastycznych, takich jak tworzenie przetok głosowych;
- osoby, które porozumiewają się z otoczeniem za pomocą tzw. *szucznych krtani*;
- osoby, które nie opanowały dźwięcznej mowy zastępczej po sługują się pseudoszeptem ustno-gardłowym.

Leczenie chorych po całkowitym usunięciu krtani powinno mieć charakter kompleksowy. Poza leczeniem chirurgicznym niezbędna jest rehabilitacja logopedyczna i psycho-terapia.

Ćwiczenia przygotowujące do nauki mowy przełykowej powinno rozpocząć się jeszcze przed operacją ponieważ przygotowują one do późniejszej rehabilitacji.

Pacjent zaczyna od ćwiczeń oddechowych, które pomagają w wykształceniu prawidłowego toru oddechowego przeponowo-żebrowego. Należy dokonać wolnego wdechu przy lekko rozchylonych ustach z przemieszczeniem się mięśni brzucha, dolnego odcinka klatki piersiowej do przodu, a następnie wydech z wciągnięciem mięśni brzucha. Po tych ćwiczeniach można już przystępować do prób dźwięcznego odbicia tzw. *ructus*.

Po operacji pacjent nadal kontynuuje ćwiczenia oddechowe i zaczyna dźwięcznie odbijać. Pomocne mogą w tym być następujące metody:

Metoda Seemana - pacjent odchyła głowę ku tyłowi wciąga powietrze, po czym całym tułowiem szybko pochyla się do przodu, równocześnie uciskając rękami klatkę piersiową i wtedy powstaje głośne odbicie powietrza.

Metoda Sterna - dźwięczne odbicie uzyskuje się przez picie napojów gazowanych lub połykanie powietrza.

Oprócz ćwiczeń kształtujących prawidłowy tor oddechowy i przygotowujących do dźwięcznego odbicia laryngektomowany powinien wykonywać następujące ćwiczenia:

Ćwiczenia oddechowe:

Ćwiczenia oddechowe można wykonywać w różnych pozycjach: skłonach, siadach, leżąc na plecach, brzuchu, stojąc, w siedzeniu na krześle. Pomocne mogą być następujące przyrządy: woreczki, piłeczki różnej wielkości, laseczka, szarfy.

Ćwiczenia w pozycji leżącej na plecach:

- nogi proste w stawach ręce leżą na brzuchu, wdech ręce podnosimy do góry, wydech opuszczamy;
- na brzuchu ułożona poduszka lub woreczek z piaskiem, ręce wzdłuż tułowia, wdech podnosimy poduszkę do góry, wydech opuszczamy;

- wdech z odchyleniem głowy w tył, wydech dotknięcie brodą do klatki piersiowej;
- nogi ugięte w stawach kolano wych, stopy oparte o podłoże, ręce wzdłuż tułowia, wdech ze wzniesieniem ramion bokiem w górę, wydech opuszczeniem bokiem w dół;
- wdech skłon głowy w przód i zbliżenie ud do brzucha, powrót do pozycji wyjściowej;
- ręce w bok, wdech z uwypukleniem klatki piersiowej, wydech ze skrętem tułowia w lewo i przemieszczeniem ręki prawej przed sobą aż do dotknięcia prawą ręką lewej ręki, zmiana kierunku;
- ręce na karku, łokcie skierowane w przód, wdech kierowanie łokci w bok, wydech ze skłonem głowy do przodu i skierowanie łokci w przód.

Ćwiczenia w pozycji siedzącej:

- siad na taborecie, ręce wzdłuż tułowia, wdech unoszenie rąk przodem w górę, wydech powrót do pozycji wyjściowej;
- wdech ręce podnosimy przodem do góry, wydech opuszczenie rąk przodem w dół i skłonem tułowia w przód aż do dotknięcia palcami rąk podłoża;
- ręce na karku, wdech z niewielkim skłonem tułowia w tył, wydech ze

skłonem w przód i z równoczesnym skrętem aż do dotknięcia prawym łokciem lewego kolana, zmiana kierunku ruchu;

- ręce skrzyżowane na klatce piersiowej, wdech ze skrętem ramion na zewnątrz, wydech ze skrętem ramion do wewnątrz z jednoczesnym naciskiem dłoni na klatkę piersiową i niewielkim skłonem tułowia w przód;
- ręce złożone ze sobą za plecami, wdech uniesienie rąk, wydech ich opuszczenie;
- ręce na biodrach, wdech skłon tułowia w lewo, wydech, wyprost tułowia i zmiana kierunku ćwiczeń.

Ćwiczenia mięśni żuchwy:

Pozycja wyjściowa - siedzenie swobodnie, wygodnie na krześle, przed lustrem, ciało rozluźnione.

- uśmiech z zaciśniętymi wargami;
- uśmiech z odsłoniętymi zębami;
- ruch nadgryzania wargi dolnej i górnej;
- wciąganie warg do wewnątrz;
- szczyrzenie zębów;
- naśladowanie żucia gumy;
- wysuwanie i cofanie żuchwy;
- przesuwanie żuchwy w prawo i lewo;
- otwieranie szeroko ust jak do krzyżowania;
- zaciskanie zębów;
- chwyt nasadami dłoni za luźną,

dolną szczękę, bierne opuszczanie żuchwy, ruchem w dół;

- chwyt opuszkami dłoni za dolne zęby, łokieć luźno opuszczony w dół, stopniowe otwieranie jamy ustnej za pomocą ręki;

Ćwiczenia głowy i szyi:

Pozycja wyjściowa: siedzenie na krześle, siad klęczny na materacu, plecy proste.

- kiwanie głową wolno na boki;
- wydłużanie szyi w górę;
- skłony głowy w przód i w tył, broda dotyka klatki piersiowej;
- kiwanie głową: tak - nie - tak - nie;
- skrety głowa jak do rozglądania się;
- luźne krążenie głową;
- skłony głowy w przód z jednoczesnym skrętem w lewo i prawo;
- skręt głowy tak aby broda dotykała barku prawego i lewego;
- leżenie na plecach, pod głowę podkładamy zrolowany koc lub ręcznik, przyciąganie brody do klatki z jednoczesnym wciskaniem głowy w złożony ręcznik lub koc z tyłu. Wytrzymujemy 2-3 s.

Ćwiczenia obręczy barkowej i klatki piersiowej:

Pozycja wyjściowa: stojąca lub siedząca na krześle, ćwiczenia należy poprzedzić ćwiczeniami oddechowymi. Ręce na biodrach postawa wyprostowana:

- unoszenie i opuszczanie barków;
 - ruchy barków do przodu i do tyłu;
 - klaskanie dłońmi nad głową;
 - dłonie splecione na karku, kierowanie łokci w przód i w tył;
 - ręce zgięte w stawach łokciowych pod kątem prostym, przylegają do tułowia, dłonie skierowane grzbietem ku tyłowi. Kierowanie odwróconych dłoni, do środka i na zewnątrz. Przedramiona krzyżują się, raz jedna raz druga dłoń są na wierzchu;
 - dłonie na biodrach, kciuki skierowane do przodu, łokcie w tył z naciskaniem dłoni na biodra; stoimy, lub leżymy na plecach. Nogi ugięte w stawach kolanowych, ręce splecione ze sobą. Przenosimy za głowę;
 - siad rozkroczny na taborecie lub krześle. Przenosimy ramiona przodem w górę, dłonie kładziemy na karku, przybliżamy łopatki do siebie i uwypuklamy klatkę piersiową lekko odchylamy głowę do tyłu, opuszczamy ramiona bokiem w dół i rozluźniamy się;
 - unoszenie ramion bokiem w górę i powrót bokiem w dół;
 - unoszenie ramion z laseczka przodem w górę, laseczka za głową powrót przodem w dół;
 - unoszenie ramion bokiem w górę i podanie woreczka nad głową z ręki do ręki;
 - ręce splecione na karku, skręt tułowia, prawy łokieć dotyka lewego kolana, kolano podnosimy ku górze; kłęk prosty ramiona w bok, skręt tułowia ze skłonem w prawo, to samo w lewo;
 - unoszenie prawej ręki do lewego barku ze skrętem tułowia w bok, zmiana stron;
- Ćwiczenia mięśni karku:**
- siedzimy na krawędzi krzesła, bez podpierania się plecami, prawą ręką trzymamy siedzenie krzesła. Broda do krtani. Lewa ręka przełożona nad głowę za prawym uchem wykonuje bierny skłon głowy w lewo, utrzymując głowę blisko krtani. Wytrzymujemy 8-10 s, a potem druga strona;
 - lewa ręka przełożona za prawym uchem, wykonuje bierny skłon głowy maksymalnie w przód, plecy proste.
- Ćwiczenia mięśni brzucha:**
- leżenie na plecach, nogi ugięte w stawach kolanowych, stopy oparte o podłoże, ręce wzdłuż tułowia, wykonujemy „rowerek”;
 - unosimy biodra w górę, napinamy pośladki, a następnie powoli opuszczamy biodra;
 - przenoszenie nóg na prawa i lewą

- stronę, tak aby kolana dotykały materaca;
- unoszenie obu nóg jednocześnie w górę, kolana proste, powrót do pozycji wyjściowej;
 - przyciągamy do brzucha raz prawą, raz lewą nogę. Dłonią dociskamy kolano do klatki piersiowej, głowa odrywa się od podłoża;
 - unosimy obie nogi nisko nad podłogę, wykonujemy naprzemienne ruchy nożycowe;
 - przyciąganie do brzucha prawego łokcia do lewego kolana i zmiana;
- unosimy głowę i tułów jak najwyżej w stronę kolan;
- Bardzo ważną rolę w rehabilitacji odgrywa rodzina. Jej zadaniem jest wspieranie osoby po operacji a także pomoc przy wykonywaniu ćwiczeń.

Bibliografia:

- Jastrzębowska G., Pelec-Pękala O., *Mowa laryngektomowanych w: Logopedia Pytania i odpowiedzi*, Opole 2001.
- Sokal W., Bielec M., Trawiński A., *Zeszyt ćwiczeń logopedycznych rehabilitacyjnych*, Zielona Góra 2004.

WYDŁUŻONY WYDECH

PODSTAWĄ PŁYNNEJ MOWY ZASTĘPCZEJ U PACTENTOW LARYNGEKTOMOWANYCH

Aby osiąść umiejętność płynnej mowy zastępczej, niezbędne jest wyćwiczenie mięśnia przepony. Ponieważ umiejscowienie przepony jest prostopadłe do mięśni brzucha skośnych zewnętrznych, mięśnia poprzecznego brzucha, skośnego wewnętrznego brzucha a także mięśnia zębatego przedniego, które stanowią skośne łańcuchy mięśni brzucha, zaznacza się ogromny wpływ wyżej wymienionych mięśni i mięśnia prostego brzucha na ruchy samej przepony, oddychanie

żebrowe, tłocznię brzuszną i przeponę miednicy.

Dla uzyskania wzmocnienia tłoczni brzusznej niezbędna jest koncentryczna praca wszystkich mięśni, czyli obrazowo ujmując wszystkie mięśnie powinny pracować w kierunku pępka. Sterowanie pracą tyłu mięśni brzucha w tym samym czasie nie jest łatwe.

Poniżej przedstawiam kilka ćwiczeń, które powinny ułatwić zrozumienie tej idei a także wpłyną na efektywną pra-

cę mięśni brzucha oraz na swobodne sterowanie ruchami przepony, abyście mogli państwo swobodniej artykułować zdania.

Podstawowe ćwiczenia, które będą podstawą do ćwiczeń bardziej zaawansowanych, wykonujemy w pozycji leżenia tyłem, a liczba powtórzeń każdego z nich na początku wynosi 6-8 razy. Po wykonaniu każdego ruchu następuje powrót do pozycji wyjściowej i krótkie rozluźnienie. Początkowo czas trwania ćwiczeń wynosić powinien 10 minut rano, w południe i wieczorem. W późniejszym okresie wydłużamy go do 20-25 minut.

Zbyt intensywne, jednorazowe stosowanie ćwiczeń oddechowych może prowadzić do hiperwentylacji, której następstwem mogą być zaburzenia równowagi kwasowo zasadowej, omdlenia, bóle głowy.

Ćwiczenie 1.

POZYCJA WYJŚCIOWA: *leżenie tyłem, kkg (kończyny górne) wzdłuż tułowia, kkd (kończyny dolne) zgięte w stawach biodrowych, stopy spoczywają na podłożu.*

RUCH:

Wdech z jednoczesnym uniesieniem brzucha ku górze, plecy na całej długości przylegają do podłoża. Chwilowe zatrzymanie powietrza z jednoczesnym opuszczeniem pępka w kierunku ple-

ców - podłoża (odczuwamy wyraźne przyleganie odcinka lędźwiowego do podłoża).

Zaczynamy wykonywać powolny, mocny wydech, próbując zbliżyć łuki żebrowe w kierunku pępka.

UWAGA: *staramy się patrzeć w kierunku kolan, broda przygięta w kierunku klatki piersiowej. Dla ułatwienia można dłonie przyłożyć do boków żeber i przy wydechu pomóc żebrom zapracować do środka i do dołu.*

Ćwiczenie 2.

POZYCJA WYJŚCIOWA:
jak wyżej, ale kkd wyprostowane.

RUCH:

Rozpoczynamy jak w ćwiczeniu 1. Przy wydechu zbliżamy łuki żebrowe i kolce biodrowe przednie górne jednocześnie w kierunku pępka i podłoża (przy prawidłowo wykonanym ćwiczeniu odczuwamy przyleganie odcinka lędźwiowego do podłoża, oraz ruch miednicy w kierunku tyłopochylenia – podciągnięcie spojenia łonowego w kierunku pępka, lekkie ugięcie w kolanach.)

UWAGA: *Jak w ćwiczeniu 1.*

Ćwiczenie 3.

POZYCJA WYJŚCIOWA:
leżenie tyłem, kkd i kkg rozłożone po skosie (w kierunku rogów materaca)

RUCH:

Wdech, z uniesieniem brzucha do góry,

zatrzymanie powietrza, opuszczenie pępka w dół, energiczny wydech z jednoczesnym ściągnięciem prawej strony klatki piersiowej w kierunku przeciwległego kolca biodrowego, co zapoczątkuje ruch prawej kg (kończyna górna). Kończyna górna wyprostowana wykonuje ruch (w linii po skosie do osi ciała) do lewego kolca biodrowego, obracając się do wewnątrz tak, aby kciuk był prowadzący i dotknął lewego biodra.

Powrót kg do pozycji wyjściowej z jednoczesnym wdechem.

Wykonujemy 4 powtórzenia i ćwiczymy na drugą stronę, lewą kg.

Wykonujemy 2 serie po 4 razy.

UWAGA: wzrokiem śledzimy przebieg ruchu kg. Po dokładnym wyuczeniu ćwiczenia można obciążyć kg, trzymając ciężarek od 0,5 do 2 kg.

Ćwiczenie 4.

POZYCJA WYTŚCIOWA:

leżenie tyłem, kkg rozłożone po skosie jak w ćwiczeniu 3, kkd wyprostowane, złączone.

RUCH:

wdech, jak wyżej, pępek do podłoża, obie kkd uginamy w stawach kolanowych i obydwie złączone kierujemy, z jednoczesnym wydechem, w kierunku jednego ramienia. Pogłębiaamy wydech dociągając wyżej kolana.

Wykonujemy wdech, zatrzymujemy powietrze i powoli powracamy tym

samym torem ruchu z jednoczesnym wydechem.

UWAGA: wzrokiem śledzimy kolana. Dla utrudnienia kkd w pozycji wyjściowej układamy złączone, wyprostowane po skosie w stronę przeciwległą do kierunku ruchu.

Po odpoczynku przetaczamy się na bok, przechodzimy do pozycji „na czworaka”, z której wstajemy przez podparcie na jednej kd.

Ćwiczenie 5.

POZYCJA WYJŚCIOWA:

stoimy bokiem przed lustrem, wyprostowani.

OBSERWUJEMY RUCH:

Wdech - brzuch do przodu. Zatrzymujemy powietrze i kierujemy pępek do góry i do tyłu - na plecy. Wykonujemy długi wydech z jednoczesnym ściągnięciem żeber do środka i w dół.

Obserwujemy spłaszczenie brzucha i nie unosimy klatki piersiowej do góry.

Dla sprawdzenia siły pracy przepo-ny, staramy się powiedzieć słowo nie sylabizując go, podczas jednego wydechu, który wydłużamy wykonując koncentryczną pracę mięśni brzucha jak w ćwiczeniu 5.

Mgr reh. Ewa Murawska

KARTY INFORMACYJNE DLA PACJENTÓW PO OPERACJI CAŁKOWITEGO USUNIĘCIA KRTANI (LARYNGEKTOMII)

PAMIĘTAJ!

- Prowadź spokojny tryb życia, unikaj stresów, reaguj bez emocji na to, na co osobiście nie masz wpływu;
- Nie wyłączaj się z życia społecznego i rodzinnego, nie zrywaj znajomości z najbliższymi i przyjaciółmi - możesz na nich liczyć;
- Ciesz się i raduj tym co jest, umartwianie się będzie obniżać Twoją kondycję psychiczną; mimo „dołków” staraj się być wesołym (-a), pogodnym (-a), trwaj w dobrym humorze i dobrej wierze we wszystko co najlepsze;
- Staraj się bywać między ludźmi, nawiąż nowe kontakty i znajomości, zgłoś się do najbliższego Klubu Polskiego Towarzystwa Laryngektomowanych (PTL), gdzie otrzymasz wiele pomocy i wskazówek, dotyczących walki z chorobą i jej następstwami;
- Rozmawiaj z osobami po operacji całkowitego usunięcia krtani - pomogą Ci w trudnych chwilach;
- Rozmawiaj z dziećmi, zwłaszcza małymi; są szczerze, autentyczne, bez barier komunikacyjnych i bardzo chętnie pomagają w nawiązaniu kontaktów;
- Pogódź się z faktem, że jesteś inwalidą mowy; z tą chorobą można dobrze żyć i funkcjonować w społeczeństwie;
- Jeżeli to możliwe nie rezygnuj z pracy zawodowej lub - o ile nie ma przeszkód - postaraj się o spokojną pracę lub wymyślaj sobie zajęcia - będzie to z korzyścią dla Twojej rehabilitacji fizycznej i psychicznej;
- Nie poddawaj się nadopiekuńczym poczynaniom członków rodziny, staraj się dużo robić sam (-a);
- Zachowaj sprawność fizyczną (dużo spacerów, dużo ruchu, może być taniec), ale bez dużych wysiłków - nie dźwigaj;
- Naucz się wykonywać ćwiczenia, które polepszają wentylację płuc

- będzie to miało również korzystny wpływ na naukę mowy przełykowej;
- Unikaj pomieszczeń suchych i o wysokiej temperaturze, ogranicz przebywanie w pomieszczeniach zanieczyszczonych kurzem, pyłem lub innymi środkami drażniącymi drogi oddechowe;
- Utrzymuj odpowiednią wilgotność w mieszkaniu i Twoim otoczeniu - pomoże to uniknąć tworzenia się „korków” w rurce tracheostomijnej i tchawicy;
- Ogranicz przebywanie w towarzystwie zwierząt futerkowych - mogą być one przyczyną występowania uporczywego i męczącego kaszlu;
- Noś przy sobie kartę identyfikacyjną dotyczącą Twojej choroby, wydawaną przez PTL oraz informację o sposobie udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach - może ona uratować Ci życie;
- Naukę mowy przełykowej zacznij jak najwcześniej, ale nie śpiesz się jeśli są jakieś przeszkody;
- Dbaj o stan uzębienia, jest to bardzo istotne w wykształcaniu mowy przełykowej;
- Kontynuuj naukę mowy przełykowej u logopedy, nawet gdy sprawia Ci to trudności; nie poddawaj się zwątpieniu; uwierz, że możesz tego dokonać;
- Bierz czynny udział w turnusach rehabilitacyjnych organizowanych przez PTL;

ZASTOSUJ WSKAZÓWKI DIETETYCZNE!

- Jedz małymi porcjami lecz często (ok. 5-7 razy dziennie); małymi kęsami, zwłaszcza gdy masz problemy z połykaniem;
- Przyjmuj pokarmy i płyny o temperaturze pokojowej;
- Stosuj dietę wysokobiałkową (ryby, wędliny, mleko i jego przetwory), bogatą w witaminę A (marchew, szpinak, dynia, sałata, ryby, tran, żółte i zielone owoce, groszek zielony, fasola szparagowa, *jaja, wątroba*), witaminę C (*natka pietruszki, surowa papryka, różne odmiany kapusty, kalafior, kalarepa, owoce jagodowe, kiwi, czarna porzeczka, ziemniaki, różne soki owocowe i warzywne*), witaminę E (*kiełki pszenicy, kukurydza, olej sojowy, oliwa, słonecznik, orzechy włoskie i ziemne, wątroba*);
- Jedz co najmniej 5 porcji produktów zbożowych (*chleb pełnoziarnisty, płatki zbożowe, makarony, kasze*);

- Jedz 4 porcje warzyw i 3 porcje owoców, dla zaopatrzenia organizmu w witaminy i składniki mineralne;
- Wypij 2 szklanki mleka (*jedną można zastąpić białym serem*) - zapewni to odpowiednią dawkę wapnia, a także białka (*pozostałą część białka może dostarczyć np. jedna porcja ryby, drobiu lub innego mięsa*);
- Ograniczaj słodcyce, tłuszcze zwierzęce, a spożywaj oleje roślinne (*unikniesz zaparć i zgagi*);
- Pamiętaj, że ogromne znaczenie w profilaktyce przeciwnowotworowej ma błonnik, który zapewnia prawidłowe funkcjonowanie przewodu pokarmowego i zapobiega zaparciom; znajdziesz go w ciemnym pieczywie, owocach i warzywach;
- Podczas naświetlań spożywaj dużo soku z surowych czerwonych buraków oraz wywaru z siemienia lnianego - stosuj się do innych zaleceń radioterapeutów;
- Nie spożywaj czystego alkoholu - poraża mięśnie przełyku i możesz stracić głos przełykowy, często z dużym trudem wykształcony; piwo pij z umiarem;

ZASTOSUJ WSKAZÓWKI HIGIENICZNE!

- Wystrzegaj się przeziębienia, grypy, zapalenia oskrzeli i płuc;
- Pamiętaj o utrzymaniu ciepła wokół szyi (*zwłaszcza w chłodne dni*) oraz o zasłanianiu tracheostomy (*filtry i apaszkę z przewiewnego materiału*);
- Przy wzmożonym kaszlu stosuj syropy - wybór jest bardzo szeroki;
- W celu zachowania zdrowego zapachu i świeżości ciała używaj mydełek kosmetycznych lub sztyftów zapachowych (*samemu nie będziesz czuł (-a) swojego zapachu*);
- Nie używaj dezodorantów w aerozolu - jego drobinki mogą drażnić dolne drogi oddechowe, bowiem łatwo mogą przedostać się z wdychanym powietrzem poprzez rurkę tracheostomijną;
- Zachowaj ostrożność przy kąpieli w wannie lub pod natryskiem - bez specjalnych osłon nie stosuj kąpieli lub rób to pod nadzorem;
- Noś krótkie włosy - ułatwiają mycie i unikanie zaciekania wody do tracheostomy;
- Unikaj kąpieli w otwartych zbiornikach wodnych - może dojść do zalanania wodą tracheostomy i uduszenia się;

- Dbaj o czystość skóry wokół tracheostomy - przemywaj dwa razy dziennie gazikiem i ciepłą wodą;
- Stosuj na okolicę tracheostomy maści obojętne (np. wazelinę) lub te przepisane przez lekarza;
- Zmieniaj rurkę i opatrunek przynajmniej raz dziennie;
- Po zakończeniu naświetlań możesz zakrapiać witaminę A+D do tracheostomy - ułatwia odkrztuszanie zasychającej wydzieliny;
- Jeżeli jesteś mężczyzną to w trakcie naświetlań unikaj golenia się - może powodować dodatkowe podrażnienia i tak już oparzonej skóry;

PRZY CZYSZCZENIU RURKI TRACHEOSTOMIJNEJ POSTĘPUJ WG SCHEMATU

- Środek rurki wyjmuj i czyść na wet kilka razy dziennie (w razie potrzeby);
- Rurkę umyj pod bieżącą wodą przy użyciu szczoteczki do butelek (o odpowiednim rozmiarze);
- Rurkę metalową wyparz w osobnym i przeznaczonym do tego naczyniu;
- Rurkę z tworzywa wydezynfekuj poprzez zanurzenie w 70% czystym spirytusie w osobnym i przeznaczonym do tego naczyniu;

W PRZYPADKU DUSZNOŚCI POSTĘPUJ WG SCHEMATU

- Zachowaj spokój (w razie potrzeby zażyj łagodny środek uspokajający);
- Zapewnij dostęp świeżego powietrza;
- Przyjmij wygodną pozycję ciała - siedzącą lub półsiedzącą;
- Staraj się oddychać spokojnie;
- Udroźnij rurkę - jeżeli jest taka potrzeba - poprzez odessanie wydzieliny, wyjęcie i oczyszczenie rurki wewnętrznej;
- Zastosuj odsysanie wydzieliny z tracheostomy czy nawet tchawicy;
- W razie braku poprawy - zastosuj inhalację (np. Inhalolem, który orzeźwia drogi oddechowe) - kilka razy z małymi przerwami, po 10 minut (aż do skutku);
- W razie braku poprawy - wezwij pomoc lekarską;

Poradnik Rak krtani, autorstwa dr Sinkiewicz, przybliży ci postępowanie w przypadku wystąpienia choroby i po operacji całkowitego usunięcia krtani, a także pomoże rozwiązać niektóre problemy życiowe.



International Association of Laryngectomees (IAL), czyli Światowe Stowarzyszenie Laryngektomowanych jest dobrowolną organizacją zrzeszającą 250 Klubów członkowskich z całego świata. Siedzibą stowarzyszenia jest Stockton w USA.

Kluby te znane są pod nazwą *Nowy Głos (New Voice)*.

IAL został założony w 1952 roku przez przedstawicieli 13 indywidualnych klubów.

Celem organizacji jest formowanie nowych klubów oraz pomoc w ich wysiłkach w kierunku do ogólnej rehabilitacji laryngektomowanych.

Poza tym jej celem jest wspieranie i promowanie ogólnej rehabilitacji laryngektomowanych poprzez wymianę idei i przekazywanie informacji do członków i innych zainteresowanych oraz udoskonalanie programów dla laryngektomowanych.

IAL jest instytucją niedochodową mającą na celu pomoc w doborze i zakupie aparatów i środków pomocniczych, organizacji turnusów terapii mowy, rehabilitacji i profilaktyce.

Przedstawiciel IAL w Polsce, **Wojciech Musialik** tel. 880 558 555

Polscy Laryngektomowani serdecznie dziękują Światowemu Stowarzyszeniu Laryngektomowanych za umożliwienie korzystania z miernika bariery ciśnienia zwieracza ust przełyku.

Miernik bariery ciśnienia zwieracza ust przełyku

Przeznaczenie:

Aparat przeznaczony jest do pomiaru ciśnienia potrzebnego do pokonania bariery zwieracza ust przełyku.



Zakres poziomów:

0,7-5,3 kPa (5-40 mmHg)
5,3 - 10,7 kPa (40-80 mm Hg)
10,7 -12,1 kPa (80 - 90 mm Hg)

Zastosowanie:

Urządzenie pomocne jest lekarzom foniatom i logopedom w rehabilitacji głosu i mowy pacjentów po operacyjnym usunięciu krtani w celu ustalenia i przyjęcia najlepszej metody rehabilitacji oraz ustalenia jednego z trzech poziomów określonych przez Seemana lub Van Der Bergha zdolności nauki zastępczej mowy przełykowej.

Opis działania:

Aparat podaje 0,5 litra powietrza o ciśnieniu 90 mm Hg w czasie 1 s po przez przewód PE zakończony aplikatorem nosowym i dokonuje pomiaru i rejestracji graficznej i elektronicznej zmian ciśnienia w badanym układzie.

Poziom ciśnienia otwarcia zwieracza ust przełyku odczytuje się z wykresu oscylacji. Analiza historii comiesięcznych zapisów przyczynia się do wykrywania nawrotu procesu nowotworowego w okolicy ust przełyku.

Badanie jest bezpieczne i nieinwazyjne.

PORADY DANUSI

NÓZ DO TORTU

Łatwiej pokroisz tort, jeśli użyjesz ostrego, długiego noża, który będziesz maczać w naczyniu z gorącą wodą. Dzięki temu krem nie będzie oblepiał noża. Wygodniej będzie ci też ukroić zgrabne porcje.

SZKLANKA UŁATWIA KROJENIE

Aby pokroić tort, szklanką odwróconą do góry dnem lub ostrym nożem oznacz na wierzchu zarys kółka. Następnie oznaczone kółko wykrój nożem, (ale nie wyjmuj). Pozostałą część tortu z łatwością podzielisz na kawałki, a wykrojone kółko pozwole ci zachować dekorację.

PAPIEROWY RĘCZNIK POCHŁANIA TŁUSZCZ

Usmażone pączki wyjmuj z garnka na talerz wyłożony bibułą lub papierowym ręcznikiem, aby oszczędzić nadmiar tłuszczu. Dopiero potem przełóż je na półmisek i jeszcze gorące posyp cukrem pudrem wymieszanym z wanilią.

PROSTE OBIERANIE MIGDAŁÓW

Migdały do ciasta lub na masę marcepanową zalej wrzątkiem i pozostaw na 15-20 minut. Dzięki temu łatwo obierzesz je ze skórki.

JAK ROZPOZNAĆ ŚWIERZE JAJKA?

Łatwo rozpoznasz świeżość jajka, gdy rozbijesz je na talerzyku. Jajko świeże ma ściągnięte, sprężyste białko i lśniące, wypukłe żółtko. Jajko tygodniowe ma spłaszczone, mało sprężyste białko oraz zmatowione, miękkie żółtko, na którym pojawiają się plamki. W jajku 2-3 tygodniowym białko się rozlewa i traci spistość, a żółtko ma jednolitą barwę.

BIAŁY SER NA GORĄCO

Dobrze odciśnięty biały ser możesz podać na obiad lub na kolację. Pokrój go w cienkie plastry i obsmaż z obydwu stron na rozgrzany tłuszczu. Na koniec ser lekko oprósz solą i pieprzem. Podawaj na gorąco z pieczywem oraz bukietem surówek.

OLEJ DO SAŁATEK

Nie polewaj sałatek samym olejem, gdyż są one wówczas bardziej ciężkostrawne. Najpierw więc przygotuj sos z oleju, wody i przypraw. Składniki wlej do twista, zamknij go i kilkakrotnie potrząśnij. Otrzymasz dzięki temu zawieszinę drobnych kuleczek tłuszczu w wodzie. Tak przyrządzony sos sprawi, że soki trawienne łatwiej dotrą do składników sałatki.

OLEJ SŁONECZNIKOWY ZDROWSZY Z CZOSNKIEM

Do sosów przyrządzonych z tłoczonego na zimno oleju słonecznikowego dodawaj odrobinę czosnku. Znajdujący się w nim selen ułatwi przyswojenie witaminy E z oleju.

CZARNA PORZECZKA ŹRÓDŁEM WITAMINY C

Zamiast tykać wit. C, do każdego posiłku wypij pół szklanki soku z czarnej porzeczki. Czarna porzeczka jest bogatym źródłem wit. C. Zawiera jej 4 razy więcej niż np. cytryna. Dostarcza ponadto żelazu i magnezu.

CYNAMON WALCZY Z NIEPRZYJEMNYM ZAPACHEM

Przyprawy korzenne, takie jak cynamon lub goździki, gotowane na wolnym ogniu w wodzie z niewielkim dodatkiem cukru napełnią kuchnię silnym aromatem. Zneutralizuje on jednocześnie inne nieprzyjemne zapachy, np. po smażeniu ryb lub cebuli.

PRZYPALONY PIEKARNIK

Silnie zabrudzenia piekarnika usuniesz bez trudu stosując preparat uzyskany z łyżki parafiny i dwóch łyżek soli. Wyszoruj nim przypalone powierzchnie, a następnie splucz je gorącą wodą z dodatkiem sody.

SÓL ZAPOBIEGA PRZYPALANIU

Zapobiegiesz przykremu zapachowi spalenizny podczas pieczenia tłustych potraw, jeśli spodnią blachę piekarnika posypiesz solą. Dzięki temu spadający tłuszcz lub inne resztki jedzenia nie będą się przypalać.

PASTA DO ZĘBÓW ZAMIAST GWOŹDZIA

Lekkie obrazki oraz plakaty w pokoju dziecięcym możesz przykleić do pokrytej tapetą lub zmywalną farbą ściany za pomocą pasty do zębów. Unikniesz w ten sposób robienia dziur.

CUKIER USZTYWIA FIRANKI

Przy praniu firanek do ostatniego płukania dodaj łyżkę cukru. Dzięki temu będą one sztywniejsze. Jeśli kremowe firanki straciły swój odcień, zamocz je na chwilę w zimnej herbacie, a potem rozwiś bez wyżymania.

CHLEB CZYŚCI POPLAMIONE TAPETY

Plamy z tapet usuniesz, pocierając je kulkami z pszennego chleba. Zatluszczone miejsca na tapecie możesz też przykryć bibułą, a następnie przeprosować ciepłym żelazkiem. W ten sposób plama przejdzie na papier. Czynność powtarzaj tak długo, aż ściana będzie czysta.

SÓL POMAGA OSUSZYĆ ŚCIANY

Jeżeli na ścianie w twoim pokoju pojawiła się wilgoć, postaw w rogu pomieszczenia duża salaterkę lub wiaderko wypełnione kilogramem soli gruboziarnistej. Pochłonie ona nadmiar wilgoci z powietrza.

WAPNO POCHŁANIA WILGOĆ

Jeżeli, mimo wietrzenia i intensywnego ogrzewania, nie możesz osuszyć zawilgoconych powierzchni, wypróbuj inny sposób. Wstaw do pokoju kilka misek wypełnionych wapnem. Szybko wchłonie ono wilgoć.

OCET NA KASZEL

Jeżeli kaszlesz, co dzień rano i wieczorem płucz gardło miksturą przygotowaną z pół szklanki wody i 2 łyżeczek octu. Ma ona właściwości bakteriobójcze i przeciwzapalne.

NA PRZEPOCONE STOPY

Jeśli chcesz, żeby twoje stopy nie pociły się tak bardzo, przygotuj im kąpiel. Łyżkę mory wierzby zalej szklanką wrzątku i gotuj na małym ogniu 5 minut. Odstaw na 15 minut i przecedź. Wlej odwar do miski wypełnionej wodą o temp. 38-40stopni. Mocz stopy 15 minut.

NA USPOKOJENIE

Gdy jesteś zdenerwowany, pomoże ci odwar z łyżeczki kłącza kozła oraz takiej samej ilości ziela dziurawca i melisy. Ziola zalej ½ litra wody i gotuj pod przykryciem 7-10 minut. Pij szklankę odwaru 3 razy dziennie.

RELAKS PRZED SNEM

Jeśli nie możesz spać, wypróbuj prostą technikę relaksacyjną. Przekonasz się, że oczy szybko zaczną ci się kleić. Leżąc wygodnie w łóżku, licz w myśli od 100 do 0, a następnie od 0 do 100. Pomiędzy każdą kolejną liczbą rób głęboki wdech i wydech.

NA BÓL ZĘBA

Aby złagodzić ból zęba, warto uciskać palcem wskazującym punkt pomiędzy nosem a górną wargą, pośrodku twarzy. Ucisk powinien trwać 3-5 minut.

KOLOROTERAPIA

Gdy boli cię głowa i czujesz się zmęczony, patrz przez kilka minut na przedmiot w kolorze kanarkowo żółtym. To dodaje sił, usuwa senność i zmęczenie oraz poprawia formę. Możesz powtarzać terapię, gdy tylko znów poczujesz zmęczenie lub ból głowy.

NA ZAPARCIA

Gdy męczą cię zaparcia, wypij codziennie przed śniadaniem łyżkę stołową oliwy. To ułatwia wypróżnienia. Podobnie działa napar z siemienia lnu.

GDY POJAWIAJĄ SIĘ PIERWSZE ZMARSZCZKI

Jeśli zauważysz, że wokół twoich oczu i ust pojawiły się zmarszczki, unikaj pudrowania tych miejsc. Puder bowiem, zamiast tuszować te niedoskonałości - uwypukli je. Zrezygnuj też z podkładu wokół oczu. Pamiętaj, że im dojrzalsza kobieta, tym subtelniejszy powinien być jej makijaż. Zrezygnuj więc z ciemnych, jaskrawych oraz perłowych cieni do oczu. Wybieraj stonowane błękity, zielenie i szarości, pamiętając o rozjaśnieniu kącików oczu.

JABŁKO NA PIEKĄCE POWIEKI

Upiecz w piekarniku 1-2 całe jabłka, a następnie rozgnieć widelcem ich miąższ tak, aby powstała papka. Nakładaj ją na powieki na powieki na godzinę przed snem. Złagodzisz w ten sposób ból i nieprzyjemne pieczenie.

KOJĄCE KOMPRESY Z HERBATY

Środkiem łagodzącym zmęczenie i ból oczu są kłady z zimnej esencji herbacianej. Najlepsze rezultaty dają kompresy z earl grea. Herbata ta zawiera bowiem bergamotkę, która działa kojąco i ściągająco.

MASAŻ PRZYSPIESZA WZROST PAZNOKCI

Jeśli martwi cię, że twoje paznokcie rosną zbyt wolno, od czasu do czasu wypoleruj je miękką irchą lub specjalnym pilniczkiem do masażu. Pobudzisz w ten sposób krążenie krwi i przyspieszysz ich rośnięcie.

BANANY ZMIĘKCZAJĄ I WYGŁADZAJĄ

Aby zmiękczyć i wygładzić skórę rąk, przygotuj mieszanekę ze zmiksowanych bananów i margaryny z oleju słonecznikowego. Równie skuteczne jest połączenie mleczka kokosowego i gliceryny. Kremami takimi smaruj ręce po każdym myciu. Możesz także moczyć dłonie w wodzie, w której macerowały się bakłażany.

CEBULKA LILII NA ODCISKI

Jeśli dokuczają ci powstające na stopach odciski, a żadne dostępne w sklepach preparaty nie skutkuje, przygotuj maść z ogrodowej lalii. Rozgnieć świeżą cebulkę tego kwiatu i smaruj nią odciski rano oraz wieczorem.

GORCZYCA OGRZEJE STOPY

Jeżeli w mroźne, zimowe dni marzną ci stopy, nie musisz nosić podwójnych skarpetek. Wystarczy, że wsypiesz do nich odrobinę zmielonej gorczycy, a chłód ci nie dokuczy.

LAWENDA LIKWIDUJE OPUCHLIŻNĘ

Wysokie temperatury powietrza powodują często puchnięcie stóp. Jeśli i ty odczuwasz z tego powodu dyskomfort, po przyjeździe do domu przygotuj sobie kojącą kąpiel lawendową. Garść świeżych lub suszonych kwiatów wrzuć do litra gorącej wody. Gdy woda lekko przestygnie, zmoocz w niej stopy. Po W minutach powinnaś poczuć wyraźną ulgę.

DYNIA DO CERY TŁUSTEJ

Pół szklanki mięszu ze świeżej dyni rozgnieć widelcem lub zmiśnij na gładką masę. Dodaj ½ szklanki naturalnego jogurtu. Całość wymieszaj i odstaw na 2 godziny. Przygotowanym mleczeniem oczyszczaj twarz, wykonując przy tym koliste ruchy. Spłukuj letnią wodą.

ZIMNE MLEKO

NA ROZSZERZONE PORY

Jeśli Martwią cię rozszerzone pory na nosie, przetrzyj go wacikiem nasączonym zimnym mlekiem. Następnie użyj wacika zwilżonego mocną herbata. Czynność tę powtarzaj co wieczór, aż zauważysz efekt.

TONIK Z MELISY DO TŁUSTEJ CERY

Garść świeżych liści melisy pokrój i włoż do słoiczka. Wymieszaj po pół szklanki wody i czystej wódki. Zalej liście. Słoiczek zakręć i odstaw na 7-8 dni w ciemne miejsce (co jakiś czas wstrząśnij słoikiem). Po tygodniu przelej płyn przez papierowy filtr do kawy. Dodaj 2 łyżeczki soku z cytryny i wymieszaj. Tonik wklepuj co dwa dni w umytą skórę twarzy. Oczyszczisz w ten sposób skórę i wyregulujesz pracę gruczołów łojowych.

KOLOR RÓŻU

PRZY CERZE NACZYNIOWEJ

Jeżeli na twojej cerze pokazały się rozszerzone naczynka, nie możesz używać różu w odcieniu czerwonym lub różowym, ponieważ te barwy podkreślają defekt cery. Zatuszować go pomoże kosmetyk w odcieniach brązu.

PEELING Z MĄKI

Resztki zrogowiałego naskórka, martwe komórki oraz zanieczyszczenia doskonale usuwa mąka kukurydziana połączona z mlekiem. Zastosuj takie proporcje obydwu składników aby powstała gęsta papka.

CEBULA NA PRZEBARWIENIA

Skutecznym środkiem likwidującym wszelkie przebarwienia na twarzy jest płyn z cebuli. Do szklanki z wodą włoż obraną cebulę. Wierzch przykryj szczelnie celofanem lub folią aluminiową. Szklankę wstaw na godzinę do lodówki. Tak przygotowanym płynem regularnie przecieraj punktowo twarz.

CHLEB PRZECIW PODRAŻNIENIOM

Podrażnioną i zmienioną miejscami skórę na twarzy okładaj chlebem. Kromkę jasnego pieczywa owiń w gazę i zamocz w bardzo gorącej wodzie. Następnie przykładaj do zmienionego miejsca i trzymaj tak długo, aż okład całkowicie wystygnie.

WYWAR Z SAŁATY

ŁAGODZI TRĄDZIK

Główkę sałaty zalej 1,5 l wody mineralnej i gotuj przez godzinę. Następnie odcedź płyn i przelej go do butelki. Woda po gotowaniu sałaty to doskonałe lekarstwo na trądzik różowaty. Możesz ją wykorzystywać jako tonik lub spryskiwać nią twarz. Z liści sałaty możesz zaś przygotować maseczkę.

POPEKANE WARGI

Stońce i mróz wysuszają wargi i sprawiają, że ich skóra pęka. Zmiękczysz ją, posypując usta codziennie rano i wieczorem grubą warstwą cukru pudru. Inny sposób to wpasowywanie w wargi oliwy lub olejku rycynowego. Regularne natłuszczanie ust powinno ci wejść w nawyk. Im bowiem częściej smarujesz wargi, tym szybciej zregeneruje się delikatna błona śluzowa, która je pokrywa.

Opracowano na podstawie „Porady Babuni”

PODSTAWOWE ZAŁOŻENIA METODY SUZUKI

Podstawowym założeniem Metody Suzuki znanej też pod nazwą metoda języka ojczystego jest twierdzenie, że wszystkie dzieci są jednakowo zdolne, ale ich talent może rozkwitnąć tylko w sprzyjających warunkach.

Myśl ta powstała pod wpływem obserwacji, jak małe dzieci uczą się porozumiewać w ojczystym języku, oraz że proces ten nigdy nie kończy się porażką! Małe dzieci od urodzenia nieustannie osłuchują się z mową ojczystą, mają okazję doskonalić ją poprzez codzienne powtarzanie nowych dźwięków, sylab, wyrazów, wreszcie zdań, a towarzyszy im



nieustanny entuzjazm rodziców i pozostałej rodziny cieszącej się z każdego nowego słowa, dopingującej dziecko do dalszego wysiłku. Metoda Suzuki powstała w latach 30-tych w Japonii. Jej twórca, Shinichi Suzuki, japoński skrzypek i pedagog, autor *Nurtured by Love* - książki, w której wyłożył swą filozofię wychowania utalentowanego i wrażliwego dziecka, po raz pierwszy zastosował Metodę ucząc gry na skrzypcach 4-letniego chłopca. Wspaniałe rezultaty sprawiły, że Suzuki zmienił sposób nauczania w system, w którym przy pomocy troskliwej i motywującej Rodziny oraz pedagoga-nauczyciela dziecko może rozwijać swój talent muzyczny, ale także plastyczny, ruchowy, językowy, wzbogacać swoją osobowość i stać się wartościowym człowiekiem.

Po wojnie w 1945 roku w japońskim Matsumoto powstał Instytut Rozwoju Talentu, w którym wykorzystuje się Metodę Suzuki w nauce gry na instrumencie (oprócz skrzypiec obecnie dzieci uczą się grać na fortepianie, flecie, harfie, wiolonczeli, gitarze...). W latach 60-tych ten sposób nauczania odniósł sukces w Stanach Zjednoczonych Ameryki, a obecnie jest rozpowszechniony na całym świecie - w Europie, Australii, Ameryce Południowej, Afryce... Wiele razy testowano wpływ metody na rozwój dziecka. Jej ogromne zalety

ty to wpływ na rozwój umysłowy dzieci - świetna pamięć, spostrzegawczość, umiejętność szybkiej koncentracji; rozwój fizyczny - koordynacja ruchowa, oraz emocjonalny - otwartość, pewność siebie i duże poczucie własnej wartości.

Na proces uczenia gry na instrumencie **Metodą Suzuki** składają się:

- **wczesne nauczanie.** Metoda adresowana jest przede wszystkim do dzieci (*w Europie średnia wieku dziecka uczącego się Metodą Suzuki to 3-4 lata*) ponieważ to czas największej chłonności umysłowej człowieka, w tym czasie rodzi się talent oraz nasza osobowość. Nauczanie Metodą Suzuki dostosowane jest do indywidualnego tempa rozwoju i uczenia się każdego dziecka.
- **codzienne słuchanie muzyki.** Dzieci uczące się grać na skrzypcach Metodą Suzuki otrzymują kasetę z nagranyymi utworami, które powinny służyć codziennie na długo przed pierwszymi praktycznymi lekcjami, codzienne słuchanie kasy to sposób na bierne nauczanie się utworów - konieczne do dalszej nauki gry na skrzypcach, oraz wpływ na uwrażliwienie dziecka na barwę instrumentu. Od tego zależy szybki rozwój zdolności muzycznych. Jest to też ważne z tego względu, że nauczanie początkowo odbywa się bez pomocy nut - ważne jest nauczanie dziecka słuchania samego siebie, umiejętności wczucia się we własne ciało, poznanie energetyki muzyki jako sposobu porozumiewania się, a nie rozpoznawanie nut, które są tylko zapisem melodii.
- **lekcje indywidualne.** Ich długość dostosowana jest do możliwości fizycznych i psychicznych dziecka, jego wieku i umiejętności koncentracji. Lekcje odbywają się tylko 1 raz w tygodniu w zależności od wieku dziecka do 30 minut. Ponieważ uczenie się przebiega w domu ważną rolę pełni w nim nie tylko obecność Rodzica ale także praktyczne poznanie przez niego zasad gry na skrzypcach - czemu poświęcone są pierwsze spotkania. Jest to też sposób na zachęcenie Dziecka do świadomego wyboru tej formy zabawy - przygotowanie Go do codziennego ćwiczenia na skrzypcach ponieważ dzieci lubią naśladować dorosłych i spędzać czas, tak jak robią to rodzice. W czasie lekcji dziecko i rodzic poznają tajniki gry na instrumencie poprzez obserwacje nauczyciela oraz zabawę, proste ćwiczenia i granie piosenek. Na dobrze przeprowadzoną lekcję składają się:
 - Sprawdzenie stopnia opanowania piosenki/utworu

- Praca nad dopracowaniem aktualnie opracowywanego utworu
- Wprowadzenie nowych elementów (*praca nad kolejnym utworem*). Lekcja może inspirować Rodziców do wspólnego domowego ćwiczenia. Wskazane jest także uczestniczenie w lekcjach innych dzieci, gdzie poprzez obserwację można utrwalić sobie już znane umiejętności oraz nauczyć się nowych rzeczy.
- **współpraca z Rodzicami.** Polega nie tylko na wskazywaniu sposobów pracy z Dzieckiem w domu. Ważnym elementem współpracy z Rodzicami jest także wspólne motywowanie oraz okazywanie entuzjazmu z osiągnięć dziecka. Poprzez emocje, jakie sami okazujemy dzieciom kształtujemy ich zachowanie i charakter, wpływamy na ich zaufanie do siebie i chęć podejmowania nowych wyzwań. Dzieci lubią naśladować dorosłych, a dorośli odpowiednią motywacją, zachętą, pochwałą mogą zdopingować dziecko do ćwiczenia i do rozwijania swoich zdolności.
- **lekcje grupowe.** Nie są tylko wspólnym muzykowaniem i radością jaką daje wspólne wykonanie koncertu. Dla dziecka są okazją do obserwacji i porównania siebie z innymi dziećmi. To także okazja do społecznego rozwoju dziecka poprzez kontakt z rówieśnikami. Dzięki jednolitemu na całym świecie programowi nauczania wg Metody Suzuki, polskie dzieci mogą brać udział w warsztatach muzycznych organizowanych w Polsce i za granicą. Specjalne zabawy wspomagają rozwój jego koncentracji i refleksu, spostrzegawczości i koordynacji ruchowej.

Celem Suzuki nie było kształcenie zawodowych muzyków. Główny nacisk położony jest na wszechstronnym rozwoju dziecka oraz pomoc w rozwoju jego koncentracji, samoświadomości i samokontroli, umiejętność uczenia się oraz kształtowanie wysokiego poczucia własnej wartości. Jego zdolności dostosowawczych oraz otwartości na świat jeżeli dostarczymy mu odpowiednich bodźców do rozwoju oraz zachęcimy go do poznawania świata, ludzi i podtrzymamy w chwilach niepewności i zwątpienia. Te czynniki mają wpływ na rozkwit naszego talentu oraz naszej osobowości.

mgr Barbara Plaza
mgr Iwona Sobieraj - Markowska

PFRON

0 800 533 335

**Infolinia działa od 1 sierpnia 2006 roku
w ramach programu pn.
„Ośrodki Informacji dla Osób Niepełnosprawnych”**

**Infolinia funkcjonuje od poniedziałku do piątku
w godzinach 12.00 - 20.00.**

Pod bezpłatnym numerem telefonu **0 800 533 335**
wszyscy zainteresowani mogą uzyskać informacje przydatne osobom
niepełnosprawnym, m.in. na temat:
uprawnień osób niepełnosprawnych,
orzecznictwa rentowego i pozarentowego,
zagadnień związanych z zatrudnianiem osób niepełnosprawnych oraz
wskaże ścieżki załatwiania różnych spraw,
m.in. turnusów rehabilitacyjnych.

Pod numerem telefonu **0 800 533 335**
można również uzyskać dane teleadresowe oddziałów PFRON,
Powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie,
starostw i urzędów marszałkowskich,
powiatowych i wojewódzkich zespołów
do spraw orzekania o niepełnosprawności,
jednostek samorządowych stworzonych na potrzeby osób
niepełnosprawnych oraz zapoznać się z programami PFRON.

Informacje można również uzyskać pocztą elektroniczną pod adresem
pfron@tai.pl oraz chat na stronie **www.pfron.tai.pl**.
Ponadto, wszyscy zainteresowani będą mogli otrzymać
informacje zwrotne poprzez SMS.

Centrum informacyjne utworzone jest przez wyłonioną w przetargu
Telefoniczną Agencję Informacyjną i zlokalizowane w Poznaniu.
Przy obsłudze infolinii zatrudnione są wyłącznie osoby
niepełnosprawne.

Oddziały Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Na podstawie danych zaczerpniętych ze strony internetowej PFRON z dnia 28 września 2006

<i>Lp.</i>	<i>Miasto</i>	<i>Oddział</i>	<i>Kod</i>	<i>Ulica</i>	<i>Telefon</i>
1.	Białystok <i>bialystok@pfron.org.pl</i>	PODLASKI	15-435	ul. Fabryczna 2	(0-85) 65457 65, fax 675 01 07
2.	Gdańsk <i>gdansk@pfron.org.pl</i>	POMORSKI	80-309	ul. Bażyńskiego 32	(0-58) 5548516, fax 552 28 06
3.	Katowice <i>katowice@pfron.org.pl</i>	ŚLĄSKI	40-950	Pl. Grunwaldzki 8/10/8	(0-32) 7869602 do 04 fax 786 96 02
4.	Kielce <i>kielce@pfron.org.pl</i>	ŚWIĘTOKRZY- SKI	25-955	Al. IX Wieków Kielc 3	(0-47) 3421969 fax 3421968
5.	Kraków <i>krakow@pfron.org.pl</i>	MAŁOPOLSKI	31-420	ul. 29 Listopada 130	(0-12) 415 8635, 41591 19, fax 415 86 85
6.	Lublin <i>lublin@pfron.org.pl</i>	LUBELSKI	20-060	ul. Tetmajera21	(0-81) 7441647, 743 88 79, 7441647, fax 743 88 79
7.	Łódź <i>lodz@pfron.org.pl</i>	ŁÓDZKI	90-353	ul. Kilińskiego 169	(0-42) 67245 32, 67245 31 fax 67458 22
8.	Olsztyn <i>olsztyn@pfron.org.pl</i>	WARMIŃSKO - MAZURSKI	10-959	ul. Kopernika 46a	(0-89) 5349151, fax 527 76 39
9.	Opole <i>opole@pfron.org.pl</i>	OPOLSKI	45-011	ul. Koraszewskiego 8-16	(0-77) 456 7254, fax 453 95 91
10.	Poznań <i>poznan@pfron.org.pl</i>	WIELKOPOLSKI	60-573	ul. Lindego 4	(0-61) 843 5516 do18,843 0431 fax 8476439
11.	Rzeszów <i>rzeszow@pfron.org.pl</i>	PODKARPACKI	35-310	ul. Rejtana 10	(0-17) 852 8911, fax 853 2612
12.	Szczecin <i>szczecin@pfron.org.pl</i>	ZACHODNIO - POMORSKI	70-110	ul. Powstańców Wilkp. 33	(0-91) 482 09 20, fax 482 7936
13.	Toruń <i>torun@pfron.org.pl</i>	KUJAWSKO - POMORSKI	87-100	ul. Szosa Chelmińska 28	(0-56) 6546692, fax 655 6002 w.31
14.	Warszawa <i>warszawa@pfron.org.pl</i>	MAZOWIECKI	00-362	ul. Grójecka 19/25	(0-22) 822 32 75, 822 32 78, fax 822 32 77
15.	Wrocław <i>wroclaw@pfron.org.pl</i>	DOLNOŚLĄSKI	50-053	ul. Szewska 6/7	(0-71) 346 7440, fax 3421260
16.	Zielona Góra <i>zielonagora@pfron.org.pl</i>	LUBUSKI	65-775	ul. Dąbrowskiego 25A	(0-68) 320 55 80, 32433 38, fax 32433 36

NFZ Oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia na podstawie danych adresowych zaczerpniętych ze strony internetowej NFZ.

**DOLNOŚLĄSKI ODDZIAŁ
WOJEWÓDZKI NFZ**

50-525 Wrocław,
ul. Joannitów 6,
tel. (71) **797 9100**
faks (71) 797 93 25 www.nfz-wroclaw.pl

**LUBELSKI ODDZIAŁ
WOJEWÓDZKI NFZ**

20-124 Lublin,
ul. Szkolna 16
tel. (81) **53105 00,-01,-02**
faks (81) 531 05 28
www.nfz-lublin.pl

**LUBUSKI ODDZIAŁ
WOJEWÓDZKI NFZ**

65-057 Zielona Góra,
ul. Podgórna 9b
tel. (68) **328 76 00**
faks (68) 328 76 57
www.nfz-zielonagora.pl

**ŁÓDZKI ODDZIAŁ
WOJEWÓDZKI NFZ**

90-032 Łódź,
ul. Kopcińskiego 58
tel. (42) **94-88, 275 40 30**
www.nfz-lodz.pl

**KUJAWSKO-POMORSKI ODDZIAŁ
WOJEWÓDZKI NFZ**

85-071 Bydgoszcz,
al. Mickiewicza 15,
tel. (52) **325 27 00**
faks (52) 325 27 09
www.nfz-bydgoszcz.pl

DELEGATURA W TORUNIU

87-100 Toruń, ul.
Grudziądzka 46/48
tel. (56) **658 26 00**
faks (56) 658 26 21

DELEGATURA WE WŁOCŁAWKU

87-800 Włocławek,
ul. Wieniecka42
tel. (54) **41122 03,**
faks (54) 411 22 07

**MAŁOPOLSKI ODDZIAŁ
WOJEWÓDZKI NFZ**

31-053 Kraków,
ul. Ciemna 6,
Centrala na ul. Ciemnej 6
tel. (12) **298 8100**
ul. Batorego 24
tel. (12) **298 83 00**
ul. Racławicka
tel. (12) **298 84 00**
faks (12) **430 64 40**
www.nfz-krakow.pl
e mail: nfz@bci.krakow.pl

**MAZOWIECKI ODDZIAŁ
WOJEWÓDZKI NFZ**

00-613 Warszawa, ul.
Chałubińskiego 8
tel. (22) **582 84 40 do 43**
www.nfz-warszawa.pl

**OPOLSKI ODDZIAŁ
WOJEWÓDZKI NFZ**

45-315 Opole,
ul. Głogowska 37
tel. (77) **402 01 00,402 01 02**
www.nfz-opole.pl

**PODKARPACKI ODDZIAŁ
WOJEWÓDZKI NFZ**

35-032 Rzeszów, ul. Zamkowa 8
tel. (17) **860 4100**
faks (17) 860 42 28
www.nfz-rzeszow.pl

**PODLASKI ODDZIAŁ
WOJEWÓDZKI NFZ**

15-042 Białystok,
ul. Pałacowa 3
tel. (85) **745 95 00**
faks (85) 745 95 39
www.nfz-bialystok.pl

**POMORSKI ODDZIAŁ
WOJEWÓDZKI NFZ**

80-844 Gdańsk,
ul. Podwale Staromiejskie 69
tel. (58) 321 86 98, 321 86 35
faks (58) 321 85 15
www.nfz-gdansk.pl

**ŚLĄSKI ODDZIAŁ
WOJEWÓDZKI NFZ**

40-844 Katowice,
ul. Kossutha 13
tel. (32) **735 17 00**
www.nfz-katowice.pl

**ŚWIĘTOKRZYSKI ODDZIAŁ
WOJEWÓDZKI NFZ**

25-025 Kielce,

ul. Jana Pawła II 9
tel. (41) **343 03 24,343 0614**
faks (41) 343 04 90,362 90 72
www.nfz-kielce.pl

**WARMIŃSKO-MAZURSKI
ODDZIAŁ WOJEWÓDZKI NFZ**

10-561 Olsztyn, ul.
Żołnierska 16
tel. (89) **532 7414**
faks (89) 533 91 74
www.nfz-olsztyn.pl

**WIELKOPOLSKI ODDZIAŁ
WOJEWÓDZKI NFZ**

61-823 Poznań,
ul. Piekary 14/15
tel./faks (61) **850 60 00**
(61) 850 6102
adres do korespondencji:
60-309 Poznań,
ul. Grunwaldzka 158
www.nfz-poznan.pl

**ZACHODNIOPOMORSKI ODDZIAŁ
WOJEWÓDZKI NFZ**

71-470 Szczecin,
ul. Arkońska 45
tel. (91) **425 10 00**
faks (91) 425 11 88
www.nfz-szczecin.pl

DELEGATURA

75-820 Koszalin,
ul. Konstytucji 3 Maja 7
(pomieszczenia na parterze)
tel. (94)**346 52 27,**
346 52 28,346 36 60
faks (94) 341 54 22
e-mail: *koszalin@nfz-szczecin.pl*



**Zespół Ośrodków
Rehabilitacji Leczniczej
Suchy Bór k/Opola**

REHABILITACJA
DZIECI I MŁODZIEŻY:

- narządy ruchu
- Suchy Bór
- górne drogi oddechowe
- Jarnołtówek
(Góry Opawskie)

ZIELONE SZKOŁY,
KOLONIE, FERIE

umowa z NFZ



www.ordim.wbd.pl

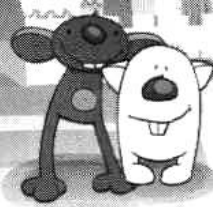
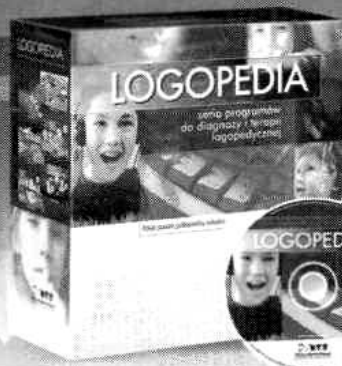
ul. A. Pawlety, 46-053 Chrzastowice, tel./fax 077 427 07 75

Wykreślanka

W	R	I	B	C	P	S	Z	B	H	F	G	W	R	Y	G	F	O	S	F	G	H	T	R	R
C	H	A	R	D	E	K	T	O	M	I	A	I	K	C	L	A	S	Y	N	G	O	L	O	G
P	J	K	A	J	Y	U	I	O	L	R	K	J	J	V	N	D	F	N	X	P	I	S	R	
U	G	J	D	A	R	G	Y	O	K	F	D	I	H	G	N	V	A	H	J	P	R	U	T	F
D	R	G	I	C	F	U	J	E	F	G	Ł	U	F	S	K	X	H	O	U	I	O	J	O	H
S	F	T	O	H	P	O	K	S	O	B	O	R	T	S	A	J	N	P	N	M	T	G	M	K
Y	U	Y	T	O	K	E	Z	N	O	H	L	T	S	Y	W	L	O	G	O	P	E	D	A	O
G	T	U	E	L	J	H	G	F	D	A	R	T	A	I	N	O	F	B	W	K	S	E	J	I
C	R	T	R	A	C	H	E	O	S	T	O	M	I	A	M	G	O	G	O	J	K	T	N	Y
D	E	M	A	T	F	S	T	H	B	N	I	R	F	K	O	J	G	I	T	D	A	K	M	F
T	D	K	P	R	Z	E	Ł	Y	K	X	U	F	H	B	U	K	N	K	W	C	L	O	L	Q
Y	F	L	I	T	I	O	J	E	D	V	T	G	T	S	Y	I	Y	M	Ó	V	K	P	O	A
J	H	G	A	P	A	S	Z	K	A	B	F	V	R	E	A	K	R	U	R	N	F	J	I	D
M	D	R	U	J	H	F	A	S	B	T	C	H	A	W	I	C	A	J	K	J	Y	Y	E	G
N	K	R	T	A	N	R	Y	G	O	L	O	G	N	Y	R	A	L	O	T	O	J	R	D	K

Znajdź 18 haseł związanych z laryngektomią, odczytywanych pionowo lub poziomo.

Na odpowiedzi czekamy 15 listopada. Spośród nadesłanych odpowiedzi rozlosujemy 3 nagrody książkowe.



Nowoczesna terapia logopedyczna

Terapia logopedyczna bywa często procesem długim i żmudnym, podczas którego mały pacjent nierzadko się zniechęca. Logopedzi starają się więc uatrakcyjnić te często męczące dla dziecka ćwiczenia, wykorzystując podczas zajęć różnego rodzaju pomoce. Komputer jako narzędzie pracy logopedy znacznie zwiększa efektywność terapii. Dziecko, mając kontakt z komputerem, pracuje znacznie chętniej, gdyż kojarzy terapię głównie z zabawą.

Young Digital Planet SA jest światowej klasy producentem multimedialnego oprogramowania edukacyjnego oraz pionierem w dziedzinie oprogramowania komputerowego dla logopedów. Jest twórcą pierwszych — i jednocześnie najpopularniejszych w Polsce — komputerowych programów wspierających terapię logopedyczną.

Nowa seria multimedialnych programów logopedycznych LOGOPEDIA firmy Young Digital Planet SA to profesjonalne narzędzie do diagnozy i terapii logopedycznej. Zawiera materiał do terapii głosek trzech szeregów, głoski r, różnicowania szeregów oraz słuchu fonemowego. W skład serii wchodzi również Echokorektor, Mówiące obrazy, LOGO-Gry oraz specjalny program zarządzający pracą logopedy — tzw. Aplikacja logopedy.

Program zarządzający – Aplikacja logopedy

Aplikacja logopedy pozwala na rejestrację pacjentów, zapisywanie wyników diagnozy logopedycznej oraz śledzenie postępów w terapii logopedycznej. Logopeda ma możliwość zapisywania w niej dźwięków nagranych zarówno podczas diagnozy logopedycznej, jak i późniejszych zajęć terapeutycznych. Część aplikacji przeznaczona do diagnozy logopedycznej zawiera ankietę, w której logopeda zapisuje wyniki badań budowy i sprawności narządów mowy. Wyniki tej ankiety można wydrukować. Logopeda może również zbadać mowę opowieściową dzieci, korzystając z załączonych obrazków sytuacyjnych, jak również zdiagnozować stopień opanowania przez małych pacjentów umiejętności czytania i pisanie. Znajdują się tu również gotowe do wydruku szablony skierowań do różnych specjalistów, wzór opinii logopedycznej, diagnozy logopedycznej i zaleceń do pracy w domu. Aplikacja logopedy umożliwia tworzenie niezwykle przydatnej w pracy logopedy pełnej dokumentacji diagnostyczno-terapeutycznej.

Programy do diagnozy i terapii logopedycznej

• Szeregi: ciszący, syczący i szumiący

Moduły poszczególnych szeregów zawierają materiał ćwiczeniowy przeznaczony do każdego etapu terapii danej głoski. Każda część ćwiczenia zawiera ponadto wiele ilustracji i animacji, układanek, puzzli oraz gier wspomagających terapię. Na każdym etapie terapii istnieje również możliwość nagrania głosu pacjenta (po uprzednim wysłuchaniu mowy wzorcowej).

Niezwykle istotną cechą programów logopedycznych jest zachowanie tzw. czystości fonetycznej materiału wyrazowego. Wyrazy do terapii zostały dobrane w taki sposób, aby nie zawierały głosek konkurencyjnych (np. z różnych szeregów) i żeby w początkowej fazie terapii nie pojawiły się zbitki spółgłoskowe. Wyrazy ćwiczeniowe nie zawierają również wygłosowej pozycji głosek dźwięcznych. Ta cecha programów zasadniczo odróżnia je od większości pomocy logopedycznych dostępnych na rynku.

• Różnicowanie szeregów

Program służy do diagnozy i terapii różnicowania głosek trzech szeregów. Jest to najtrudniejszy etap w terapii głosek dentalizowanych. Najefektywniej przebiega on podczas zabawy. Podobnie jak w przypadku trzech opisanych wcześniej programów każda część ćwiczeniowa zawiera wiele ilustracji i animacji, kolorowanek, puzzli oraz gier wspomagających terapię.

• Głoska r

Głoska r to program do terapii terania, czyli wady wymowy polegającej na nieprawidłowej realizacji głoski r. Jest to materiał ćwiczeniowy przeznaczony do każdego etapu terapii rotacyzmu.

• Sfonem

Sfonem to program służący do diagnozy i terapii słuchu fonemowego u dzieci. Przeprowadzany za pomocą programu test sprawdza, czy badana osoba słyszy różnice pomiędzy określonymi opozycjami fonemowymi (np. kosa : kosa, zebra : żebra). Program służy także kształceniu słuchu fonemowego, a zatem ćwiczeniu sprawności słyszenia.

• Echokorektor

Program przeznaczony do terapii osób jękających się. Oparty został na metodzie Echo, której istotą jest mówienie w sposób zsynchronizowany z własnym echem opóźnionym o określony interwał czasowy. Echokorektor korzysta z cyfrowego dźwięku, który zapisywany jest w pamięci komputera.

Programy do terapii logopedycznej

• LOGO-Gry

LOGO-Gry to zestaw gier wspomagających terapię logopedyczną dzieci z zaburzeniami mowy spowodowanymi uszkodzeniem słuchu lub innego rodzaju zaburzeniem. Atrakcyjna forma graficzna i ciekawa fabuła gier pozwalają znacznie uprzyjemnić terapię. Istotną cechą LOGO-Gier jest możliwość „ujęcia” swego głosu na ekranie monitora. Oglądanie „obrazu” własnej wypowiedzi pozwala dziecku z wadą słuchu lub mowy porównać go ze wzorcem wypowiedzi prawidłowej, a następnie dążyć do zbliżenia zapisu graficznego własnej wypowiedzi do tegoż wzorca.

LOGO-Gry zachęcają dziecko do wydawania dźwięków i pobudzają je do mówienia, służą ćwiczeniom modulacji głośności mowy, wydłużaniu fazy wydechowej oraz odróżnianiu mowy dźwięcznej od bezdźwięcznej. Pomagają także w treningu modulacji wysokości głosu, rytmiki mowy i intonacji wypowiedzi oraz przydatne są w terapii sygnalizatorów.

W skład oprogramowania LOGO-Gier wchodzi 10 gier (dostępnych w większości w trzech wersjach).

• Mówiące obrazki

Program służący głównie do terapii dzieci niedosłyszących. Połączenie idei kolorowych plansz, animacji i naturalnych odgłosów otaczającego nas świata tworzy uniwersalne narzędzie wspomagające terapię logopedyczną, zwłaszcza dzieci z uszkodzonym narządem słuchu. Dzięki programowi dzieci uczą się rozróżniania dźwięków. Do każdej ilustracji przypisany jest naturalny dźwięk. W ten sposób dziecko jednocześnie słyszy dźwięk i widzi źródło jego pochodzenia lub sytuację, w której on powstaje. Program ułatwia również opanowanie różnych pojęć językowych, m.in. stosunków przestrzennych, antonimów, nazw kolorów, nazw instrumentów muzycznych, pojazdów, zwierząt, zjawisk przyrody.



Young Digital Planet
WYDAWNICTWA INTERAKTYWNE



Zamów wersję demonstracyjną programów: www.logopedia.ydp.com.pl

Young Digital Planet SA, ul. Słowackiego 175, 80-298 Gdańsk, tel. 058 768 22 22, fax 058 768 22 11, www.ydp.com.pl



Te wydawnictwa możecie Państwo nabyć kontaktując się z wydawcą lor_zgora@op.pl



Lubuski Oddział Polskiego
Towarzystwa
Laryngektomowanych

uruchomił

Internetowy Portal Równych
Szans

- Portal Bez Barier

www.rowni

który systematycznie rozwija, udoskonala.

Zachęcamy do jego redagowania wszystkich chętnych, poważnie i odpowiedzialnie chcących go z nami współtworzyć z pożytkiem dla wszystkich.

W naszym Biuletynie zamieszczamy wzór naklejki na szybę i wzór karty laryngektomowanego. Autorem karty i naklejki na szybę jest Lubuski Oddział Rejonowy Polskiego Towarzystwa Laryngektomowanych.

Możecie Państwo, po wycięciu i wypełnieniu karty i naklejki, zalaminować je.

Oba te dokumenty mogą Państwu uratować życie.

PAMIĘTAJ!!!!!!

**LARYNGEKTOMOWANY
ODDYCHA STOMA
(przez otwór w szyi).
A NIE USTAMI!!!!!!**

**URATOWAĆ MU ŻYCIE
MOŻESZ METODĄ
USTA - STOMA
A NIE
USTA - USTA.**

Przewodniczący LOR PTL
Andrzej Trawiński



W RAZIE WYPADKU

Jestem osobą bez krtani.
Oddycham przez sztuczny otwór w szyi,
 a nie przez nos ani usta.



W przypadku zaburzenia mojego oddechu ratuj mnie w następujący sposób:

1. Wyciągnij plastikowy wężyk z paska tej karty
2. Odśłoń otwór w mojej szyi
3. Oczyszczyć otwór
4. Wprowadź ustami lub przez plastikowy wężyk powietrze w ten otwór
5. Odchyl moją głowę do tyłu

Pomóż mi szybko!
Możesz uratować moje życie!

Europejska Konfederacja Laryngektomowanych

.....

.....

Proszę powiadomić o wypadku:

.....

.....

.....

Adres:

Peszel

Grupa krwi:

TWÓJ NOWY GŁOS

teraz możesz mówić!

elektroniczne urządzenia zastępujące mowę u osób po resekcji krtani.



SERVOX® digital

Najwyższej jakości, niezawodny, niemiecki aparat Servox digital posiada unikalną funkcję płynnej regulacji wysokości tonu głosu oraz intonacji.

Wyposażenie:

aparat, pokrowiec, ładowarka, 2 akumulatory NiMH 7,2 V 280 mAh

Charakterystyka:

wymiary: długość 117 mm, średnica 35 mm

masa: 110 g (bez akumulatora - 60 g)

zasilanie: 7,2 - akumulator NiMH (280 mAh)

Tytanowa obudowa, nie korodująca pod wpływem potu dłoni.

Obsługa:

Dzięki zastosowaniu przycisków umożliwiających ustawienie dwóch różnych tonów głosu oraz szerokiemu zakresowi ich regulacji użytkownik ma możliwość dostosowania aparatu do swoich potrzeb. Regulacja siły głosu możliwa jest dzięki impulsowemu przyciskowi. Aparat posiada ładowarkę umożliwiającą jednoczesne ładowanie akumulatora zapasowego oraz znajdującego się w aparacie (bez konieczności wyjmowania). Ładowarka sama kontroluje stan akumulatorów i wyłącza się po zakończeniu ładowania.



AMPLICORD 55X

Włoski aparat Amplicord 55X jest prosty i niedrogi. Jednak z powodzeniem zastępuje głos u osób po resekcji krtani. Łatwy w obsłudze, lekki, bezpieczny o wytrzymałej obudowie z PVC.

Wyposażenie:

aparat, pokrowiec, ładowarka, 2 akumulatory 9V Ni-Cd

Charakterystyka:

wymiary: długość 122 mm, średnica 31,6 mm

masa: 80 g (bez akumulatora)

zasilanie: 9V - akumulator Ni-Cd (110mAh), lub bateria typu 6F22.

Naładowany akumulator wystarcza na ok. 20 godzin mówienia.

Akumulator należy ładować w firmowej ładowarce przez 12 godzin.

Obsługa:

Aparat posiada płynną regulację tonu oraz siły głosu za pomocą dwóch potencjometrów wyskalowanych w zakresach od 1 do 4. Po ustawieniu żądanego tonu oraz głośności, urządzenie uruchamia się jednym przyciskiem. Ładowarka umożliwia naładowanie akumulatora w ciągu 12 godzin (należy pamiętać o wyjęciu naładowanego akumulatora z ładowarki).

majeR

WYŁĄCZNY IMPORTER

majer.com.pl

ul. Czarnieckiego 53 01-541 Warszawa tel. (22) 869 93 60 fax. (22) 839 90 21 reh@majer.com.pl

Wszechpiane protezy

głosowe

Wymieniane

przez

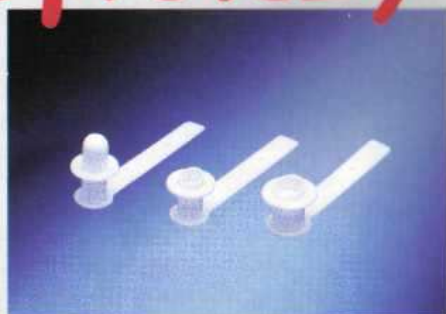
pacjenta

oraz

inny

sprzęt dla

laryngektomowanych



rurki tracheostomijne, elektroniczne protezy krtani, szczoteczki itp.

CYBERBIOMED-POLSKA SP. Z O.O.

42-625 Ożarówice ul.Przysieki 4

Tel. 0512 397 688 www.cyberbiomed.com

CYBERBIOMED-POLSKA sp. z o.o.

42-625 Ożarówice ul.Przysieki 4
Tel. 0512 397 688 www.cyberbiomed.com

Przedmiotem naszej działalności jest produkcja, dystrybucja oraz serwis sprzętu medycznego.

Posiadamy szeroką gamę najwyższej jakości amerykańskich produktów dla osób

laryngektomowanych. Proponujemy 6 modeli protez wszczepianych (w tym jedną z wkładką antygrzybiczą). Przełomem są protezy samodzielnie wymieniane przez pacjenta bez konieczności chirurgicznej interwencji lekarza. Dodatkową zaletą jest ich niska cena, pozwalająca na częste wymiany i utrzymanie dużej czystości protezki. Nasi lekarze zostali przeszkoleni w USA i posiadają niezbędną wiedzę do operacyjnej rehabilitacji głosu (wszczepiania protezek), również po wcześniejszej operacji usunięcia krtani.

Oferujemy trzy modele krtani elektronicznych
O różnym stopniu zaawansowania technologicznego.

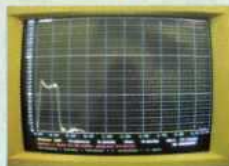


Ponadto w naszej ofercie:
Wzmacniacze mowy, filtry osobiste, osłony pod prysznic, apaszki, biżuteria dla kobiet, alarmy, rurki tracheostomijne i inny sprzęt medyczny.



Realizujemy zlecenia Narodowego Funduszu
Zdrowia na środki pomocnicze i sprzęt medyczny.

Nowością w naszej ofercie jest komputerowy aparat do pomiaru ciśnienia rozwarcia zwieracza ust przełyku, oparty o metodę Seemana i Van Den Bergha. Jest on pomocny w diagnostyce nawrotów choroby nowotworowej oraz rehabilitacji mowy.



Prowadzimy rehabilitację głosu metodą mowy przełykowej oraz protezami krtani. Rehabilitację prowadzą wykwalifikowani logopedzi Posiadających certyfikaty FEL IAL

Nasza działalność dydaktyczna obejmuje również szkolenia lekarzy, logopedów oraz personelu naukowego w Polsce i USA. Szkolenia prowadzone są przez wybitnych specjalistów wybranego kierunku.

Częścią naszej działalności są prace naukowo-badawcze. Prowadzimy badania naukowe rozwijające technologie medyczne i biomedyczne. Produjemy seryjne oraz jednostkowe aparaty medyczne dla jednostek naukowych, badawczych, szpitali, lekarzy wraz z opracowaniem technologii medycznych i certyfikacją. W trosce o naszych klientów stale udoskonalamy swoje produkty, a nasi pracownicy podnoszą swoje kwalifikacje poza granicami kraju.

Zapraszamy do korzystania z naszych usług.
Dziękujemy za zaufanie i dotychczasową współpracę.

Opole 2006