



biuletyn

POLSKIE
TOWARZYSTWO
STWARDNIENIA
ROZSIANEGO

Oddział Łódzki

ISSN 1731-8629



nr **1** / 2022

płyńmy pod prąd

**Wigilia
2021**

grudzień 2021

str. 10-13

**Wybory
do Rady Głównej
PTSR**

styczeń 2022

str. 20-23



**PRZEKAŻ
1%
POLSKIE TOWARZYSTWO
STWARDNIENIA ROZSIANEGO
ODDZIAŁ W ŁÓDZI
KRS 0000049771**

str. 31

Redakcja nie zwraca tekstów nie zamówionych
oraz zastrzega sobie prawo do ich redagowania i skracania

Wydawca: Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego
Oddział w Łodzi. 90-349 Łódź, ul. ks. bpa W. Tymienieckiego 18
tel./fax: 42 649 18 03, email: lodz@ptsr.org.pl

Zespół redakcyjny:
Jolanta Kurylak-Osińska – redaktor prowadzący
Monika Koza – kierownik wydania
Krzysztof Gara – opracowanie graficzne

Wydrukowano ze środków:



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

WSTĘP

Rok 2021 skończył się i mimo pandemii realizowaliśmy projekty na taką skalę, na jaką pozwoliły wprowadzone sankcje przez Rząd. Jednym z takich zadań było zorganizowanie przez PTSR Oddział Łódź (po przerwie wymuszonej pandemią) dla naszych członków wspólnej Wigilii „OPŁATEK 2021”.

Jest to bardzo ważny dzień dla nas wszystkich, gdyż towarzyszy mu niepowtarzalna i wyjątkowa atmosfera. Jest to również okazja do wspólnego spotkania i wspólnego kolędowania, co daje bardzo dużo radości zwłaszcza samotnym osobom, dla których często jest to jedyna wigilia. Relacja z tego wydarzenia, jak i tradycje i przesady dotyczące tego dnia, opisane są w tym numerze „Płynimy pod prąd”.

Ważnym wydarzeniem dla PTSR były wybory do Rady Głównej, zarówno nowych członków do Rady, jak i Komisji Rewizyjnej.

Dla nas ważną informacją po tych wyborach jest wybranie p. Krystyny Podlasek na członka Rady Głównej. Bardzo serdeczne gratulacje i wielu sukcesów w kolejnym wyzwaniu, którego „nasza” Krystyna się podjęła.

Zawarte informacje w tym numerze będą istotne dla nas wszystkich, ponieważ są związane z chorobą jaką jest SM i osobami niepełnosprawnymi. Pierwszą z nich jest informacja o znaczeniu witaminy D3 dla organizmu i obalenie mitów z nią związanych (art. dr n med. Małgorzaty Siger). Kolejny, to dalszy ciąg „Interwencji kryzysowej” (art. fizjoterapeutki Katarzyny Mochna).

Przypomnienie, czym zajmuje się Asystent osoby niepełnosprawnej i możliwość uzyskania takiej pomocy w Łódzkim Oddziale PTSR dla osób ze stwardnieniem rozsianym. Również od 2022 roku przepisy „Polskiego Ładu” rozszerzyły katalog stosowania ulgi rehabilitacyjnej. Warto się z nimi zapoznać.

Witamina D u chorych na stwardnienie rozsiane: fakty i mity

Stwardnienie rozsiane (SR) jest chorobą o nieznanym etiologii. Wśród czynników mogących wpływać na wystąpienie choroby bierze się pod uwagę predyspozycje genetyczne, przebiecie zakażenia wirusem Epstain-Barr, a także wiele czynników związanych ze stylem życia, takich jak palenie papierosów czy nadwaga. Od wielu lat dyskutowane jest także znaczenie niedoboru witaminy D3, zarówno jako czynnik sprzyjający wystąpieniu choroby, jak i wpływający na jej przebieg. Witamina D odgrywa znaczącą rolę w procesach związanych z odpornością. Jej niedobór, zwłaszcza w okresie rozwoju organizmu może sprzyjać wystąpieniu chorób, w których naturalna odporność jest zaburzona, w tym SR.

Witamina D jest substancją rozpuszczalną w tłuszczach biorącą udział w utrzymaniu prawidłowej gospodarki wapnia w organizmie, a tym samym w prawidłowym funkcjonowaniu układu kostno-stawowego. Głównym źródłem witaminy D jest odpowiednia dieta, jej suplementacja, ale przede wszystkim nasza skóra. Ponad 80% witaminy D3 wykorzystywanej następnie w procesach odpornościowych oraz gospodarce wapniowo-fosforanowej jest pozyskiwanych ze skóry pod wpływem światła słonecznego.

Witamina D jest obecna w skórze w formie prowitaminy (pro-D3, 7-dehydrocholesterol), a pod wpływem światła słonecznego jest przekształcana do innej formy (pre-D3) po czym w wątrobie, a następnie w nerkach dochodzi do jej dalszej przemiany do aktywnej formy witaminy D3. Powszechnie znane jest zjawisko sezonowych zmian poziomu witaminy D w organizmie; spadku w okresie jesienno-zimowym i wyższego poziomu w okresie letnim. Od wielu lat zauważalna jest tendencja do znacznie obniżonej produkcji witaminy D3 przez nasze organizmy przy jednoczesnym wzroście zapotrzebowania na tą witaminę. Jest to w znacznym stopniu wynikiem zmiany stylu życia, przebywania dłuższego czasu w ciągu doby w pomieszczeniach zamkniętych, bez dostępu do światła słonecznego. Dodatkowo, badania epidemiologiczne wykazały, że częstość występowania SR jest większa w obszarach o mniejszym nasłonecznieniu niż w rejonach z dużą liczbą dni słonecznych.

Drugim ważnym źródłem witaminy D3 jest pożywienie. Produkty bogate w witaminę D3 to przede wszystkim tłuste ryby takie jak łosoś, makrela, a także tran, jaja.

Rola witaminy D3 w przebiegu SR została oceniana zarówno pod kontem jej wpływu na przebieg kliniczny choroby, tj. wystąpienia nowych rzutów, postępu niepełnosprawności, a także wystąpienia nowych zmian w badaniu rezonansu magnetycznego. Wyniki opublikowanych badań nie są jednoznaczne. Istnieją doniesienia, które wskazują, że zarówno niskie (1000 jednostek), jak i wysokie (6000 jednostek) dawki podawane w postaci tabletek raz dziennie nie mają wpływu na występowanie ani rzutów choroby, ani nowych zmian w badaniu rezonansu magnetycznego. Natomiast wyniki innych badań wskazują, że suplementacja witaminą D3 znacznie zmniejsza ryzyko wystąpienia SM, a w trakcie trwania choroby redukuje prawdopodobieństwo wystąpienia nowych rzutów choroby i postępu niepełnosprawności. Dotyczy to zarówno pacjentów, u których do tej pory wystąpił tylko jeden epizod neurologiczny, jak i u chorych z już rozpoznanym SR. Niski poziom witaminy D3 zwiększał także ryzyko stopniowego postępu choroby, bez wyraźnych rzutów, tzn. przejścia w postać wtórnie postępującą. Jakkolwiek, wyniki badań dotyczące wpływu podawania witaminy D3 jako jedynej formy leczenia zarówno na wystąpienie SR, jak i na jego przebieg nie są jednoznaczne, to istnieje wiele danych wskazujących na prawdopodobny korzystny efekt jej działania jako terapia dodana do leczenia immunomodulującego interferonami czy octanem glatirameru.

Jako terapia uzupełniająca do leczenia interferonem beta 1b prawdopodobnie miała wpływ na hamowanie wystąpienia nowych zmian w badaniu rezonansu magnetycznego. U pacjentów z niskimi wartościami witaminy D3 w surowicy, którzy nie uzupełniali jej niedoborów w postaci suplementów mimo leczenia interferonem beta 1b występowały nowe zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego w przeciwieństwie do pacjentów z prawidłowym poziomem, którzy w większości dodatkowo przyjmowali witaminę D3. Podobną zależność stwierdzono pomiędzy niskim poziomem witaminy D3 a mniejszą objętością mózgu zwłaszcza w okresie zimowym, co związane

było prawdopodobnie z ograniczoną ekspozycją na światło słoneczne i brakiem odpowiedniej suplementacji.

Na uwagę zasługują różne dawki witaminy D3 stosowane w ocenie jej wpływu na obraz kliniczny i zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego; od niskich (1000 jednostek podawany w postaci tabletek raz dziennie) do bardzo wysokich (100 000 jednostek podawane dwa razy w miesiącu).

Bardzo ważne wydają się także doniesienia wskazujące na fakt korzystnego działania witaminy D3 u chorych na SR na zaburzenia poznawcze, koncentrację i uwagę. Pacjenci, którzy przyjmowali witaminę D3 w postaci suplementów rzadziej podawali zaburzenia koncentracji, obniżenie nastroju i objawy depresji niż osoby bez suplementacji.

Dyskusyjny jest prawidłowy poziom witaminy D3. Większość badaczy uważa, że prawidłowy poziom witaminy (mierzonej jako hydroksywitamina) powinien wynosić powyżej 30 ng/ml, a poziom poniżej 25 ng/ml uważany jest jako jej niedobór. Minimalne dawki witaminy D3, które powinny być suplementowane wynoszą w naszej szerokości geograficznej minimum 800 jednostek na dobę.

Dobierając odpowiednie dawki witaminy D3, jako formę suplementacji, należy wziąć pod uwagę fakt niższego jej stężenia w surowicy krwi u chorych na SR w porównaniu z osobami nie chorującymi na SR. Niedobór witaminy D3 dotyczy przede wszystkim pacjentów w nadwrażliwością na ciepło, którzy w trosce o dobre samopoczucie unikają ekspozycji na słońce.

Istotnym wydają się być także fakt, że przyswajalność suplementowanej witaminy D3 u chorych na SR jest prawdopodobnie bardziej ograniczona niż u ludzi zdrowych czego konsekwencją jest konieczność suplementacji większych jej dawek. Warto także zwrócić uwagę, że według zaleceń dietetyków u chorych na SR suplementacja witaminą D3 powinna trwać cały rok a nie tylko w okresie jesienno-zimowym.

Mimo niewątpliwych korzyści związanych z dodatkową suplementacją witaminą D3 należy także pamiętać, że nie jest ona pozbawiona objawów ubocznych. Zbyt wysokie dawki witaminy D3 mogą powodować nadmiar wapnia w organizmie a w konsekwencji doprowadzać do występowania kamicy nerkowej.

Wnioski z przeprowadzonych do tej pory badań i obserwacji klinicznych wskazują, że jakkolwiek leczenie jedynie witaminą D3 zarówno w niskich jak i wysokich dawkach nie hamuje postępu stwardnienia rozsianego to jednak dodatkowa suplementacja witaminą D3 może zmniejszać ryzyko wystąpienia rzutów choroby, postępu niepełnosprawności jak i nowych zmian w badaniu rezonansu magnetycznego.

*Piśmiennictwo u autorki
Dr n med. Małgorzata Siger*

Wigilijne tradycje i przesady

Kolacja wigilijna to wyjątkowa wieczerza, którą tradycyjnie rozpoczyna się wraz z blaskiem pierwszej gwiazdki na niebie. Na jej niepowtarzalny klimat wpływają takie elementy, jak: dzielenie się opłatkiem, sianko pod obrusem, choinka, śpiewanie kolęd i obdarowywanie się prezentami. Tak się utarło, że Wigilię urządzą nawet ludzie nie związani bezpośrednio z Kościołem katolickim. Zwyczaj przygotowywania wigilijnej wieczerzy zapisano w XVIII w., choć prawdopodobnie był on znany już wcześniej. Nadal w dzień Wigilii przestrzegany jest post jakościowy (powstrzymywanie się od potraw mięsnych aż do północy) i ilościowy (do ukazania się pierwszej gwiazdy). Pod obrusem kładzie się kłosa siana (symbolika stajenki betlejemskiej).

Przy stole pozostawiamy zawsze wolne miejsce dla ewentualnego gościa lub symbolicznie dla Chrystusa. O ile zaginał przesąd, by przy stole nie zasiadała nieparzysta liczba gości (znaczyłoby to, że za rok ktoś z uczestników nie doczeka kolejnej wieczerzy), to przetrwały różne tradycje co do ilości i zawartości potraw wigilijnych, których powinno być dwanaście. Najczęściej podaje się barszcz, zupę grzybową lub rybną, potem grzyby z postną kapustą, ryby smażone, faszerowane i w galarecie, gotowane lub pieczone, pierogi z grzybami, kluski z makiem, kompot z suszonych owoców, a także kutię. Wigilia dla wielu jest najważniejszym dniem świąt Bożego Narodzenia. A praktycznie rzecz biorąc, do dni świątecznych nie należy. Jednak to właśnie w wigilijny wieczór katolicy zasiadają do najważniejszej kolacji w całym roku.

Właśnie z tym dniem związanych jest również najwięcej przesądów i wierzeń ludowych, mających swoje korzenie w początkach chrześcijaństwa.

1. Wolne miejsce przy stole
2. Uchylone drzwi dla... ducha
3. Jaka Wigilia, taki cały rok
4. Dla szczęścia i dostatku
5. Magia opłatka
6. 12 potraw wigilijnych

Wolne miejsce przy stole

Jeszcze w XIX wieku powszechne było przekonanie o tym, że **podczas Wigilii ujrzyć można bliską osobę**, która zmarła w ostatnim roku. Aby się o tym przekonać, przez dziurkę od klucza zerkano na rodzinę siedzącą przy wigilijnym stole. Obecnie puste miejsce przy stole oznacza, że tego dnia nikt nie powinien być sam. Dodatkowe nakrycie stołu pokazuje, że każdy **wędrowiec jest w naszym domu mile widziany**. Święta Bożego Narodzenia to czas miłości i przebaczenia, dlatego nawet niezaproszony wcześniej gość (lub członek rodziny, z którym domownicy są skłóceni), może usiąść przy wigilijnym stole.

Uchylone drzwi dla... ducha

O tym, że właśnie w wigilijną noc dusze zmarłych wracają na ziemię, wierzono w starosłowiańskich czasach. Zostawiano im resztki jedzenia na stole, okruszy opłatka. A przed rozpoczęciem wieczerzy często przywoływano zwierzęta, gdyż wierzono, że mogą wchodzić w nie dusze zmarłych. Także z powodu obecności duchów zmarłych, tego dnia nie wolno było splotać, wylewać brudnej wody i pomyć czy też prząść na kołowrotku.

Jaka Wigilia, taki cały rok

W całej Polsce wierzono, że przebieg dnia wigilijnego jest zapowiedzią całego nadchodzącego roku. W niektórych regionach, by zahartować dzieci, zmuszano je, by 24 grudnia o świcie, w samych koszulkach i boso, trzykrotnie obiegiły dom. Dla zachowania urody natomiast na dnie mis do mycia kładziono srebrne pieniądze.

Dla szczęścia i dostatku

Kiedyś wierzono, że jeśli w wigilijny poranek pierwszym gościem w domu będzie chłopiec, przyniesie to szczęśliwy rok. Znany jest także zwyczaj umieszczania grosika w jednym uszku w barszczu. Trzeba było także bardzo uważać, aby nie zranić się, nie poobijać i nie zachorować. Odbierano to jako zapowiedź kłopotów ze zdrowiem.

Co jeszcze miało zapewnić dostatek w nadchodzącym roku? Tradycja, aby koniecznie spróbować każdej z dwunastu wigilijnych potraw – po to, aby nie zabrakło jej w następnym roku. Niektórzy pozostawiali – i wiele osób robi tak nadal – w portfelu łuski karpia, by zapewnić sobie szczęście i dostatek.

Magia opłatka

Jego nazwa pochodzi od łacińskiego *oblatum*, co oznacza to, co ofiarowane. W znanej obecnie formie opłatki zostały wprowadzone w X wieku, w miejsce poświęconego chleba.

Opłatkom również przypisywano wiele właściwości magicznych i leczniczych. Okrusz opłatka wrzucony do studni miał oczyszczać wodę, zapewniać zdrowie ludziom i zwierzętom. Wierzono, że każdy, kto w Wigilię podzieli się opłatkiem, przez cały rok nie zazna głodu i będzie mógł dzielić się chlebem i inną strawą z ubogimi.

12 potraw wigilijnych: symbolika i lista tradycyjnych potraw na Wigilię

Wiele potraw ma także swoją symbolikę. Podczas kolacji wigilijnej zamiast mięsa podaje się ryby, które symbolizują Jezusa i odradzanie się do życia. Również kompot z suszu pojawia się wśród potraw wigilijnych nie bez powodu: gruszki miały zapewniać długowieczność, jabłka dawać miłość i zdrowie, a suszone śliwki odpędzały złe moce. Według wierzeń ludowych mak przynosił bogactwo, dlatego tak ważnymi potrawami na wigilijnym stole są kutia, kluski z makiem czy makowiec. Piernik symbolizował dobrobyt i kojarzył się z wyższym statusem społecznym. Z kolei chleb jest symbolem nowego życia oraz dobrobytu. Jego spożycie podczas wigilijnej kolacji ma zapewnić pomyślność w nadchodzącym roku.

Nasza wspólna Wigilia 2021 r.

Święta Bożego Narodzenia są najpiękniejszymi świętami, na które czekają nie tylko dzieci, ale i dorośli. Są to święta najbliższe i najdroższe naszym sercom, gdyż towarzyszy im niepowtarzalna i wyjątkowa atmosfera. Jest to również okazja do wspólnego spotkania i wspólnego kolędowania przez całą społeczność naszego Stowarzyszenia.

Z powodu pandemii COVID-u która teraz cały czas panuje od od 2 lat mogliśmy spotkać się po raz pierwszy razem przy wspólnym stole wigilijnym jak to zawsze kiedyś bywało. Były też problemy ze znalezieniem miejsca, ale udało się!

Udostępniono nam salę w kaplicy przy kościele Św. Anny. Pięknie udekorowane stoły i nastrój jaki dodatkowo tworzyła kaplica spowodował, że nasze spotkanie odbyło się w radosnym tonie. Tylko brakowało nam naszego wspólnego uścisku. Trudno, może to kiedyś wróci. Najważniejsze, że mogliśmy wspólnie przy opłatku się spotkać i pokolędować.



Nasze spotkanie rozpoczęła wspólna modlitwa, jaką poprowadził ksiądz proboszcz i zakonnik franciszkanin. Miłe słowa, jakie usłyszeliśmy spowodowały ciepło w naszych sercach i radość.





Podzieliliśmy się symbolicznie opłatkiem i ogólnym wspólnym życzeniem dla wszystkich **DUŻO ZDROWIA**, bo to jest jedyne najważniejsze życzenie dla wszystkich.

Życzenia też złożyły nam przedstawicielki zarządu PTSR: Krystyna Podlasek, Małgorzata Peczyńska i Małgorzata Stańczyk.

Jedzenie, które przygotował nam catering smakowało wyśmienicie. Zupa grzybowa, ryba, pierogi, kapusta z grochem, ciasta i inne smakowitości znikwały w szybkim tempie. Uczestnicy spotkania wigilijnego otrzymali paczki świąteczne z artykułami żywnościowymi oraz kalendarze. Paczki zostały zakupione ze środków Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Łodzi oraz środków własnych stowarzyszenia.



Mamy wszyscy nadzieję, że uda nam się wspólnie ponownie spotkać i nie czekać tak długo jak do tej pory.

WSZYSTKIM ŻYCZYMY DUŻO ZDROWIA i SZCZĘŚLIWEGO NOWEGO ROKU 2022

Dziękujemy pracownikom za zorganizowanie naszej wspólnej Wigilii.

Leszek z Iwoną

STWARDNIENIE ROZSIANE – ROZMOWY NAJTRUDNIEJSZE. INTERWENCJA KRZYZYSOWA c.d.

Trzecim, jednocześnie najtrudniejszym, ale i najważniejszym krokiem interwencji kryzysowej, jest ocena sytuacji. Istotne jest ustalenie, z czym nie radzi sobie pacjent, dlaczego teraz nastąpił kryzys i który problem należy rozwiązać jako pierwszy, a także orientacja, co przeszkadza rozwiązać problem i jak można choremu teraz pomóc.

Ocena sytuacji wymaga dokładności i szybkości, omijając analizę całego życia jednostki, a koncentrując się jedynie na kryzysie i 48 godz. wstecz. Określenie przyczyn kryzysu ułatwi zadawanie krótkich, bezpośrednich, pojedynczych pytań. Do oceny sytuacji pacjenta i ustalenia stopnia nasilenia jego kryzysu służą celowo skonstruowane do tego narzędzia: „Skala śmiertelności Amerykańskiej Akademii Interwentów Kryzysowych”, „Skala wskaźników zmian życiowych” oraz „Formularz oceny selekcyjnej”. Narzędzia te pozwalają ocenić stopień aktualnych zaburzeń funkcjonowania zarówno emocjonalnego, poznawczego, jak i behawioralnego pacjenta. W trakcie zarówno oceny, jak i całej interwencji kryzysowej istotną rolę odgrywa analiza mowy niewerbalnej pacjenta (oddech, mimika twarzy, postawa, gestykulacja, ruch, kontakt wzrokowy i ruchy gałek ocznych, tiki, ubiór itp.) oraz przestrzeganie zasad dobrej komunikacji opartych na zapamiętaniu podstawowych umiejętności efektywnego porozumiewania się z pacjentami poprzez rozwinięcie słowa CARE – Comfort (komfort), Acceptance (akceptacja), Responsiveness (reagowanie) oraz Emphaty (empatia). Udzielanie wsparcia wymaga aktywnego słuchania i empatii, czyli wczucia się w stan emocjonalny drugiej osoby.

Kolejnym ważnym etapem oceny jest ustalenie, czy stan chorego jest ostry, czy przewlekły oraz określenie zasobu jego sił emocjonalnych (tylko pewien jego poziom warunkuje przezwyciężenie kryzysu). Jeśli jest to pojedynczy epizod kryzysowy, wystarczy udzielić wsparcia i pacjent wróci sam do równowagi. Jeśli okaże się, że to stan przewlekły, najczęściej pacjent wymaga skierowania na długotrwałe leczenie psychiatryczne i/lub psychoterapię. Jedną z naj-

częstszych i skuteczniejszych form psychoterapii dla osób chorych na SM jest terapia poznawczo-behawioralna, która powstała z połączenia dwóch nurtów terapeutycznych: poznawczego i behawioralnego. Zgodnie z koncepcją poznawczą problemy w sferze psychicznej wynikają ze specyficznego, zniekształconego sposobu myślenia, który negatywnie wpływa na emocje i zachowania człowieka. Według koncepcji behawioralnej przyczyną tych problemów są złe nawyki, które jednostka nabyła w procesie uczenia się. Stąd też terapia poznawczo-behawioralna ma dwa główne cele: pomoc w zmianie myślenia pacjenta na bardziej dostosowane do rzeczywistości oraz pomoc w zmianie jego zachowań i znalezieniu nowych, bardziej przystosowawczych. Dokonane zmiany w sferze myślenia i emocji w konsekwencji wpływają na poprawę jego funkcjonowania społeczno-emocjonalnego. Dostrzeżenie istnienia kryzysu, w którym istnieje zagrożenie samobójstwem, wymaga dużej czujności lekarza na sygnały płynące od pacjenta. Analiza problemów chorego zawsze powinna wiązać się z oceną ryzyka zachowań suicydalnych. Wbrew stereotypom, że nie popełnia samobójstwa ten, kto o nich mówi, oraz że samobójca chce umrzeć, osoby mające zamiar popełnić samobójstwo informują o tym środowisko, szukając w ten sposób pomocy lub zainteresowania. Zgodnie z Ringelem istnieje tzw. syndrom presuicydalny składający się z 3 części: zawężenia, hamowanej i skierowanej przeciw sobie agresji oraz fantazji samobójczych. Zawężenie dotyczy sfery sytuacyjnej, emocjonalnej, interpersonalnej i wartości. Polega na postrzeganiu rzeczywistości przez pryzmat negatywnych emocji, a sytuacji problemowej jako niemożliwej do rozwiązania, prowadząc w ten sposób do powstania stanów depresyjnych, poczucia odizolowania i osamotnienia, a także odwrócenia lub zmiany systemu wartości. Należy zwrócić uwagę na fakt, że samobójstwo zawsze powiązane jest z istnieniem agresji skierowanej zarówno na siebie, jak też na innych, która w wyniku ograniczeń wewnętrznych lub środowiskowych nie mogła zostać ujawniona. Myśli są groźne dopiero wówczas, gdy chory opracowuje plan popełnienia samobójstwa, czyli ma tzw. tendencje samobójcze. Ryzyko samobójstwa wzrasta wraz z depresją, uzależnieniami, długością okresu osamotnienia, bezrobociem, przewlekłą chorobą lub bólem. Zatem osoby chore na SM

są w dużym stopniu zagrożone ryzykiem samobójstwa. Interwencja kryzysowa przy ryzyku próby samobójczej oparta jest na rozmowie o problemach, co pozwala odreagować negatywne emocje, a przede wszystkim zapobiegać zawężeniu. Istotnym jej elementem jest zadawanie pytań wprost o myśli i tendencje samobójcze. Konieczny jest monitoring i wsparcie emocjonalne osoby po doświadczeniu próby samobójczej ze względu na dalsze obciążenie emocjonalne wynikające z poczucia presji ze strony otoczenia dotyczącej jej prawidłowego funkcjonowania. Pacjent powinien mieć możliwość przeżywania kryzysu, bez osądzania i umniejszania jego problemu. Lekarz jako część interwencji powinien charakteryzować się opanowaniem, wsparciem, empatią, uwagą, bliskością emocjonalną, a nawet fizyczną, troską i chęcią słuchania pacjenta. Ważne jest, aby pokazać, że kryzys jest sytuacją przejściową. Celem końcowym tego etapu interwencji kryzysowej, bez względu na charakter ujawnionych problemów, jest jak najszybsze przejęcie przez pacjenta kontroli nad sytuacją.

Kolejny krok nazywany jest dyspozycjami i polega na ustaleniu metod postępowania. Dzięki dobrej interwencji wcześniej przybłokowany psychicznie chory może rozpocząć kreatywne poszukiwanie rozwiązań swojego problemu. Rolą lekarza jest pomoc w uaktywnieniu samopoznania i wykorzystywaniu własnych możliwości pacjenta („jak pan mógłby podolać tym trudnościom?”), pokazanie mu możliwości korzystania ze wsparcia społecznego, wspieranie jego nadziei na poprawę sytuacji, a także rozszerzanie zakresu możliwych rozwiązań kryzysu. Piątym krokiem interwencji kryzysowej jest tzw. odniesienie, czyli odesłanie pacjenta do innych źródeł pomocy. Każdy lekarz powinien dysponować wcześniej przygotowaną listą instytucji pomocowych wraz z numerami kontaktowymi (gabinety psychologiczne, instytucje typu Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie, Poradnie Psychologiczno-Pedagogiczne czy Centrum Psychiatryczne), którą może w razie potrzeby przekazać pacjentowi. W celu zwiększenia efektywności podjętych działań lekarz powinien wcześniej nawiązać współpracę z tymi placówkami, a w sytuacji kryzysowej zadzwonić. W sytuacji kryzysowej, w której chory nie jest w stanie odpowiadać za siebie i swoje życie, lekarz powinien skutecznie doprowadzić do właściwej pomocy choremu, z hospitalizacją włącznie. Ważną zasadą,

której należy przestrzegać, jest upewnienie się, czy pacjent zrozumiał, co ma zrobić, i ustalenie, czy istnieje przeszkoda, a jeśli tak, to jaka, w realizacji wyznaczonych pacjentowi zadań. Sposobów realizacji zadań poszukuje się jeszcze w gabinecie lekarza.

Ostatnim krokiem interwencji jest uzupełnienie, w którym monitoruje się losy pacjenta. Jeśli lekarz stwierdza, że chory nie nawiązał kontaktu ze specjalistą, powinien dowiedzieć się, dlaczego tak się stało, i spróbować pomóc w organizacji kolejnego spotkania. Zgodnie z holistycznym podejściem do pacjenta, nawet gdy choroba ma podłoże organiczne, zawsze wpływa na życie człowieka, w tym na jego funkcjonowanie społeczno-emocjonalne. To, że lekarz neurolog widzi potrzebę wsparcia psychicznego i objęcia opieką pacjenta z SM, nie znaczy, że sam nie może też chorego wyprowadzić z kryzysu. Przez wiele lat profesjonalizm lekarzy kojarzony był z brakiem otwartości emocjonalnej i klimatu wsparcia. Dziś jednak wiadomo, że w relacji lekarz-pacjent niezwykle istotne jest utrzymanie równowagi pomiędzy zachowaniem rezerwy a otwartym wyrażaniem zaangażowania. Podejmowanie interwencji kryzysowej nie powinno być rzadkością, ale codziennością w pracy lekarza neurologa, jak i każdego lekarza innej specjalności.

Katarzyna Mochnał – fizjoterapeuta

Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej

W Łódzkim Oddziale PTSR oferujemy możliwość pomocy osobom ze stwardnieniem rozsianym dzięki Asystentowi Osobistemu Osoby Niepełnosprawnej. Stowarzyszenie zatrudnia obecnie ponad 70 asystentów osobistych, którzy posiadają kilkuletnie doświadczenie w pracy na tym stanowisku. Dla 70 asystentów osobistych przeprowadziliśmy szkolenia w wymiarze 35 godzin każde (zajęcia teoretyczne i praktyczne). Asystenci na zajęciach poznali sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych, nauczyli się profesjonalnej opieki nad osobą chorą, niesamodzielną. Uzyskali informacje o instytucjach i organizacjach niosących pomoc ON. Szkolenia składały się z części teoretycz-

nej i praktycznej. Prowadzone były przez wysokiej klasy specjalistów z zakresu medycyny, psychologii i prawa: lekarz neurolog, psycholog, rehabilitant, pielęgniarz, specjalista ds. ON. Do realizacji kolejnych projektów planujemy zatrudnić nowe osoby, które będą spełniać kryteria programu.

Asystent Osobisty Osoby Niepełnosprawnej opiekuje się osobą ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności. Zakres jego obowiązków obejmuje na przykład:

- wspomaganie osoby niepełnosprawnej w komunikacji z otoczeniem, w tym pomoc w załatwianiu spraw urzędowych i innych
- pomoc w poruszaniu się po mieście i w korzystaniu ze środków transportu
- pomoc w docieraniu do szkół, miejsc pracy, na szkolenia oraz do placówek zajmujących się aktywizacją zawodową osób niepełnosprawnych
- towarzyszenie osobie niepełnosprawnej w kontaktach społecznych – udział w imprezach kulturalnych, wyjściach do kin, teatrów, muzeów, na koncerty, na spotkania towarzyskie, na zakupy itp.
- wspólne spędzanie czasu wolnego mające na celu rozwój zainteresowań.

Czym są usługi asystenckie?

Praca asystenta w Programie ma na celu pomoc pełnoletnim osobom ze znacznym lub umiarkowanym stopniem niepełnosprawności w wykonywaniu codziennych czynności oraz funkcjonowaniu w życiu społecznym. Celem usługi asystenckiej jest optymalne usamodzielnianie się osób z niepełnosprawnością i aktywne (na miarę ich potrzeb i aspiracji) włączanie się w życie społeczne lub/i zawodowe. Wsparcie asystenckie kompensuje trudności i bariery, będące osobistym następstwem niepełnosprawności. Szeroko rozumiane wsparcie i pomoc w czynnościach, w których chory nie może sobie samodzielnie poradzić, ma za zadanie wzmocnić jego autonomię. Daje szansę na poprawę jakości życia, czyniąc je bardziej niezależnym.

Usługa asystencka jest świadczona przez asystenta osobistego osoby niepełnosprawnej (AOON) – warunkiem zatrudnienia kandydata jako AOON jest uzyskanie pozytywnej opinii psychologa na podstawie weryfikacji predyspozycji osobowościowych oraz kompetencji społecznych:

- podstawowych: empatia, zrównoważenie emocjonalne, solidność, zaradność, cierpliwość, dyskrecja, odporność na stres, kultura osobista, motywacja do pracy;
 - pożądanych: umiejętność słuchania, umiejętność nawiązywania kontaktu z innymi, umiejętność zachowań asertywnych;
- Po uzyskaniu pozytywnej opinii psychologa, AOON mogą zostać kandydaci:

- posiadający doświadczenie w realizacji usług asystenckich, w tym zawodowe, wolontariackie lub osobiste, wynikające z pełnienia roli opiekuna faktycznego;
- bez adekwatnego doświadczenia, którzy odbyli minimum 60-godzinne szkolenie asystenckie. Szkolenie składa się z minimum 20 godzin części teoretycznej z zakresu wiedzy ogólnej dotyczącej niepełnosprawności, udzielania pierwszej pomocy, pielęgnacji i obsługi sprzętu pomocniczego oraz z minimum 40 godzin części praktycznej w formie przyuczenia do pracy np. praktyki, wolontariat.

Potrzebujesz pomocy asystenta?

Zgłoś się do Nas.

**Codziennie służymy pomocą w godzinach 8.00-16.00
w biurze oraz telefonicznie 42 649 18 03.**

Źródło:

<https://niepelnosprawni.slaskie.pl/content/1311145838>

<http://www.eudajmonia.pl/index.php?p=new&idg=mg,2&id=474>

<https://www.mops.cieszyn.pl/asystent-osobisty-osoby-niepelnosprawnej>

Wybory do Rady Głównej PTSR

W dniu 15 stycznia 2022 r. miało miejsce WZD PTSR. Podczas WZD została wybrana nowa Rada Główna PTSR oraz Komisja Rewizyjna PTSR.

W skład Rady Głównej PTSR weszły następujące osoby:

1. Tomasz Połeć RG PTSR
2. Agnieszka Andrzejczyk z Oddziału Radom
3. Krzysztof Kaczmarek z Oddziału Konin
4. Katarzyna Adamczyk-Drożyńska z Oddziału Sławków
5. Adam Kaduczka z Oddziału Zawiercie
6. Krystyna Podlasek z Oddziału Łódź
7. Alina Machuderska z Oddziału Warszawskiego
8. Iza Sękowska z Oddziału Wielkopolska
9. Daniel Litwiński z Oddziału Pomorskiego

W skład Głównej Komisji Rewizyjnej RG PTSR weszły następujące osoby:

1. Grażyna Błażejewska z Oddziału Konin
2. Eugeniusz Błachnio z Oddziału Warszawskiego (rezygnacja z funkcji z dniem 17.01.2022 r.)
3. Jan Wróbel z Oddziału Warszawskiego
4. Małgorzata Kamoda z Oddziału Zawiercie
5. Dariusz Łaski z Oddziału Nadbużańskiego
6. Anna Sałek z Oddziału Warszawskiego.

Na pierwszym spotkaniu organy się ukonstytuowały, zgodnie z obowiązującym statutem PTSR, w następujący sposób:

Rada Główna PTSR ukonstytuowała się w następujący sposób:

1. Tomasz Połeć RG PTSR – Przewodniczący RG





2. Agnieszka Andrzejczyk z Oddziału Radom – Wiceprzewodnicząca RG
3. Krzysztof Kaczmarek z Oddziału Konin – Wiceprzewodniczący
4. Katarzyna Adamczyk-Drożyńska z Oddziału Sławków
5. Adam Kaduczka z Oddziału Zawiercie – Sekretarz RG
6. Krystyna Podlasek z Oddziału Łódź
7. Alina Machuderska z Oddziału Warszawskiego
8. Iza Sękowska z Oddziału Wielkopolska
9. Daniel Litwiński z Oddziału Pomorskiego – Skarbnik RG

Główna Komisja Rewizyjna RG PTSR ukonstytuowała się następująco:

1. Grażyna Błażejewska z Oddziału Konin – Przewodnicząca KR RG PTSR
2. Eugeniusz Błachnio z Oddziału Warszawskiego
3. Jan Wróbel z Oddziału Warszawskiego – Wiceprzewodnicząca KR RG PTSR
4. Małgorzata Kamoda z Oddziału Zawiercie
5. Dariusz Łaski z Oddziału Nadbużańskiego
6. Anna Sałek z Oddziału Warszawskiego – Sekretarz KR RG PTSR

W imieniu pracowników biura RG PTSR chcielibyśmy przede wszystkim – raz jeszcze na forum PTSR bardzo serdecznie podziękować wszystkim członkom ustępującej Rady za kilka lat ciężkiej pracy – w przypadku niektórych członków ustępującej RG PTSR nawet kilkunastu lat – na rzecz osób ze stwardnieniem rozsianym oraz ich bliskich. Podejmowane wspólnie z biurem działania i starania na rzecz zmiany podejścia do leczenia SM, walki o poprawę sytuacji osób chorych, prowadzone projekty i eventy. Były to chwile radosne, ale i trudne.

Źródło: biuro RG PTSR

„Ja” w czasie

Coraz częściej słyszymy, że powinniśmy żyć „*tu i teraz*”, tylko co to właściwie oznacza? Przecież nie możemy żyć „*tam i wtedy*”, bo niby gdzie jest to „*tam*” i kiedy jest „*wtedy*”? Kiedy przyjrzymy się swoim myślom w trakcie dnia, a także w dłuższej perspektywie, zauważymy, że poza byciem skupionym na chwili obecnej, zdarza się nam powracać wspomnieniami do przeszłości oraz wybiegać myślą w przyszłość. To nasze bycie w czasie jest właśnie **perspektywą czasową**.

Czas można ujmować w kontekście fizycznym jako coś mierzalnego, obiektywnego, ale w zetknięciu z ludzką psychiką nabiera właściwości subiektywnych. Chyba każdy z nas zna uczucie „ciągnącego się” lub „galopującego” czasu. Obiektywnie rzecz ujmując jednostka czasu (np. jedna godzina) jest ciągle taka sama, ale jej postrzeganie jest już zmienne w zależności od okoliczności.

Subiektywizm w postrzeganiu czasu przybliża go do konstruktorów psychicznych i umożliwia obserwowanie go w relacjach z innymi właściwościami psychicznymi. Wspomniana we wstępie perspektywa czasowa jest właśnie takim konstruktem. Oznacza ona naszą nieuświadomioną indywidualną postawę, nastawienie wobec czasu, które może również się zmieniać w ciągu życia. Autor i prekursor badań nad perspektywą czasową – Philip Zimbardo, wyróżnia następujące rodzaje perspektyw czasowych:

- **pozytywna przeszłość** – oznacza skupienie na pozytywnych wspomnieniach, do których wracamy z sentymentem, tradycjach rodzinnych, „starych dobrych czasach”,
- **negatywna przeszłość** – to koncentracja na przykrych doznaniach z przeszłości, doświadczonych stratach, niewykorzystanych okazjach itp.,
- **teraźniejszy hedonizm** – polega na doświadczaniu przyjemności, poszukiwaniu doznań i okazji do podejmowania ryzyka,
- **teraźniejszy fatalizm** – to skupienie się na braku kontroli wynikającym z przekonania, że nasze życie jest już przesądzone i nie można na nie już w żaden sposób wpłynąć, ani nic zmienić,

- **poszerzona/holistyczna teraźniejszość** – koncentracja na „tu i teraz”, przekonanie, że wszystko jest ze sobą powiązane w czasie,
- **przyszłość** – polega na planowaniu, skupieniu na realizacji celów i zobowiązań; dzieli się ją na pozytywną (pozytywne oczekiwanie) i negatywną (katastroficzną wizję przyszłości)
- **przyszłość transcendentálna** – to skupienie na życiu duchowym, które zacznie się po śmierci lub w wersji świeckiej koncentracja na dalekosiężnej przyszłości przyszłych pokoleń, przyszłości planety.

Spośród wymienionych postaw dość łatwo możemy się domyślić, które (jeśli występują w dużym nasileniu) będą miały prozdrowotny, a które negatywny wpływ na nasze zdrowie psychiczne. Zarówno nadmierne skupianie się na przeszłości, jak i nadmierne myślenie o tym co dopiero nastąpi wybija nas z chwili obecnej, czyli jedynej, na którą mamy realny wpływ.

Istotnym czynnikiem jest **równowaga** między nimi. Negatywne wspomnienia z przeszłości mogą pomagać w podejmowaniu decyzji, które mają nas w przyszłości ustrzec przed negatywnymi konsekwencjami. Bardzo ważnym elementem jest również dostrzeganie **spójności** (ciągłości) linii życia, szczególnie jeśli mamy do czynienia z wydarzeniem przełomowym, jakim może być np. pojawienie się choroby. Ważne jest, aby zintegrować siebie sprzed choroby i po jej ujawnieniu. Łączenie przeszłości, teraźniejszości i przyszłości sprzyja wzmocnieniu tożsamości, spójności i odnajdywania sensu własnego życia. Ciekawym ćwiczeniem, które Państwu polecam jest narysowanie własnej linii życia, na której naniesiemy istotne wydarzenia, kształtujące nas i naszą osobowość. Pamiętajmy o uwzględnieniu na niej również pozytywnych, radosnych i inspirujących wydarzeń, które rzutowały na nasze życie.

Joanna Jaworska-Rusek – psycholog

Ulga rehabilitacyjna 2022 zostanie rozszerzona. Kto z niej skorzysta?

Od 2022 roku przepisy Polskiego Ładu rozszerzyły katalog stosowania ulgi rehabilitacyjnej. Ulga ta przysługuje osobom niepełnosprawnym albo podatnikom, którzy mają na utrzymaniu osoby niepełnosprawne. Jednak roczny dochód osoby na utrzymaniu nie może przekraczać dwunastokrotności kwoty renty socjalnej obowiązującej w grudniu danego roku podatkowego.

Poszerzony katalog wydatków przy uldze rehabilitacyjnej

Zgodnie z wprowadzonymi zmianami, zakres wydatków uprawniających do skorzystania z ulgi rehabilitacyjnej został znacznie poszerzony od 2022 roku. Dotyczy to również wydatków poniesionych na zakup, a także na naprawę sprzętu i innych urządzeń/narzędzi technicznych niezbędnych w rehabilitacji i ułatwiających wykonywanie czynności życiowych.

Ulga rehabilitacyjna 2022. Co obejmuje?

Od 2022 roku podatnicy zgodnie z przysługującą im ulgą rehabilitacyjną będą mogli odliczyć:

- wydatki na zakup i naprawę sprzętu/urządzeń/narzędzi technicznych;
- najem indywidualnego sprzętu/urządzeń/narzędzi technicznych wynikających z potrzeb osoby niepełnosprawnej.

Zgodnie ze zmianami wprowadzonymi w zakres ulgi rehabilitacyjnej, od 2022 roku podatnik będzie mógł odliczyć:

- wydatki na pobyt w zakładzie leczenia uzdrowiskowego, rehabilitacji leczniczej, opiekuńczo-leczniczym, pielęgnacyjno-opiekuńczym,
- wydatki za pobyt opiekuna osoby niepełnosprawnej zaliczonej do I grupy inwalidztwa albo dzieci niepełnosprawnych do 16

roku życia, przebywającego z osobą niepełnosprawną na turnusie rehabilitacyjnym/zakładzie leczenia uzdrowiskowego/zakładzie rehabilitacji leczniczej,

- wydatki za zabiegi rehabilitacyjne albo leczniczo-rehabilitacyjne,
- wydatki na pieluchomajtki, pieluchy anatomiczne, chłonne majtki/podkłady/wkłady anatomiczne (w kwocie nieprzekraczającej w roku podatkowym 2 280 zł).

Ulga rehabilitacyjna a przewóz osób niepełnosprawnych

Od tego roku można odliczyć odpłatny przewóz i te wydatki nie są limitowane kwotowo:

- osoby z niepełnosprawnością karetką transportu sanitarnego
- osoby z niepełnosprawnością, zaliczonej do I lub II grupy niepełnosprawności, oraz dzieci niepełnosprawnych do lat 16. – również innymi środkami transportu, niż karetką transportu sanitarnego.

Jakie dokumenty są potrzebne do skorzystania z ulgi rehabilitacyjnej?

Niezbędne są dokumenty zakupu, pozwalające powiązać wydatek z konkretnym podatnikiem. Najczęściej są to faktury zawierające dane nabywcy. Brak odpowiedniej dokumentacji może uniemożliwić skorzystanie z ulgi

Źródło:

<https://www.rynekzdrowia.pl/Prawo/Ulga-rehabilitacyjna-2022-zostanie-rozszerzona-Kto-z-niej-skorzysta,228509,2.html>

<https://strefabiznesu.pl/ulga-rehabilitacyjna-2022-kto-straci-a-kto-zyska-od-2022-wazne-zmiany-dla-niepelnosprawnych-i-ich-opiekunow/ar/c3-16014937>

<https://www.prawo.pl/zdrowie/ulga-rehabilitacja-w-2022-roku,513295.html>

Co nowego w naszym mieście?

W południe, po rocznej przerwie spowodowanej covidem, spod kościoła Zesłania Ducha Świętego przy pl. Wolności ruszył barwny orszak Trzech Króli. Otwierała go grupa aniołów z białymi flagami. Za nimi jechał zabytkowy samochód MPK i paradowali na koniach strażnicy miejscy. W tym roku nietypowo, w role króli wcielili się mało znani łodzianie. Baltazarem, królem afrykańskim był Ireneusz Rolewski, wychowanek domu dziecka, który maszerował z wielbłądem. Królem europejskim, Kacprem, był Jarosław Maćkiewicz, wiceprezes Łódzkiego Hospicjum dla Dzieci „Łupkowa” jadący powozem. W roli Melchiora, króla azjatyckiego, wystąpił Krystian Górski, mężczyzna z zespołem Downa.

Po nabożeństwie odprawionym przez arcybiskupa Grzegorza Rysia wszyscy królowie wygłosili swoje przemowy i ruszył orszak, który zatrzymał się przy ul. Jaracza, by wysłuchać chóru dziecięcego przebranego w stroje aniołów, który śpiewał w rytmach południowo-amerykańskich. Kolejny przystanek był przy ul. Tuwima, gdzie grupa przebranych na czarno aniołów kusila wszystkimi grzesznymi przyjemnościami nawołując, by się do nich przyłączyć.

Niezaplanowanym elementem wydarzenia, była otwarta naprzeciwko piwiarnia zapraszająca na grzane piwo. Kolejna stacja znajdowała się przy ul. Roosevelta, gdzie z okien pierwszego piętra „domu złota” czyli siedziby znanej w Łodzi firmy jubilerskiej król Herod namawiał do zabawy i rezygnacji z udziału z orszaku.

A przed archikatedrą w odpustowej scenerii sprzedawano watę cukrową, obwarzanki, oscypki, lody i balony. Można też było rozgrzać się darmowym żurkiem z chlebem. A gdy orszak dotarł na miejsce tysiące łodzian wysłuchało kolęd w wykonaniu znanego zespołu Zakopower.

Źródło:

<https://lodz.naszemiasto.pl/>

Co, gdzie, kiedy w Oddziale Łódzkim PTSR?

- Biuro Oddziału Łódzkiego PTSR czynne jest od poniedziałku do piątku w godzinach 8.00–16.00, 90-349 Łódź, ul. ks. bpa W. Tymienieckiego 18, **KRS 0000049771** tel./fax: 42 649 18 03, lodz@ptsr.org.pl, www.lodz.ptsr.org.pl
- Spotkania członków Koła PTSR w Zgierzu w każdy ostatni wtorek miesiąca w godzinach 14.00–18.00, Miasto Tkaczy, ul. Rembowskiego 1, tel. 42 715 00 53

OGŁOSZENIA:

- Zgłoszenia na rehabilitację zarówno w domu chorego, jak i w ośrodkach rehabilitacyjnych przyjmujemy w godz. 8.00–16.00 w siedzibie stowarzyszenia lub telefonicznie.
- Sala rehabilitacyjna w naszej siedzibie jest dostępna dla chorych i opiekunów od poniedziałku do piątku.
- Zapraszamy na zajęcia terapii zajęciowej i emisji głosu, które odbywają się w siedzibie stowarzyszenia.
- Zapraszamy na zajęcia z aerobiku oraz kursy komputerowe i językowe.

WAŻNE ADRESY:

MOPS

Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Łodzi
Łódź, ul. Kilińskiego 102/102a
tel. 42 632 40 34, 42 636 63 99, 42 637 13 42

PFRON

Oddział Państwowego Funduszu Rehabilitacji
Osób Niepełnosprawnych
Łódź, ul. Kilińskiego 169, tel. 42 20 50 100

NFZ

Łódzki Oddział Wójewódzki NFZ
90-032 Łódź, ul. Kopcińskiego 56
tel. 42 194 88; 42 275 40 30

Wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego w siedzibie PTSR O/Łódź:

- chodziki – czterośladowe, trójszladowe
- balkoniki – stałe, kroczące, dwuśladowe
- wózki inwalidzkie
- kule i laski – łokciowe, pachowe, dla niewidomych
- rowery treningowe
- rotory – mechaniczne i elektryczne
- drobny sprzęt do ćwiczeń – pałki, piłki, wałki, taśmy, materace
- sprzęt do masażu: aparaty do masażu miejscowego, masażery taśmowe, materace masujące, maty masujące, wodne masażery do stóp
- materace przeciwośladowe
- sprzęt pomocniczy: krzesła prysznicowe i nawałnowe, elektryczne podnośniki wanne, koce i poduszki elektryczne.

Wykonujemy zabiegi:

- zmiennym polem magnetycznym (Unitron pMF),
- światłem spolaryzowanym „SOLARIS” (Bioptron),
- masaż uciskowo-sekwencyjny,
- masaż na fotelach masujących.



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

**Ośrodki:**

- **Dąbek**
Krajowy Ośrodek Mieszkalno-Rehabilitacyjny dla osób chorych na SM w Dąbku
06-561 Stupsk Mazowiecki, tel. 23 653 13 31
www.komrdabek.pl, e-mail: dabek@idn.org.pl
- **Borne Sulinowo**
NZOZ Centrum Rehabilitacji dla Osób Chorych na SM,
78-449 Borne Sulinowo, ul. Szpitalna 5
tel. 94 373 38 05, fax 94 373 38 06
www.centrumsm.eu, e-mail: borne@centrumsm.eu

POMÓŻ

OSOBOM ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM W REHABILITACJI



Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego (PTSR) to jedyna ogólnopolska organizacja zrzeszająca osoby chore na stwardnienie rozsiane, ich rodziny i przyjaciół. PTSR Oddział w Łodzi istnieje od 1991 r., od 2004 roku posiada status organizacji pożytku publicznego. Liczy ponad 600 członków.

Misją PTSR jest poprawa jakości życia osób ze stwardnieniem rozsianym, zapewnienie dostępu do leczenia i rehabilitacji, tak aby mogli stać się pełnoprawnymi członkami społeczeństwa i prowadzić godne życie. By wypełniać swoją misję oraz realizować główne założenia współpracujemy z lokalnymi organizacjami zajmującymi się pomocą osobom niepełnosprawnym, organami administracji państwowej i samorządowej, reprezentujemy polskich chorych na SM na forum międzynarodowym.

PRZEKAŻ 10%

Dzięki Twojej pomocy
osoby ze stwardnieniem rozsianym
będą mogły prowadzić godne życie.

POLSKIE TOWARZYSTWO STWARDNIENIA ROZSIANEGO
ODDZIAŁ W ŁODZI

KRS 0000049771

