nr 27

AMAZONKI

Październik 2015 ▪ gazeta bezpłatna

„Gazeta Amazonki" jest wydawana dzięki finansowemu wsparciu

Vipharm s.A. Z LEKARZAMI DLA PACJENTÓW

Pfizer

Gazeta Stowarzyszenia „AMAZONKI" WARSZAWA-CENTRUM

Motto na 2015 rok:

„Dzielimy się tym, co może innym dać nadzieję."

Drodzy Czytelnicy, Drogie Amazonki,

Wydawanie naszej gazety to duży wysiłek, ale także wielka przygoda. Niezmiennie mnie cieszy, że jest przestrzeń, na łamach której koleżanki, eksperci i nasi przyjaciele dzielą się swoją wiedzą, przeżyciami, nadziejami i lękami.

Lato powoli się kończy, zaczyna się październik, czas szczególnej walki z naszym wspólnym przeciwnikiem – rakiem piersi. Całe lato gromadziłyśmy energię – paradoksalnie poprzez jej wydatkowanie – uczestniczyłyśmy w spartakiadach, jeździłyśmy na konferencje, turnusy rehabilitacyjne. Nie zabrakło oczywiście spotkań bardziej kameralnych: świętowałyśmy imieniny koleżanek, piłyśmy razem herbatę, chodziłyśmy na gimnastykę.

Co było w tych spotkaniach najważniejsze? Poczucie, że nie trzeba niczego udawać, że możemy się razem pośmiać, popłakać, a nawet pomilczeć. Czujemy się akceptowane i akceptujemy tę drugą osobę taką, jaka ona jest. Jednocześnie wiemy, że przez naszą walkę musimy starać się – dbać o siebie, działać rozważnie w kwestiach zdrowia, ciągle rozwijać swoją wiedzę, nie zaniedbać niczego, aby być – przede wszystkim dla innych.

Często zastanawiamy się, jaki jest sens tego, co robimy i czy warto. Czasami odpowiedź jest prosta, niekiedy nie sposób ją znaleźć. Ostatecznie dochodzimy do wniosku, że odpowiedź stanowią te małe rzeczy: rozmowa z pacjentką czy koleżanką, która właśnie ma nawrót choroby, wspólne przeżywanie drobnych przyjemności, kawa lub częściej woda wypita razem. Nie zapominamy także o rzeczach najtrudniejszych o umieraniu i samej śmierci – tych tematów nie wolno nam pomijać. Ta wspólnota przeżyć daje nam sens działania, poczucie stabilności – pozwala odnaleźć się także w chwilach, gdy czujemy się samotni i bezsilni.

Możemy marzyć o wielkości, ale przecież nasze normalne życie nie jest nigdy zwyczajne. Częstokroć nie jest nam łatwo, o ciężkiej walce przypominają nam dwie mocne i trudne książki – o których więcej w dziale „Warto przeczytać". W tym numerze „Gazety Amazonki" żegnamy Hermnegildę, mierząc się ze śmiercią pamiętajmy o jej życiu, ile radości w nie wniosła, ile energii do walki nam dała.

Jesień to czas przemijania, lecz tak jak w naszym życiu zdarzają się chwile zwątpienia, a nawet zimy, wobec których wydajemy się bezradni, to każde małe zwycięstwo jest przedsmakiem wiosny. Mam nadzieję, że w tym numerze znajdziecie dużo takich promyków nadziei – zachęcam do poszukiwania.

Ewa Grabiec-Raczak
prezes Stowarzyszenia
„Amazonki" Warszawa-Centrum

28 lat wspieramy kobiety chore na raka piersi

Podaruj 1% swojego podatku Stowarzyszeniu „Amazonki" Warszawa - Centrum

KRS 0000023411
Konto bankowe 83 1020 1055 0000 9402 0016 6280

Stowarzyszenie „Amazonki" Warszawa-Centrum
ul. Roentgena 5, 02-781 Warszawa

tel. pon-pt (10:00-13:00) 22 546-28-97
amazonki@coi.waw.pl
amazonki.com.pl

Życie seksualne kobiet leczonych z powodu raka piersi

Dr n. med. Bogusław Lindner – specjalista z dziedziny ginekologii i położnictwa oraz radioterapii onkologicznej. Adiunkt Zakładu Teleradioterapii Centrum Onkologii – Instytutu w Warszawie. Członek Polskiego Towarzystwa Ginekologii Onkologicznej. Lekarz z ponad 20-letnią praktyka w COI, na co dzień zajmujący się radioterapią pacjentek z nowotworami ginekologicznymi, szczególnie terapią skojarzoną chorych na raka trzonu macicy. Pomaga kobietom leczonym na nowotwory strefy intymnej odzyskać prawidłową seksualności.

O problemach ludzi chorych na nowotwory mówi się coraz więcej, bowiem dotykają dziś one prawie każdej polskiej rodziny, ale jest taka sfera życia pacjentów onkologicznych, która stanowi nadal tabu i to nie tylko w Polsce. Myślę o seksualności. Czy współczesna, szeroko pojęta onkologia, otaczająca pacjenta kompleksową terapią zajmuje się tym problemem?

To prawda, że seksualność pacjentów onkologicznych, a zwłaszcza kobiet to temat tabu, którego nie porusza się na publicznych forach. Zagadnienia te są też stosunkowo rzadko tematem doniesień w fachowej literaturze medycznej i na konferencjach naukowych. W swoim wystąpieniu na 27. Konferencji ESTRO (European Society for Therapeutic Radiation and Oncology) w 2008 roku w Göteborgu, poświęconym dysfunkcjom seksualnym towarzyszącym leczeniu nowotworów ginekologicznych dr Karin Bergmark stwierdziła: *ludzie wiedzą, że temat jest ważny, ale są wciąż zbyt zażenowani, aby o nim mówić*. Zdaniem autorki temat ten stanowi pewne tabu, gdyż samo rozpoznanie nowotworu jest często ukrywane przez chorych i nie poruszane w rozmowach ze znajomymi, przyjaciółmi czy w gronie najbliższych. Stąd też rozważania o wpływie nowotworu i stosowanego leczenia na seksualność chorych kobiet nie są powszechnie podejmowane i często powodują zażenowanie pacjentek, ich rodzin, ale i pracowników medycznych. Nie mniej troska o zachowanie prawidłowej seksualności chorych na nowotwory jest istotnym elementem rehabilitacji psychofizycznej, dotyczy to zarówno mężczyzn np. z rakiem stercza, jak i kobiet cierpiących z powodu nowotworów okolic intymnych, czy raka piersi.

Jeśli już kobieta chora na raka odważy się mówić o związanych z nim problemach życia seksualnego, czego najczęściej dotyczą jej obawy?

Na początku choroby kobiety najczęściej odczuwają przejściowy brak zainteresowania intymną sferą życia. Jest to normalna reakcja na: obawę o wynik leczenia i zachowanie życia, zmartwienia, depresję, towarzyszące chorobie dolegliwości, takie jak nudności, ból, zmęczenie, zakłócenia równowagi hormonalnej (menopauza jatrogenna). Niekiedy przyczyną zaburzeń libido może być konflikt w relacjach partnerskich lub lęk przed utratą partnera z powodu groźnego rozpoznania raka, zmian fizycznych ciała – utraty włosów, niekorzystnego wyglądu – wywołanych chorobą lub jej leczeniem. Wraz z upływem czasu, po zakończeniu terapii powraca normalny tryb życia i może powrócić u chorej potrzeba zadbania o normalną seksualność. Często może to wymagać zmiany dotychczasowych form aktywności i zachowań seksualnych. Mogą one być spowodowane dysfunkcjami w anatomii i fizjologii narządów płciowych, ale mogą też wynikać ze złej kondycji psychicznej i fizycznej chorej, stosowanych leków powodujących dysfunkcje seksualne lub obaw i zaburzonych relacji w związkach partnerskich.

Co może zrobić lekarz i najbliżsi, aby pomóc kobiecie w pokonaniu tych obaw i przywróceniu zainteresowania sferą seksualności?

Aby pomóc kobiecie po leczeniu onkologicznym w odnalezieniu swojej seksualności często konieczna jest rehabilitacja seksualna. Wymaga to wielopłaszczyznowych działań i podejścia do zagadnień ludzkiej seksualności w szerokim aspekcie; począwszy od uznania, że chora na raka mimo uszkodzeń związanych z chorobą, może pozostawać nadal atrakcyjnym partnerem w relacjach seksualnych, aż do przekonania pacjentki i jej współpartnera o możliwych różnych, odmiennych od dotychczasowych formach bliskości. Przyjęliśmy w rehabilitacji seksualnej **czterostopniowy model interwencji. Pierwszy etap to uzyskanie zgody chorego na rozmowę** i dyskusję dotyczącą osobistego problemu w sferze seksualnej, związanego z chorobą czy jej leczeniem – w większości przypadków zainicjowany przez pacjenta. **Drugi etap ograniczona informacja** inicjowany przez lekarza, który chce zdobyć określoną wiedzę o problemach chorego i podstawowych aspektach jego życia seksualnego, przebiegu choroby i zdrowienia. **Trzeci etap sugestie szczegółowe,** czyli szczegółowe, indywidualne potraktowanie problemu pacjenta, wrażliwa i otwarta rozmowa oparta na wiedzy z zakresu seksuologii, psychologii i onkologii, często związana z koniecznością konsultacji u wymienionych specjalistów. **Czwarty etap to intensywna terapia** – część pacjentów może wymagać terapii psychologicznej, farmakologicznej, a nawet interwencji chirurgicznej.

W procesie rehabilitacji seksualnej pacjentek onkologicznych ważnym narzędziem terapeutycznym wydaje się być zwykła rozmowa, w czasie której kobieta szczerze, bez wstydu może zakomunikować o najbardziej intymnych problemach swojego życia seksualnego związanych z chorobą nowotworową i leczeniem. Z kim pacjentka powinna rozmawiać na ten temat poza lekarzem?

Niestety rozmowa z lekarzem podejmowana jest rzadko, czego powodem jest skrępowanie pacjentki tematem lub brak zaufania. Ze strony lekarza pacjentkę spotyka często brak empatii, dostatecznej intymności i czasu potrzebnego na tak delikatne rozmowy. Celem takiej rozmowy powinno być przekazanie niezbędnej wiedzy o wpływie choroby i leczenia na seksualność, uświadomienie chorej, czego należy się spodziewać i jak zaplanować dalsze postępowanie, aby sobie z nowymi problemami poradzić. Źródłem wiedzy może być cały zespół terapeutyczny: lekarz, pielęgniarka, psycholog oraz dodatkowo literatura.

Dla kobiet, starających się uporać z problemem własnej seksualności, najważniejsza jest rozmowa z partnerem, ponieważ wsparcie osoby pozostającej w intymnych relacjach z chorą jest podstawowym warunkiem

powodzenia. Taka otwarta dwustronna rozmowa wymaga dobrej komunikacji i porozumienia w związku partnerskim. Zazwyczaj, jeśli partnerzy potrafili rozmawiać ze sobą przed chorobą o wspólnych problemach, to w trakcie leczenia też nawiążą kontakt. Dzięki dobremu porozumieniu, możliwa jest zmiana dotychczasowych zachowań i przyzwyczajeń seksualnych odpowiednio do aktualnego stanu zdrowia, uniknięcie bólu podczas współżycia. Rozmowy z lekarzem, psychologiem, pielęgniarką i partnerem powinny mieć miejsce wcześniej, przed rozpoczęciem leczenia, gdyż przygotowują do rozwiązywania przyszłych trudnych sytuacji, dotyczących nie tylko współżycia seksualnego, ale także zabezpieczenia płodności i planowania rodziny, tak aby kobieta nie musiała dokonywać dramatycznych wyborów – leczenie czy urodzenie dziecka. Dla chorych na raka piersi w wieku rozrodczym po przebytym leczeniu kolejny problem ograniczający ich seksualność stanowią przeciwwskazania do stosowania antykoncepcji hormonalnej i związana z tym możliwość zajścia w nieplanowaną ciążę. Rak piersi w trakcie ciąży budzi obawy chorej o wpływ stosowanej terapii przeciwnowotworowej na prawidłowy rozwój dziecka. Nie bez znaczenia są też wątpliwości, jaki może być wpływ przebytej ciąży na chorą i ryzyko nawrotu nowotworu.

Dla niektórych chorych i ich partnerów w uzyskiwaniu satysfakcji seksualnej problemem są pewne bariery psychiczne i obyczajowe związane z tym, co powszechnie uważa się za normę we współżyciu seksualnym. Czy kobiety i ich partnerzy seksualni powinni czuć się ograniczani przez jakieś normy w prowadzeniu zadowalającego obojga współżycia seksualnego?

Osiąganie satysfakcji seksualnej możliwe jest na szereg sposobów, a pojęcie normy seksualnej bardzo szerokie i różnorodnie definiowane, uwzględnia szeroki wachlarz oczekiwań, potrzeb, obyczajów i zachowań. Na potrzeby codziennej praktyki lekarza onkologa wydaje się celowe przyjęcie, że normą seksualną dla partnerów jest to, co sprawia im przyjemność, daje satysfakcję i na co oboje dają przyzwolenie. Takie rozumienie normy pozwala na otwarte myślenie o wszelkich możliwych sposobach osiągnięcia satysfakcji seksualnej, na przykład poprzez pobudzenie innych niż dotychczas wykorzystywane, a zmienione obecnie przez chorobę, obszarów erogennych.

Inną ważną przyczyną, która sprawia, że kobieta ma problemy z powrotem do prawidłowej seksualności po przebytej chorobie onkologicznej jest obniżona ocena własnej wartości. Jak można temu przeciwdziałać?

Częstymi przyczynami zaburzeń samooceny, stresu czy nawet depresji są: cierpienie powodowane rozwojem choroby, konieczność poddania się zabiegom chirurgicznym (jak np. mastektomia), przykre skutki uboczne i zmiany w wyglądzie w trakcie i po leczeniu. W przypadku utraty włosów istotny jest dobór peruki lub efektownego nakrycia głowy. Równie ważny jest odpowiedni ubiór i stosowanie protez maskujących okaleczenia i defekty ciała wywołane chorobą lub przebytym leczeniem. Gorszą samoocenę może wywołać brak wsparcia ze strony rodziny, przyjaciół i kolegów oraz utrata zajmowanych ról społecznych oraz niepewność dalszych perspektyw życia. Aby zachować prawidłową seksualność konieczne jest aktywne przeciwdziałanie depresji i umacnianie swojego pozytywnego wizerunku. W tym celu należy przypominać sobie o swoich zaletach i sukcesach życiowych. Odpowiednia, zdrowa dieta i ćwiczenia fizyczne oraz rehabilitacja pozwalają utrzymać ciało w dobrej kondycji i podnoszą ducha. Pomocne bywa stosowanie technik relaksacyjnych pod okiem doświadczonych instruktorów. W przypadkach zaawansowanej depresji konieczna jest terapia u psychologa i psychiatry.

Poza problemami natury psychicznej, kobieta poddana leczeniu onkologicznemu zmaga się też z fizycznymi dolegliwościami takimi jak, ból przy współżyciu czy skutki przedwczesnej menopauzy? Co Pan doradza w takich przypadkach pacjentkom?

Aby unikać bólu przy współżyciu zaleca się stosowanie specjalnych rozszerzaczy pochwowych i środków nawilżających oraz przeciwzapalnych, niekiedy podawanych dopochwowo estrogenów. Ważną rolę odgrywają odpowiednie ćwiczenia relaksacyjne mięśni pochwy i miednicy, przedłużona gra wstępna, zapewniająca lepsze nawilżenie błon śluzowych i ukrwienie narządów płciowych. Konieczna może być też zmiana pozycji i techniki współżycia. Niekiedy może u chorej wystąpić pochwica (*vaginismus*), silny i mimowolny skurcz mięśni okrężnych pochwy i miednicy uniemożliwiający wprowadzenie członka, palca lub innego przedmiotu do pochwy. U podłoża tej dolegliwości może leżeć uraz psychiczny, stres, lęk, niepokój towarzyszące kobiecie chorej na nowotwór. W leczeniu wykorzystuje się oprócz farmakologii, psychoterapię i techniki relaksacyjne.

Menopauza wywołana leczeniem onkologicznym ma gwałtowniejszy przebieg i daje silniejsze objawy w porównaniu ze stanem naturalnego klimakterium. U kobiety po zastosowaniu terapii przeciwnowotworowej występują dokuczliwe uderzenia gorąca, obfite poty, szczególnie w nocy, bóle kostno-stawowe, zaburzenia nastroju, spadek libido. Ponadto na skutek spadku poziomu estrogenów występuje stopniowa atrofia błon śluzowych narządów płciowych i suchość pochwy. Najprostszym środkiem zaradczym w tej sytuacji może być wprowadzenie hormonalnej terapii zastępczej (HTZ). Jednak w przypadku chorych na raka piersi, trzonu macicy, bądź współistnienia innych chorób ogólnoustrojowych, HTZ może być przeciwwskazana.

Podstawową metodą leczenia kobiet z rakiem piersi jest zabieg chirurgiczny. Jaki może być jego wpływ na seksualność pacjentek z tego typu nowotworem?

Przebyta mastektomia może być postrzegana przez chorą jako utrata atrybutu kobiecości, atrakcyjności, wywołać brak zadowolenia z własnego ciała i obawę o utratę akceptacji przez partnera. Po zabiegu pacjentka traci pobudzenie seksualne w miejscu chorej piersi, ale niekiedy również w zachowanej zdrowej. W późniejszym okresie mogą pojawić się po stronie operowanej obrzęki kończyny górnej oraz bóle kręgosłupa, barku i klatki piersiowej. Dyskomfort psychiczny i fizyczny po mastektomii może znacząco wpływać na seksualność chorych, często obniżając ich aktywność i pożądanie. Zastosowanie odpowiedniej bielizny, protezy piersi oraz szczególny dobór pozycji przy współżyciu pozwalają ukryć brak usuniętej piersi. Wypierając istniejące okaleczenie pacjentki niekiedy unikają odbicia swego nagiego ciała w lustrze. W takich sytuacjach psychoterapia pomaga chorej w podwyższeniu samooceny i w akceptacji własnego ciała. Dla wielu chorych bardzo ważne jest wykonanie rekonstrukcji chirurgicznej piersi po mastektomii, co zmniejsza traumę związaną z amputacją i pozwala uniknąć opisanych problemów. Kluczowe znaczenie dla zmniejszenia dolegliwości i zachowania dobrej kondycji fizycznej i psychicznej ma wcześnie rozpoczęta i konsekwentnie prowadzona rehabilitacja. Z kolei leczenie oszczędzające (BCT) wiąże się integralnie z zastosowaniem radioterapii chorej piersi, co powoduje jej obrzmienie, zaczerwienienie skóry, tkliwość i bolesność w czasie i bezpośrednio po napromienianiu. Po około 3-6 miesiącach pojawiają się zwłóknienia, wystąpić może różnica wielkości piersi, upośledzona wrażliwość na dotyk i obrzęk ręki po stronie napromienianej, wymagający wdrożenia rehabilitacji.

Jakie znaczenia dla prawidłowej seksualności kobiet z rakiem piersi ma leczenie uzupełniające: chemioterapia czy hormonoterapia?

W trakcie chemioterapii u wielu chorych seksualność jest zaburzona z powodu towarzyszących nudności, bólu, zmęczenia, objawów przejściowych lub przedwczesnej menopauzy. Możliwość częściowej lub całkowitej niepłodności, utrata włosów atrybutu kobiecego piękna, pozostawione wkłucia dożylne i cewniki mogą wywoływać poczucie mniejszej atrakcyjności i wartości, co powoduje utratę pożądania. W czasie chemioterapii często występuje podrażnienie oraz zwiększona podatność na infekcje grzybicze, wirusowe i bakteryjne błon śluzowych sromu i pochwy. Poprawę seksualności chorych można uzyskać poprzez szerokie stosowanie środków łagodzących objawy uboczne chemioterapii, leczenie miejscowe stanów zapalnych błon śluzowych pochwy i sromu oraz psychoterapię mającą na celu poprawę samooceny chorej.

Hormonoterapia – podobnie jak chemioterapia – jest metodą ogólnoustrojową i objawy uboczne przez nią wywołane nie zależą od lokalizacji nowotworu. W terapii chorych na raka piersi stosowane są m.in. leki (analogi GnRH) wywołujące przejściowy stan jatrogennej menopauzy, o której tu mówiliśmy. Z kolei leki z grupy gestagenów, stosowane niekiedy w ginekologii onkologicznej, mogą nasilać skłonność do depresji oraz powodować wzrost łaknienia i masy ciała. Natomiast wszystkie grupy leków stosowanych w hormonoterapii raka piesi mogą być przyczyną suchości pochwy oraz zaburzeń libido i upośledzać funkcje seksualne leczonych kobiet.

Jakie znaczenie dla leczenia seksualności pacjentów onkologicznych ma postęp, jaki dokonał się w ostatnim czasie w medycynie?

Zespoły terapeutyczne rozwiązują problem dobrej jakości życia i zachowania prawidłowej seksualności pacjentów onkologicznych poprzez stosowanie chirurgii mikroinwazyjnej i rekonstrukcyjnej, oszczędzającej i przywracającej funkcje narządów. Radioterapia konformalna ogranicza obszary napromieniania z oszczędzaniem tkanek zdrowych. Chemioterapia zwiększając skuteczność, wykorzystuje nowoczesne leki o niższej toksyczności i stosuje terapie osłonowe i wspomagające. Dolegliwości wynikające z jatrogennej bądź naturalnej menopauzy u większości chorych są leczone hormonalną terapią zastępczą lub innymi farmaceutykami. Psychoterapia, psychoedukacja i rehabilitacja stały się integralną częścią terapii chorych na nowotwory. Stosowanie tych interdyscyplinarnych rozwiązań zmniejsza liczbę chorych z utratą pożądania, orgazmu, satysfakcji seksualnej i ogólnie złym samopoczuciem. Jednak podstawą sukcesu terapii zaburzeń seksualnych w onkologii jest dostrzeganie przez zespoły terapeutyczne wagi problemu i chęć nieskrępowanego, otwartego poruszania tego tematu w rozmowach z chorymi.

Rozmawiała Aleksandra Rudnicka

Ilość i jakość tłuszczu w profilaktyce żywieniowej raka piersi

Leszek Wronka, dietetyk w Centrum Medycznym AstiMed. Absolwent dietetyki na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym. Wykładowca akademicki i koordynator zajęć praktycznych na oddziałach szpitalnych dla studentów dietetyki, pielęgniarstwa i zdrowia publicznego. Doktorant w Zakładzie Żywienia Człowieka oraz autor licznych publikacji naukowych z zakresu znaczenia żywienia w chorobach przewodu pokarmowego. Leszek Wronka omawia bardzo ważny dla kobiet leczonych z powodu raka piersi temat – zależności pomiędzy spożyciem tłuszczu a zwiększonym ryzykiem zachorowania na ten nowotwór.

Nowotwory stanowią drugą przyczynę wszystkich zgonów w Polsce. Wśród nich w szczególności nowotwory złośliwe to narastający problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny polskiego społeczeństwa, gdyż są głównym powodem przedwczesnej umieralności (przed 65. rokiem życia). Rak piersi jest najczęściej występującym nowotworem złośliwym u kobiet, zarówno w Polsce, jak i większości innych krajów świata i stanowi około 23% ogółu zachorowań na nowotwory płci żeńskiej.

Duża część nowotworów złośliwych, w tym również rak piersi to choroba dietozależna. O związku żywienia z występowaniem nowotworów u ludzi świadczą między innymi badania populacyjne na temat różnic w sposobach żywienia i różnej zachorowalności. Niektóre składniki diety mogą sprzyjać powstawaniu guzów, inne natomiast wykazują działanie ochronne przeciwko nowotworom, a dochodzi do tego na różnych etapach kancerogenezy. Światowa Fundacja Badań nad Rakiem podkreśla, że nieprawidłowe nawyki żywieniowe stanowią, aż 10-krotnie ważniejszy czynnik rozwoju wielu nowotworów u człowieka, niż pozostałe czynniki etiologiczne. **Z danych opublikowanych przez Agencję Badań Nowotworów wynika, że niewłaściwa dieta była przyczyną wystąpienia ¼ przypadków zachorowań na raka piersi.** Usystematyzowana wiedza na temat wpływu poszczególnych składników pożywienia na rozwój nowotworów złośliwych pozwala na formułowanie zaleceń żywieniowych o znaczeniu profilaktycznym dla społeczeństwa. **Eliminacja czynników ryzyka związanych ze sposobem żywienia i stylem życia, może wpływać na zmniejszenie ryzyka wystąpienia raka piersi nawet o 50%.**

Ilość, czyli całkowity udział energii z tłuszczu w diecie oraz jakość tłuszczu, czyli skład i zawartość poszczególnych kwasów tłuszczowych ma bardzo istotne znaczenie w etiologii różnych rodzajów nowotworów. Przeprowadzone badania dowodzą zależności pomiędzy spożyciem tego makroskładnika a zwiększonym ryzykiem zachorowania na raka piersi.

Jednym z czynników zwiększających ryzyko rozwoju raka piersi jest podwyższone stężenie estrogenów w surowicy krwi. Obniżenie ilości tłuszczu i cholesterolu w diecie oraz jej kaloryczności, wpływa na obniżenie stężenia tych hormonów. Na podstawie tego stwierdzono, że znacznie zwiększone ryzyko zachorowania na raka piersi mają kobiety charakteryzujące się dużym spożyciem tłuszczów w diecie. Zaobserwowano również wzrost ryzyka zachorowania na raka piersi przy spożyciu tłuszczów bogatych w kwasy tłuszczowe nasycone. Do źródeł nasyconych kwasów tłuszczowych należą przede wszystkim produkty pochodzenia zwierzęcego, głównie czerwone mięso, wyroby z tego mięsa (wędliny), podroby, pełnotłuste mleko i produkty mleczne. Nie można jednak zapomnieć również o źródłach nasyconych kwasów tłuszczowych pochodzenia roślinnego, czyli tłuszczu palmowym i kokosowym, obecnie bardzo powszechnie stosowanym w przemyśle spożywczym (tłuszcz palmowy) oraz w gospodarstwach domowych (olej kokosowy). Dokładną listę produktów będących dobrym źródłem nasyconych kwasów tłuszczowych przedstawia tabela 1.

Tabela 1. **Produkty będące dobrym źródłem nasyconych kwasów tłuszczowych**

Nasycone kwasy tłuszczowe pochodzenia zwierzęcego	**Mięso:** wieprzowina, baranina, wołowina, elementy skóry drobiowej **Przetwory mięsne:** wędliny (większość kiełbas, mielonek, salami, parówki) **Podroby:** serca, nerki, mózg, nogi, ozór **Wyroby garmażeryjne:** gotowe dania – pierogi z mięsem, kotlety, pasztet, salceson, pasztetowa, kaszanka **Mleko:** pełnotłuste mleko, mleko skondensowane, mleko w proszku **Przetwory mleczne:** masło prawdziwe, śmietana, sery żółte (dojrzewające), ser typu "Feta", serki typu "Fromage", lody śmietankowe
Nasycone kwasy tłuszczowe pochodzenia roślinnego	**Oleje:** palmowy, kokosowy **oraz:** wiórki kokosowe, pestki dyni, mleczko kokosowe, masło orzechowe
Nasycone kwasy tłuszczowe w gotowych produktach spożywczych	**Słodycze:** czekolada (mleczna, biała, gorzka), batony czekoladowe, markizy, herbatniki, wafle w czekoladzie, ciasta francuskie, ciasto kruche, ptysie z bitą śmietaną, faworki, chipsy ziemniaczane

Ilość wielonienasyconych kwasów tłuszczowych (WNKT) również jest bardzo ważna dla ograniczenia ryzyka rozwoju raka piersi. Do kwasów WNKT należą kwasy n-3 i n-6, których działanie jest przeciwstawne. **Istnieje dodatnia zależność pomiędzy spożyciem WNKT n-6 (należą do nich: kwas linolowy, kwas γ-linolenowy, kwas arachidonowy) a wzrostem ryzyka rozwoju raka piersi.**

Nadmiar spożywanych kwasów tłuszczowych n-6 wiąże się ze wzrostem ilości produktów ich peroksydacji, co wpływa na pobudzenie mutacji w DNA oraz inicjuje zmiany nowotworowe. Powstające z kwasów n-6 (kwasu arachidonowego) w nadmiarze hormony tkankowe, tzw. eikozanoidy mogą stymulować w organizmie zmiany zapalne, alergiczne, a przede

wszystkim wpływają na zwiększenie proliferacji komórek rakowych oraz rozrost już powstałych w procesie kancerogenezy. Udowodniono również, że należący do WNKT n-6 kwas linolowy wykazuje działanie pobudzające proces angiogenezy. Wielonienasycone kwasy tłuszczowe n-6 występują powszechnie w wielu produktach spożywczych. Do najlepszych źródeł należą oleje roślinne. Największe ilości kwasów n-6 zawiera olej słonecznikowy (63%), sojowy (55%), kukurydziany (47%) i nie używany w Polsce olej krokoszowy (72%) oraz produkowane z nich margaryny. Duże ilości występują również w nasionach (słonecznik, sezam, pestki dyni) oraz orzechach. W mniejszych ilościach kwasy tłuszczowe n-6 występują również w oleju rzepakowym i oliwie z oliwek. Wykaz źródeł wielonienasyconych kwasów tłuszczowych n-6 przedstawia tabela 2.

Tabela 2. **Występowanie poszczególnych WNKT n-6 w produktach spożywczych**

Kwas linolowy **Kwas γ-linolenowy**	**Oleje:** krokoszowy, kukurydziany, słonecznikowy, sojowy, bawełniany, arachidowy, sezamowy, z pestek winogron, rzepakowy, oliwa z oliwek **Margaryny produkowane z w/w olejów**
Kwas arachidonowy	**Produkty pochodzenia zwierzęcego**

Drugą grupę kwasów wielonienasyconych stanowią kwasy n-3. Zaliczamy do nich kwas α-linolenowy, eikozapenataenowy (EPA) i dokozaheksaenowy (DHA). **Kwasy tłuszczowe n-3 w rozwoju raka piersi wykazują działanie ochronne.**

Przeprowadzone badania dowodzą, że **zwiększone spożycie oleju rybiego (zawierającego EPA i DHA) wiąże się ze zmniejszeniem ilości zachorowań na raka piersi wśród kobiet**. Innym mechanizmem obniżającym ryzyko rozwoju raka tych kwasów tłuszczowych jest zdolność do obniżania syntezy prozapalnych czynników modyfikujących układ odpornościowy człowieka. Kwasy tłuszczowe n-3 wpływają także bezpośrednio na komórki nowotworowe, poprzez hamowanie procesu angiogenezy, co blokuje dalszy wzrost guzów i zmniejsza zasięg przerzutów. W profilaktyce raka piersi zwraca się również uwagę na ochronną rolą kwasów n-3 w metabolizmie estrogenu i receptorów estrogenowych. Pokarmowe źródła kwasów n-3 przedstawia tabela 3.

Tabela 3. **Pokarmowe źródła WNKT n-3**

Kwas α-linolenowy	**Kwasy eikozapentaenowy i dokozaheksaenowy**
Oleje roślinne: lniany, rzepakowy, sojowy, z zarodków pszennych	**Ryby:** makrela, tuńczyk, łosoś, śledź, węgorz, sardynki, pstrąg tęczowy i strumieniowy, szczupak
Nasiona soi	**Mięso fok i waleni**
Siemię lniane	**Algi morskie**

Przedstawione argumenty dowodzą, ze zmiana nawyków żywieniowych dotyczących ilości i jakości spożywanych tłuszczów jest ważnym elementem profilaktyki raka piersi. Wzrost ryzyka rozwoju raka piersi jest obserwowany w przypadku nadmiaru tłuszczu ogółem w diecie oraz w przypadku nadmiernego spożycia kwasów tłuszczowych nasyconych i wielonienasyconych z rodziny n-6. **Profilaktyka rozwoju raka piersi powinna uwzględniać ograniczenie ilości spożywanego tłuszczu oraz kontrolować jego rodzaj.** Spożywanie dużych ilości powszechnie promowanych olejów roślinnych nie zawsze musi wiązać się z działaniem prozdrowotnym. Sposób żywienia musi być przemyślany i uwzględniać rożne grupy produktów spożywczych, w tym również produkty tłuszczowe. Modyfikacja diety powinna polegać również na zwiększeniu spożycia tłustych ryb morskich, będących źródłem kwasów tłuszczowych n-3. Spożycie ryb powinno wynosić co najmniej dwie porcje (min. 150 g) w tygodniu.

Ważnym elementem jest również odpowiednie przygotowanie żywności w domu, w szczególności tej zawierającej tłuszcz. Najczęstszą formą obróbki termicznej jest nadal smażenie, które odbywa się w temperaturze powyżej 100°C (zwykle ok. 150-200°C). **Najczęściej popełnianymi błędami podczas smażenia są:**

- **wielokrotne smażenie na tym samym tłuszczu,**
- **nieodpowiedni tłuszcz,**
- **zbyt wysoka temperatura.**

Do obróbki termicznej powinny być używane oleje o wysokim punkcie dymienia, które są odporne na wysoką temperaturę (np. olej rzepakowy wysokooleinowy, oliwa z oliwek). Punkt dymienia to temperatura, przy której ogrzewany tłuszcz zaczyna rozpadać się na glicerol i wolne kwasy tłuszczowe oraz traci wszelkie własności odżywcze. Dalszym etapem jest powstanie akroleiny (uważana jest za czynnik rakotwórczy), która wydziela się w postaci gryzącego dymu, co obniża walory smakowe potrawy. Tłuszczu zawierającego wielonienasycone kwasy tłuszczowe nie należy poddawać obróbce termicznej, a stosować w postaci surowej (do sosów, dressingów). Podczas obróbki termicznej ryb należy kontrolować temperaturę i czas ekspozycji na nią, żeby nie doprowadzić do zniszczenia zawartych w mięsie WNKT n-3. Najlepiej unikać smażenie tych produktów, lepiej przygotować je na parze. Ponadto podczas smażenia powstają związki (nadtlenki, wodorotlenki lipidowe), które wykazują działanie miażdżycorodne i pronowotworowe. Spożywanie utlenionych olejów stwarza także warunki do rozwoju stanu zapalnego oraz przedwczesnego starzenia się komórek i tkanek.

Promowanie zachowań prozdrowotnych i rozpowszechnianie informacji z zakresu profilaktyki nowotworów może w znaczący sposób przyczynić się do obniżenia ryzyka ich wystąpienia, gdyż ogranicza narażenie na czynniki rakotwórcze.

Dzienniczek pacjentki z hormonozależnym rakiem piersi

W trakcie terapii pacjentki z hormonozależnym rakiem piersi często borykają się z działaniami niepożądanymi, takimi jak: uderzenia gorąca, niepokojące objawy ginekologiczne, zakrzepica, zaćma a także ze stresem czy depresją. Dr n. med. Maria Górnaś, kierownik Pododdziału Chemioterapii w Oddziale Chirurgii Onkologicznej Szpitala Specjalistycznego im. Św. Rodziny w Warszawie oraz psycholog mgr Karolina Solecka-Rzytka uświadamiają nam, jak ważne jest obserwowanie tych objawów. Warto je zapisywać w Dzienniczku Pacjentki, aby podczas wizyty u lekarza poinformować go o skutkach ubocznych leczenia.

W trakcie uzupełniającej terapii hormonalnej bardzo ważna jest współpraca pacjentki z lekarzem onkologiem. Istotne jest zwracanie uwagi na działania niepożądane leków i informowanie swojego lekarza prowadzącego o występujących objawach.

Uderzenia gorąca

Hormonoterapia stosowana w leczeniu uzupełniającym raka piersi może powodować tzw. uderzenia gorąca. Ten typowy dla okresu menopauzy objaw, może być znacznie nasilony i niekiedy uciążliwy w czasie przyjmowania zaleconych leków hormonalnych. Te z kolei są niezbędne w terapii raka piersi i nie powinno się z nich rezygnować. **„Uderzenia gorąca" to nagłe uczucie podwyższenia ciepłoty ciała, niekiedy zaczerwienienie skóry, podwyższone ciśnienie krwi oraz uczucie duszności.** Badania naukowe wskazują, że aż 20% pacjentek w trakcie terapii *tamoksyfenem* z powodu tych objawów przerwało leczenie. Nie musi tak jednak być w Twoim przypadku. Jeśli doświadczyłaś uderzeń gorąca i przeszkadzają Ci one w codziennym funkcjonowaniu, zgłoś to swojemu lekarzowi onkologowi w czasie najbliższej wizyty. Istnieje bowiem czasem możliwość zmiany leków zastosowanych w terapii na takie, przy których uderzeniach gorąca występują rzadziej lub są mniej nasilone.

Niepokojące objawy ginekologiczne

Uwrażliwione na działanie hormonów narządy, takie jak macica i jajniki, u części pacjentek są szczególnie narażone na skutki uboczne działania leków hormonalnych. Każde przedłużające się krwawienie z macicy u kobiety przed menopauzą i jakiekolwiek krwawienie z macicy u kobiety po menopauzie to konieczność pilnej wizyty u ginekologa i wykonania badania USG tych narządów. Zaniedbanie i lekceważenie objawów ze strony macicy może doprowadzić do zbyt późnego rozpoznania poważnej choroby, np. raka błony śluzowej macicy.

Jeśli w trakcie przyjmowania leków hormonalnych zauważyłaś jeden z poniższych objawów, zgłoś to natychmiast lekarzowi onkologowi:

- **ból w podbrzuszu,**
- **upławy, plamienia lub krwawienia z pochwy,**
- **przed menopauzą – obfite, zbyt długie menstruacje.**

Zmiana leków w terapii hormonalnej jest jednym ze sposobów uniknięcia lub zniwelowania powyższych niepokojących objawów niepożądanych leczenia uzupełniającego. Może też być niezbędna dla uniknięcia poważniejszych powikłań.

Żylaki/Zakrzepica/Żylna choroba zatorowo-zakrzepowa

Żylna choroba zatorowo-zakrzepowa może być poważnym powikłaniem leczenia hormonalnego. Chorzy na nowotwory złośliwe są aż 6 razy bardziej narażeni na ryzyko jej wystąpienia. U ponad połowy chorych, które mają żylaki kończyn dolnych występuje bezobjawowa zakrzepica żył głębokich. Niektóre leki stosowane w uzupełniającej terapii hormonalnej raka piersi są przeciwwskazane u pacjentek z objawami zakrzepicy.

Dlatego bardzo ważne jest, aby zgłosić lekarzowi onkologowi, jeśli:

- **jesteś w trakcie leczenia żylaków/zakrzepicy u lekarza chirurga,**
- **w przeszłości byłaś operowana z tego powodu,**
- **zauważyłaś ból i wyraźny obrzęk kostek, łydek lub ud,**
- **obrzęk jest tkliwy, skóra zaczerwieniona, a dolegliwości nasilają się przy chodzeniu.**

Zlecone przez lekarza leczenie przeciwzakrzepowe oraz zmiana leków w terapii hormonalnej to sposoby na uniknięcie lub zniwelowanie tych niepożądanych objawów leczenia uzupełniającego.

Zaćma

Zaćma to częściowe lub całkowite zmętnienie soczewki oka. Soczewka jest istotnym elementem układu optycznego oka, odpowiadającym za możliwość dobrego widzenia z bliska i z daleka. Zmętnienie soczewki utrudnia lub wręcz uniemożliwia widzenie. Pierwszym objawem zaćmy jest pogorszenie wzroku, którego nie można skorygować okularami czy szkłami kontaktowymi. Kolejne objawy to widzenie „przez mgłę" i zamazanie konturów obrazu. Leczeniem z wyboru jest zabieg operacyjny. U około 10% pacjentek otrzymujących *tamoksyfen* zaćma rozwija się jako działanie uboczne tego leku. **Im wcześniej zaobserwowane objawy zgłosisz lekarzowi onkologowi, tym szybciej będzie można podjąć leczenie zaćmy** oraz zmienić leki w uzupełniającej terapii hormonalnej, tak aby zmniejszyć ryzyko rozwijania się choroby.

Stres i depresja

Stres jest chorobą naszych czasów. Towarzyszy nam bez względu na płeć, wiek, zajmowaną pozycję społeczną, czy też stan majątkowy. Stres może oddziaływać na nas silniej lub słabiej, pozostając reakcją naszego organizmu na określone doświadczenia, jakie napotykamy w naszym codziennym życiu. Taką szczególną sytuacją wywołującą silny stres jest choroba. Rozpoznanie raka piersi to dla wielu pacjentek przerażająca informacja. Chore muszą się z nią zmierzyć, a później nauczyć się nowego życia z chorobą. Wiele pacjentek zauważa nasilenie stresu już po operacji, chemioterapii, czy w trakcie leczenia uzupełniającego. Dlaczego? Przecież zaakceptowały diagnozę, przeszły pierwsze trudy leczenia. Tymczasem są poddenerwowane, nie mogą spać, zmęczeniu towarzyszy apatia i ciągle nawracające myśli o możliwym niepowodzeniu leczenia.

Dlaczego tak się dzieje? Podczas choroby mobilizowane są siły fizyczne i psychiczne w osiągnięciu jak najlepszego celu, jakim jest długie życie bez objawów choroby. Pojawiająca się obawa przed niepowodzeniem tej walki jest dodatkowo konfrontowana z najbliższym otoczeniem, które niejednokrotnie oczekuje od chorej zadowolenia z osiąganych kolejnych etapów na drodze do wyleczenia. Ciągłe zmaganie się z myślami o chorobie, codzienne trudności i obawy oraz presja otoczenia powodują narastanie frustracji. Ważne jest wówczas jedno – pozwolenie sobie na przeżycie własnych emocji. Na przeżycie i pokazanie strachu, obaw, jak wiele kosztuje mobilizacja nie tylko do walki z chorobą, ale do chęci wygrania walki o życie. Mimo że stres jest normalną reakcją wobec choroby, pozostawanie w tym stanie przez zbyt długi czas nie tylko pogarsza rokowania pacjentki, ale również może prowadzić do wielu innych chorób, które będzie trzeba leczyć równolegle.

Ważne zatem jest, aby zgłosić lekarzowi onkologowi, jeśli od dłuższego czasu występują:

- **odczuwanie często/stale smutku i przygnębienia,**
- **brak chęci do życia, myśli samobójcze,**
- **obawa o przyszłość oraz myślenie, że już nic dobrego mnie już nie czeka,**
- **uczucie wiecznego znużenia, brak zadowolenia,**

Więcej informacji w *Dzienniczku pacjentki*

- **niezadowolenie z siebie, poczucie winy, potępianie siebie za popełnione błędy,**
- **utrata zainteresowania otoczeniem,**
- **rozdrażnienie, zdenerwowanie, płaczliwość,**
- **zmiany apetytu,**
- **trudności ze snem,**
- **brak akceptacji własnego wyglądu,**
- **utrata zainteresowania sferą seksualną.**

Jeśli pacjentka zdecydowała się na terapię, a lekarz psychiatra, neurolog czy lekarz podstawowej opieki zdrowotnej zlecają leki antydepresyjne, to powinni zostać poinformowani o rodzaju prowadzonej terapii hormonalnej. Niektórych leków antydepresyjnych nie wolno stosować równocześnie z *tamoksyfenem*. Zaś onkolog, wiedząc o leczeniu depresji, ma niekiedy możliwość dopasowania odpowiedniej terapii hormonalnej.

Dlaczego warto dbać o słuch?

Iwona Jackowska, protetyk słuchu, dyrektor NZOZ Centrum Terapii Słuchu KIND w Warszawie od 20 lat diagnozuje problemy ze słuchem i pomaga każdej osobie z niedosłuchem odzyskać radość słyszenia. Iwona Jackowska wyjaśnia, dlaczego warto dbać o słuch i jakie są przyczyny jego osłabienia.

Słuch jest jednym z najcenniejszych naszych zmysłów. Pozbawieni go tracimy kontakt ze światem, a często też ze swoimi najbliższymi.

Wszystkie dźwięki nas otaczające, rozmowy z przyjaciółmi, śmiejące się dzieci, szczekanie pupila, brzmienie ulubionych melodii, czułe słowa wypowiadane przez kochaną osobę stanowią o harmonii naszego życia. Narząd słuchu umożliwia rozwój intelektualny człowieka, pozwala poznawać świat, czuć się bezpiecznie w chwilach zagrożenia i niepewności. Odgłos syreny, klakson nadjeżdżającego samochodu, wołanie o pomoc pozwalają ustosunkować się nam do zaistniałej sytuacji. Z tego też względu powinniśmy docenić posiadanie słuchu i w odpowiedni sposób podchodzić do jego ochrony i naprawy.

Ubytek słuchu jest współcześnie zjawiskiem bardzo poważnym, wynikającym w głównej mierze z hałasu panującego w otaczającym nas środowisku. Według najnowszych badań, aż jedna na siedem osób ma niedosłuch, co stanowi ponad 5 mln ludzi w samej Polsce! Ponad połowa ludzi w wieku 60 lat plus cierpi na różnego stopnia zaburzenie słuchu, najczęściej związane z procesem starzenia. Taki rodzaj niedosłuchu przeważnie rozwija się przez wiele lat, co powoduje, że często pozostaje niezauważony. Uważamy wtedy, że wszyscy dookoła nas mówią niewyraźnie, „mamroczą" i trudno nam jest zaakceptować, że to nasz słuch się pogorszył.

Do uszkodzenia słuchu może dojść na każdym etapie naszego życia. Wśród najczęstszych przyczyn znajdują się: nadmierna ekspozycja na hałas (w tym także głośna muzyka), niektóre choroby oraz urazy głowy. U dorosłych ogromne znaczenie ma kontakt z substancjami toksycznymi. Lista toksyn, które wpływają na jakość naszego słuchu jest długa, od metali ciężkich (tereny przemysłowe), poprzez dwusiarczek tlenku węgla (miejski smog), dym papierosowy, a kończąc na przyjmowaniu leków.

Działania niepożądane leków nie dotyczą tylko wpływu na wątrobę czy układ pokarmowy, część z nich może również działać niekorzystnie na słuch. **Dla przykładu można podać szkodliwe działanie leków cytostatycznych stosowanych w chemioterapii nowotworów złośliwych. Szczególnie ototoksyczne są pochodne platyny: cisplatyna i karboplatyna. Problemy ze słuchem mogą objawiać się w postaci szumów usznych lub utraty zdolności rozpoznawania wysokich dźwięków, czy też pojawienia się problemów związanych z utratą równowagi, czy koordynacji i pogłębiać się jeszcze wiele tygodni po zakończonej chemioterapii. Większą ototoksyczność cisplatyny obserwuje się u najmłodszych i w przypadku jednoczasowej radioterapii mózgu. Większość ubytków słuchu wywołana działaniami ubocznymi leków jest niestety często trwała i nieodwracalna.**

Utrata słuchu jest często procesem niejako wkradającym się do naszego życia, który postępuje w sposób niezauważalny dla osoby, której dotyczy. Eksperci wychodzą z założenia, że problemy słuchowe zaczyna się leczyć średnio siedem do dziesięciu lat za późno. W tym czasie mózg oducza się „obchodzenia się" z utraconymi informacjami akustycznymi: wspomnienia dźwiękowe ulegają wyblaknięciu. Ta utracona „wiedza" dotycząca postrzegania naszego słyszalnego świata musi być potem ponownie żmudnie wyuczona.

W przypadku osłabienia zdolności słyszenia, w pierwszej kolejności przestajemy słyszeć tylko dźwięki o wysokiej częstotliwości. W dalszym przebiegu tego procesu spektrum słyszalnych dźwięków zmniejsza się coraz bardziej. W następstwie tego mózg ma stawiane coraz mniejsze wymagania odnośnie rozróżniania dźwięków, ponieważ pozostaje mu do wyboru coraz węższe spektrum częstotliwości. W końcu w daleko idącym stopniu traci zdolność rozróżniania sygnałów dźwiękowych i tym samym stopniowo także zdolność słyszenia. Z tego też względu tak **ważne jest, aby nawet najmniejszy ubytek słuchu nie był przyjmowany przez nas jako rzecz oczywista, nad którą przechodzimy do porządku dziennego.**

Regularne badanie słuchu daje pewność rozpoznania wady, jest bezpieczne i trwa zaledwie parę minut, w czasie których wykwalifikowany protetyk słuchu sporządza indywidualny profil słuchowy.

Pierwsza konsultacja u protetyka słuchu jest możliwa także bez wizyty lekarskiej. W badaniu słuchu lub teście językowym słownym mierzona jest sprawność obu uszu. Badanie to dostarcza informacji o stopniu, w jakim dana osoba słyszy, pokazuje, jak szerokie jest spektrum słyszalnych dźwięków oraz jakie poziomy głośności i odgłosy są słyszane z problemami.

W rozmowie protetyk słuchu dokładnie objaśni, w jakich sytuacjach doświadczane będą problemy przy słuchaniu. Zbierze on dokładne informacje o otoczeniu dźwiękowym pacjenta i o jego zwykłym dniu codziennym. Jeśli badanie potwierdzi niedosłuch, jak najszybciej powinieneś podjąć odpowiednie kroki.

Im mniej sygnałów odbiera ucho i przenosi do dalszych partii słuchowych, tym bardziej ogranicza się zdolność mózgu do przetwarzania dźwięków. Utrata słuchu może być zrównoważona aparatem słuchowym odpowiednio dostosowanym dla konkretnego pacjenta.

Zastosowanie portów dożylnych

Dr n. med. Elwira Góraj, kierownik Oddziału Medycyny Paliatywnej Kliniki Onkologii i Chorób Wewnętrznych COI w Warszawie pisze o zastosowaniu portów dożylnych oraz możliwych powikłaniach wczesnych i późnych związanych z zabiegiem ich implantacji, tak ważnym dla pacjentów onkologicznych poddawanych chemioterapii.

Historia implantacji portów zaczyna się w roku 1982, kiedy John Niederhuber w Anderson Medical Centre w Houston po raz pierwszy przeprowadza zabieg u pacjenta onkologicznego.

Od tego czasu popularność zastosowania portu, jako stałego dostępu żylnego rośnie. Najczęstszym wskazaniem do założenia jest brak możliwości podawania chemioterapii do żył obwodowych, ale są również inne wskazania takie jak: wyrównywanie gospodarki elektrolitowej, podawanie substancji o wysokiej osmolarności (drażniących żyły).

Rzadziej stosowane są porty do podaży płynów, żywienia pozajelitowego, przetaczania preparatów krwiopochodnych, pobierania krwi, terapii nerkozastępczej, monitorowania hemodynamicznego.

Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym w warunkach sali operacyjnej.

Kwalifikacja do zabiegu

Na zabieg kieruje lekarz onkolog i to on zgłasza pacjenta na listę oczekujących. Oceny stanu ogólnego dokonuje pielęgniarka z zespołu portowego, przekazując następnie wyniki lekarzowi przeprowadzającemu zabieg. Do oceny stanu ogólnego wykorzystuje się ankietę zawierającą pytania o choroby przewlekłe i czynniki ryzyka np.: wielokrotne nakłucia żył, deformacje anatomiczne, obrzęk kończyny górnej, duże guzy śródpiersia, zmiany w okolicznych tkankach, otwarte rany, napromienianie przedniej ściany klatki piersiowej, zaburzenia krzepnięcia, duszność, bóle kręgosłupa, kaszel i inne. Pytamy także o klaustrofobię, która utrudnia ułożenia w pozycji na wznak z przykrytą twarzą.

Bezwzględnym przeciwwskazaniem do zabiegu są: zaburzenia krzepnięcia INR > 1,3, trombocytopenia < 60 g/l, leukopenia < 3 g/l, neutropenia < 1 g/l, infekcja, zakażenia miejscowe.

Wybór miejsca wkłucia

Wybór dostępu zależy od ograniczeń anatomicznych i/lub medycznych pacjenta, ale również od umiejętności wykonującego zabieg.

Najczęściej kaniulowana jest żyła szyjna wewnętrzna prawa. Ze względu na swój prosty przebieg ma najniższy procent powikłań zakrzepowych i nieprawidłowej lokalizacji końcówki cewnika. Żyła pachowa może być dobrym dostępem u osób z dużą nadwagą. Jeśli żyły szyjne i podobojczykowe z jakiś powodów są niedostępne, można wykorzystać dostęp udowy.

Powikłania wczesne i późne

W czasie zabiegu może dojść do nakłucia tętnicy, opłucnej, uszkodzenie ściany naczynia lub serca (tamponada), uszkodzenia przewodu piersiowego, tchawicy lub górnego płata płuca, (wodniak opłucnej, krwiak opłucnej), uszkodzenia splotu ramiennego, nerwu przeponowego, zatoru powietrznego oraz zaburzeń rytmu serca. Jednak statystyka tak poważnych powikłań jest bardzo niska <1%.

Do późnych problemów należą powikłania zakrzepowe, zakażenie miejscowe, martwica skóry nad portem, zapalenie żyły, infekcje cewnikopochodne, urwanie części cewnika.

Każde zaczerwienienie wokół komory portu, lub wzdłuż przebiegu cewnika, bolesność przy dotyku lub obrzęk wymaga pilnej konsultacji z lekarzem. Wiele lokalnych problemów udaje się skutecznie leczyć.

Objawy zakażenia

Zakażenie odcewnikowe należy podejrzewać, kiedy występuje gorączka podczas przetaczania płynów lub worków żywieniowych przez port, pojawiająca się od razu lub około godzinę po rozpoczęciu wlewu z towarzyszącymi dreszczami i dusznością. Mogą pojawić się objawy wstrząsu septycznego. W badaniach laboratoryjnych obserwujemy wzrost parametrów zapalnych (leukocytoza CRP, PTC).

Aby potwierdzić, czy cewnik jest źródłem zakażenia należy pobrać posiew krwi z portu i z żyły obwodowej. W zależności od nasilenia objawów zakażenia, włączamy empirycznie antybiotykoterapię lub czekamy na wyniki posiewów. **Port wymaga usunięcia jeśli obserwujemy brak poprawy po 10-14 dniach antybiotykoterapii lub w wypadku każdego nagłego pogorszenia stanu chorego. Usuwamy port zawsze w przypadku zakażeń grzybiczych.**

Warunkiem utrzymania portu jest brak miejscowych oznak zakażenia, brak powikłań wynikających z obecności zakażeń odległych, jałowe posiewy krwi, stabilny stan kliniczny. Muszą być spełnione wszystkie powyższe kryteria.

Niedrożność portu

Narastanie oporów przy podaniu płynów może wynikać z wielu powodów: niewystarczająco częste płukanie, nieprawidłowo wykonywane, zbyt wolne wlewy, pozostawione po wlewie połączenie z portem, gromadzenie się osadu w komorze przejawiające się narastającym oporem przy podawaniu. Zalecane jest wówczas częstsze płukaniu portu np. 2 razy w tygodniu i stosowanie tzw. korków heparynowych (pozostawienie niewielkiej ilości niskostężonej heparyny w komorze portu).

Powikłania zakrzepowe

Zakrzepice cewnikopochodne nie muszą manifestować klinicznych objawów (około 6%), obserwuje się jedynie brak aspiracji krwi z cewnika.

Nieprawidłowe wkłucie igły, przyleganie cewnika do naczynia, zła pozycja końcówki cewnika są najczęstszą przyczyną pseudo okluzji portu.

Klinicznymi objawami zakrzepicy są: (kończyny i szyja), zaczerwienienie, ból, pojawienie się krążenia obocznego na klatce piersiowej.

Najgroźniejszym powikłaniem, do jakiego może dojść jest oderwanie się kawałka skrzepliny, która blokując tętnicę płucną lub któreś z jej rozgałęzień, prowadzi do ostrej niewydolności krążeniowo-oddechowej. Podejrzenie zakrzepicy można potwierdzić badaniami USG kolor, Doppler sonografia.

Nie ma konieczności usuwania urządzenia o ile zachowana jest częściowa drożność i można podawać płyny.

Zawsze trzeba dokonać oceny, czy istniejąca zakrzepica jest zagrożeniem dla życia lub kończyny. Jeśli nie, włączamy leczniczą dawkę heparyny, a następnie kontynuujemy heparynę w dawce profilaktycznej przez 3-6 miesięcy. Próba płukania portu pod wysokim ciśnieniem w celu udrożnienia niesie ryzyko odłączenia się cewnika, lub zamknięcie światła naczynia żylnego oderwanym skrzepem.

Oderwanie fragmentu cewnika

Najczęstszym zgłaszanym przez pacjentów problemem są zaburzenia rytmu. Objawem oderwania się cewnika może być również nagły ból przy podawaniu przez port, z towarzyszącym obrzękiem kończyny i szyi. Podobny obrzęk występuje w przypadku przemieszczenia się ku górze końcówki cewnika (np. przy silnym kaszlu).

Ryzyko oderwania się części cewnika rośnie wraz z długością pozostawania portu, oraz wielokrotnością użytkowania. Do urwania cewnika może dojść z wielu powodów, np. w wyniku degradacji materiału, tworzenia się kątów prostych w przebiegu cewnika, urazów mechanicznych, zapalenia tkanki otaczającej, ucisku cewnika między pierwszym żebrem a podobojczykiem.

Oderwany cewnik należy usunąć technikami kardiologii inwazyjnej.

Dokumentacja pacjenta

Do obsługi portu konieczny jest przeszkolony personel pielęgniarski i lekarski.

Po zabiegu implantacji portu, pacjent otrzymuje tzw. paszport, będący metryczką urządzenia, do którego wpisywane są informacje przez którą żyłę wprowadzono cewnik, rodzaj założonego portu i kontakt z ośrodkiem implantującym. W dokumentacji lekarskiej odnotowywane są wszystkie wydarzenia związane z portem (powikłania, powód usunięcia).

Mimo zwiększonej dostępności portów, wzrastającej liczby ośrodków zakładających porty, nadal częstym problemem jest ich użytkowanie poza ośrodkami klinicznymi. Nie każdy ośrodek implantujący prowadzi z prawdziwego zdarzenia serwis portowy dostępny 24 godziny lub przynajmniej każdego dnia.

Bibliografia:

[1] Niederhuber J.E., Ensminger W., et all. Totally implanted venous and arterial access system to replace external catheters in cancer treatment. Surgery 1982; 92:706–712.

[2] Di Carlo I., Biffi R. Totalny Implantem Venous Devices Springer 2012 ISBN 978-88-470-2372-7, str. 111 -160 powikłania.

[3] Nazakawa N. Challenges in the Accurate Identification of the Ideal Catheter Tip Location JAVA 2010; Vol. 15, Issue 4, pg 196–201.

[4] Caers J., Fontaine C., et all. Catheter tip position as a risk factor for thrombosis associated with the use of subcutaneous infusion ports. Supp Care ancer, 2004, May; 13(5):325-31.

[5] Schutz JCL, Patel A.A. et all. Raport Malfunctioning after Interventional Radiologic Placement. J. Vas Interv Radiol. 2004;15: 581-587.

„Nie śmierci się boimy, lecz myśli o śmierci."

Seneka

Foto. Tomasz Karolak

Mgr Danuta Longić, psycholog z Poradni Psychoonkolgii Centrum Onkologii na warszawskim Ursynowie porusza trudne tematy śmierci i umierania. Nie łatwo jest się z nimi zmierzyć nie tylko pacjentom terminalnym, ale i każdemu, kto pokonał lub jest w trakcie leczenia raka. Autorka, nawiązując do swojej praktyki psychologa klinicznego, w niezwykle interesującym artykule pokazuje, że życie w cieniu śmierci może być cennym doświadczeniem, najbardziej wartościowym okresem naszej egzystencji.

- Nie chcę umierać – powiedziała nasza córka Jane, kiedy w wieku dwudziestu pięciu lat dowiedziała się, że jest chora na raka. Ale potem, w ciągu kilku miesięcy, jakie jej jeszcze pozostały, dowiodła, że umieranie nie musi stać się aż tak bardzo wywołującym strach doświadczeniem, jak to się na ogół wydaje. Jej śmierć nie stała się porażką, przypominała raczej zwycięstwo. Walkę wygraną z bólem i strachem.

To był triumf. Triumf dla Jane, jak i dla tych wszystkich, którzy jej w tym pomogli.

(Fragment książki Victora i Rosemary Zorza, „Sposób na umieranie. Żyć do końca")

Śmierć i umieranie to trudne tematy. Żyjemy w kulturze, w której śmierć jest tematem tabu, jest obszarem przez nią pomijanym i niedocenianym. Mimo bogatego dorobku autorów światowego formatu, takich jak: Elisabeth Kübler-Ross, Irvin Yalom, Victor Frankl, Carl Simonton, a przede wszystkim wielkich klasyków: Epikura, Nietzschego czy Heideggera, którzy położyli podwaliny pod badania nad ludzką egzystencją, nadal niełatwo jest pisać jak i czytać o śmierci.

Wypchnęliśmy ją z naszych domów, wypychamy ją z naszych myśli. Śmierć to sale szpitalne i cmentarze. Często zadaję sobie pytanie: *Dlaczego tak się dzieje? Co jest tego przyczyną?* Może dlatego tak jest, bo jak często mówimy: *Rodzimy się po to, aby żyć, a nie po to, aby umrzeć*.

Choć śmierć – zakończenie życia – jest naturalnym etapem ludzkiej egzystencji, to temat ten trapi ludzkie umysły od tysięcy lat. Dla jednego oznacza koniec, unicestwienie, a dla drugiego będzie dopiero początkiem, przejściem do innego świata lub kolejnego etapu. Śmierć może nastąpić w każdym wieku, jest nieodwracalna. Człowiek, jako jedyna istota żywa jest świadom śmierci, posiada jej wyobrażenie. Mimo świadomości faktu, że śmierć jest nieunikniona, że nie można od niej uciec, śmierć jest jednym z najbardziej niechcianych i unikanych tematów przez wielu ludzi. Szczera rozmowa na ten temat budzi negatywne emocje i często traktowana jest jako nietaktowna. Omijamy i ignorujemy ten temat. Wydawać by się mogło, że żyjąc w XXI wieku, posiadając wiedzę i mając do dyspozycji nowe technologie, będziemy lepiej radzić sobie z naszą śmiertelnością. Elisabeth Kübler-Ross, zauważyła, że – *im większe postępy robimy w nauce, tym bardziej zdajemy się lękać śmierci, zaprzeczać jej istnieniu.*

Postawa wobec śmierci, którą niesie współczesny świat jest pełna niepokoju, lęku i strachu – to postawa wypierania śmierci ze świadomości. W dzisiejszych czasach ludzie uciekają od świadomego procesu umierania, nie chcą cierpieć, przez co nasiliła się potrzeba szybkiej śmierci.

Kilka lat temu na pytanie zadane Polakom przez CBOS: *Jak chciałbyś umrzeć?*, aż 71 proc. naszych rodaków odpowiedziało, że w sposób niespodziewany. Tylko co piąty z nas uważa, że śmierć jest czymś, na co powinniśmy się przygotować. 59 proc. chciałoby zakończyć życie we śnie. Tymczasem taka śmierć, choć nadal się zdarza, jest bardzo rzadka. W XXI wieku większość z nas umiera wskutek chorób przewlekłych, w szpitalach, w otoczeniu sprzętu podtrzymującego w nas życie.

Pytania o to, który sposób umierania jest lepszy, zadają również moi pacjenci. Pytają, co moim zdaniem jest lepsze, czy szybka bezbolesna śmierć w wypadku, czy oczekiwanie na nią aż nadejdzie. Odpowiadając na tak zadane pytanie, najczęściej mówię, że nie wiem, co jest lepsze, ale wiem, że śmierć nagła to śmierć, która kończy wszystko i zamyka możliwość zrobienia czegokolwiek zarówno osobie, która umiera, jak i jej bliskim. Już nie mają wpływu na nic. Natomiast, gdy mamy do czynienia z sytuacją choroby przewlekłej, to mamy możliwość przygotowania siebie i naszych bliskich na rozstanie.

Wnioski po rozmowach z moimi pacjentami na temat godnego umierania, często są takie, że do czegoś takiego jesteśmy kompletnie nieprzygotowani, zarówno w sensie fizycznym, jak i duchowym. **Jeśli przez całe życie boimy się śmierci i unikamy myślenia o niej to, gdy w końcu się z nią spotykamy, cierpimy bardziej, niż to potrzebne – i my sami, i nasi bliscy.**

Nie mamy wpływu na to, kiedy umrzemy, ale mamy wpływ na to, w jaki sposób przeżyjemy nasze życie aż do momentu jego zakończenia. Kiedyś jedna z moich pacjentek stwierdziła, że – *nie trzeba się wysilać, nic nie trzeba robić, aby umrzeć, ale trzeba się napracować, aby dobrze żyć i umrzeć godnie*.

Trudno jest uwierzyć we własną śmierć. Pomimo tego, że każdy dojrzały człowiek jest świadomy ludzkiej śmiertelności, nie chce w to uwierzyć. *Non mortem timemus, sed cogitationem mortis – nie śmierci się boimy, lecz myśli o śmierci*, mówi łacińska sentencja. Lęk przed śmiercią zabiera nam energię i siłę do życia, osłabia naszą nadzieję. Współczesny człowiek, często nie radzi sobie ze zjawiskiem śmierci, ukrywa problem gdzieś w zapomnianej przestrzeni, najniższej szufladce świadomości i zamyka ją na klucz. Kiedy jednak przychodzi moment jej otwarcia, nie wie jak się zachować, nie wie, co czuć.

Bronnie Ware pielęgniarka z Australii, na podstawie przeprowadzonych rozmów z osobami, którym zostało ostatnie kilka miesięcy życia, napisała książkę „The Top Five Regrets of the Dying". Pani Ware przez okres od 3 do 12 tygodni rozmawiała z chorymi, aby pomóc im złagodzić ból i przygotować do śmierci. We wnioskach autorka napisała, że ludzie niesamowicie dojrzewają, gdy stawiają czoła swojej śmiertelności. Pojawia się klarowność i jasność tego, co w życiu naprawdę jest ważne. Pacjenci byli targani całym spektrum najróżniejszych emocji – zaprzeczenia, złości, strachu, akceptacji.

To pięć najczęściej pojawiających się tematów w odpowiedzi na pytanie zadane przez Bronnie Ware: **„Czego najbardziej żałujesz w obliczu zbliżającej się śmierci?"**

1. Żałuję, że nie miałem więcej odwagi żyć życiem prawdziwym dla mnie, a nie życiem, którego oczekiwali ode mnie inni.

Od wielu lat współpracuję z klubami Amazonek. Podczas rozmów z kobietami słyszę, że przez wiele lat, zanim zachorowały, żyły tylko po to, aby zaspokajać potrzeby i oczekiwania innych. Często mówią, że tak były skoncentrowane na innych, że tak naprawdę nie znały swoich potrzeb, nie wiedziały czego pragną, nie potrafiły powiedzieć o czym marzą. Dzisiaj są to kobiety świadome siebie i swoich potrzeb. Wiedzą, na czym im zależy i do tego dążą. One same decydują o swoim życiu i dokonują wyboru, którą drogą podążają.

2. Żałuję, że pracowałem tak ciężko.

Praca to temat ważny w życiu współczesnego człowieka, temat szczególnie ważny w życiu mężczyzny. *Bez pracy nie ma kołaczy, praca uszlachetnia* – to często powtarzane słowa przez mężczyzn. Przecież praca jest drogą w zdobywaniu środków do funkcjonowania i lepszego życia. Ważne jest pytanie o efektywność i mądre planowanie swoich zajęć. Jeżeli odpowiedź brzmi, że mogę lepiej zaplanować swój czas, to należy to szybko zrobić, póki jeszcze go mamy.

3. Żałuję, że nie miałem odwagi wyrażać swoich uczuć.

Kiedy rozmawiałeś o miłości z kimś, kogo kochasz? Kiedy pozwoliłeś sobie na przytulenie ukochanej/ukochanego? Dlaczego, z jakiegoś powodu nie robisz tego? Dlaczego ukrywasz swoje uczucia? Dlaczego udajesz kogoś, kim nie jesteś? Jeżeli masz z tym problem, jeżeli tłumisz, co czujesz naprawdę, zmień to, a poczujesz się lepiej. Doświadczysz nowej jakości życia. Odkryjesz, że bycie szczerym wobec siebie, może być drogą do pełniejszego i szczęśliwszego życia

4. Żałuję, że nie pozostałem w kontakcie ze swoimi przyjaciółmi.

„Czas". Okazało się, że moje znajome Amazonki odkryły „nowe pojęcie liczenia czasu". Przed zachorowaniem nie miały czasu na nic, były zabiegane i zapracowane. Czasu wystarczało im tylko na pracę i zaspokajanie potrzeb innych. Doświadczenie choroby sprawiło, że dokonały zmian w swoim życiu – zmieniły priorytety. Teraz mają czas na spotkania, wspólne wyjazdy, wyjścia do kina i teatru. Mają czas na przyjaźnie i mówią, że nie zmieniłyby tego stanu rzeczy. Ważne jest, aby dbać o relacje i aby być blisko z tymi, których kochasz i są dla ciebie ważni.

5. Żałuję, że nie pozwoliłem sobie być szczęśliwym.

Co to znaczy być szczęśliwym? Czas, o którym mamy świadomość, że jest ograniczony, sprzyja rozważaniom na temat szczęścia. Już samo chorowanie sprawia, że człowiek zastanawia się nad swoim życiem. Zastanawia się jak ono przebiegało, ile osiągnąłem, czy spełniłem marzenia, czego nie udało mi się osiągnąć, czy zdążę jeszcze… być szczęśliwym. Nie czekaj aż świat się zmieni. Nie uzależniaj swojego szczęścia od innych ludzi, od innych okoliczności. Daj sobie prawo do odrobiny szczęścia, bo każdy człowiek ma do tego prawo. Po prosto żyj już teraz i bądź szczęśliwy/szczęśliwa.

Warto jest zwrócić uwagę na to, że wśród tematów wymienionych przez badanych zabrakło następujących:

- **Żałuję, że nie miałem więcej pieniędzy**
- **Żałuję, że nie byłem bardziej sławny**
- **Żałuję, że nie zrobiłem większej kariery**
- **Żałuję, że nie zaliczyłem więcej dziewczyn/facetów**

Człowiek powinien godnie, świadomie, pięknie żyć do końca – to słowa wypowiedziane przez lekarza do Victora Zorzy, ojca Jane, której historię opisali jej rodzice.

Strach przed śmiercią i umieraniem determinuje nasze wyobrażenia na temat tego, jak powinien wyglądać i zachowywać się chory, jak powinna wyglądać i zachowywać się osoba mająca świadomość zbliżającej się śmierci. Człowiek w chorobie ma być odpowiednio smutny, ale nie może przytłaczać nas swoją rozpaczą. Najlepiej, żeby inni nie zetknęli się z jego chorobą. No i nie powinien się śmiać w szpitalu na cały głos, bo z czego tu się śmiać. Jemu nie przystoi. Bo nikomu nie jest do śmiechu. A przecież chodzi o to, aby choć przez chwilę poczuć się szczęśliwym. By sobie ulżyć. I o to właśnie chodzi – choroba jest ciosem, ale nie powinna nam odebrać wiary i radości.

Jedna z moich młodych pacjentek, która była leczona chemioterapią straciła włosy. Gdy poszła do sklepu z zaopatrzeniem medycznym, kupiła sobie trzy peruki, każdą w innym kolorze. Na moje pytanie, dlaczego kupiła aż trzy, powiedziała, że jeszcze nigdy nie miała możliwości każdego dnia mieć inny kolor włosów, a teraz wstaje rano, wygląda przez okno i decyduje, czy to jest dzień blondynki, szatynki czy rudej. Potraktowała tę sytuację z humorem i wyobraźnią. Przestańmy sobie wyobrażać, że chory powinien leżeć w łóżku i czekać na śmierć. Niech robi to, na co ma ochotę.

Zdarza się, że podczas rozmów z pacjentkami rozpoczynającymi leczenie onkologiczne słyszę, że przestały chodzić do fryzjera, że przestały kupować sobie nowe ubrania, bo już nie warto. Na szczęście z czasem zmieniają zdanie na ten temat, a co najważniejsze zmieniają myślenie na temat celowości leczenia i zaspakajania swoich potrzeb.

Każdy dzień jest dobry, aby żyć. Każdy dzień jest dobry, aby dbać o siebie i o innych. Każdy dzień jest dobry, aby kochać i być kochanym. Każdy dzień jest dobry, aby śmiać się głośno. Każdy dzień jest dobry, aby być szczęśliwym. Dzisiaj jest właśnie ten dobry dzień.

[1] Bronnie Ware: „The Top Five Regrets of the Dying. A Life Transformed by the Dearly Depatring". Hay House. Inc., 2012.

[2] Victor i Rosemary Zorza: „Sposób na umieranie. Żyć do końca". Tłum.: Rut Wermuth. Wydawnictwo Media Rodzina, Poznań 1999.

A na koniec ponadczasowy i zawsze dający do myślenia cytat z wizjonera, którego nie ma już wśród nas:

Świadomość tego, że pewnego dnia będę martwy jest jednym z najważniejszych narzędzi, jakie pomogły mi w podjęciu największych decyzji mojego życia.

Prawie wszystko – zewnętrzne oczekiwania wobec ciebie, duma, strach przed wstydem lub porażką – wszystkie te rzeczy są niczym wobec śmierci. Tylko życie jest naprawdę ważne.

Pamiętanie o tym, że kiedyś umrzesz jest najlepszym sposobem, jaki znam na uniknięcie myślenia o tym, że masz cokolwiek do stracenia. Już teraz jesteś nagi. Nie ma powodu, dla którego nie powinieneś żyć tak, jak nakazuje ci serce.

Steve Jobs

SPARTAKIADY

Tegoroczne lato upłynęło nam pod znakiem zawodów sportowych. W dniach 3-5 lipca 2015 r. uczestniczyłyśmy w X Spartakiadzie Amazonek Województwa Zachodniopomorskiego. Tegoroczna edycja przypadła w 20. rocznicę powstania Stowarzyszenia. Prezes Koszalińskiego Klubu „Amazonki" – Wanda wraz z koleżankami przygotowała wyśmienitą imprezę dla licznego grona Amazonek i ich gości. Przedstawicielki 27 zaprzyjaźnionych stowarzyszeń stawiły się dzielnie, aby przy przepięknej, choć upalnej pogodzie stanąć do sportowej rywalizacji. Było dużo pozytywnych emocji, a wieczorem dobra muzyka uświetniająca uroczystą Jubileuszową Galę zaprzyjaźnionych koszalińskich Amazonek.

X Regionalna Spartakiada Amazonek Województwa Zachodniopomorskiego odbyła się 4 lipca br. na terenach Sportowej Doliny w Koszalinie, nowoczesnym obiekcie służącym rekreacji i zabawie. W Spartakiadzie wzięły udział 4-osobowe drużyny z klubów Amazonek z województwa zachodniopomorskiego oraz ze: Słupska, Gdańska, Gdyni, Piły, Zielonej Góry, Warszawy. Nas reprezentowały: Krysia Laskowska, Teresa Maciejowska, Irena Opłoczyńska i Małgosia Rosa.

Organizatorzy spartakiady przygotowali kilka konkurencji, były to między innymi: biegi, zbieranie grzybków, strzelanie goli piłką do bramki, ringo. Pierwsze miejsce zajęły Amazonki z Darłówka.

Po niecałych dwóch miesiącach od zachodniopomorskiej imprezy czekało nas kolejne sportowe wyzwanie – **Olsztyńskie Amazonki po raz jedenasty zorganizowały spartakiadę** dla kobiet, które przeszły chorobę nowotworową piersi. Rozgrywana od lat pod hasłem „Dąż do sprawności" impreza odbyła się 29 sierpnia br. w sali sportowej Olsztyńskiej Szkoły Wyższej im. Józefa Rusieciego.

W tym roku do stolicy Warmii i Mazur przyjechało ponad sto Amazonek z całej Polski: Białegostoku, Chojnic, Torunia, Słupska, Tczewa, Starogardu Gdańskiego, Kutna, Łowicza, Bydgoszczy, Nowego Dworu Mazowieckiego, Skierniewic, Sandomierza, Tomaszowa Mazowieckiego oraz Warszawy. Województwo warmińsko-mazurskie reprezentowały koleżanki z: Kętrzyna, Ełku, Nowego Miasta Lubawskiego, Iławy, Działdowa, Bartoszyc, Giżycka i Olsztyna. Naszymi reprezentantkami były widoczne na zdjęciach: Ewa Grabiec-Raczak, Ala Kolasa, Krysia Laskowska i Małgosia Rosa.

Organizatorzy spartakiady przygotowali sześć konkurencji takich jak m.in.: bieg po kopercie, slalom unihokejowy czy rzut piłką do kosza. Każda konkurencja była oceniana i punktowana przez sędziów – pracowników Olsztyńskiej Szkoły Wyższej im. Józefa Rusieckiego.

Drużyna z Bartoszyc, która zgromadziła na swoim koncie największą liczbę punktów, zdobyła Puchar Prezydenta Olsztyna. Puchary otrzymały również zwycięskie drużyny z Olsztyna i Iławy, które zmieściły się „na pudle". Każda z uczestniczek została też uhonorowana pamiątkowym dyplomem.

Dlaczego piszemy, mówimy i bierzemy udział w kolejnych zawodach?

Spartakiada jest formą rehabilitacji ruchowej. Ma za zadanie upowszechnianie sportu, rekreacji i zdrowego trybu życia, uświadomienia, jak bardzo sprawność ruchowa wpływa na poprawę zdrowia fizycznego i psychicznego. Jest to również świetna okazja do integracji środowiska Amazonek ze społeczeństwem, pokazanie, że z chorobą można żyć godnie nie wstydząc się jej. Spartakiady to duma, radość, wzruszenie i cała masa pozytywnych emocji. Wspólnie spędzony czas pozwala na pozbycie się lęku przed wznowieniem choroby. Uczestnictwo Amazonek w Spartakiadach udowadnia zdrowym kobietom, że pomimo ciężkich przeżyć z powodu zachorowania można być sprawnym, pokazuje wolę życia, jaka tkwi w każdej kobiecie.

Ewa Grabiec-Raczak

WSPOMNIENIA Z JURATY

Julia Sochacka dzieli się z nami swoimi wspomnieniami z turnusu rehabilitacyjnego w Juracie i pobytu w tej pięknej miejscowości w dzieciństwie. Tekst ilustrują, jak zawsze piękne fotografie Ewy Grabiec-Raczak.

Ostatnie dwa tygodnie czerwca spędziłam w Juracie z Amazonkami na turnusie rehabilitacyjnym. Poznałam wspaniałe kobiety, pełne wigoru, radości i energii. Obserwowałam, jak się wzajemnie się wspierają, żartują, ćwiczą na zajęciach z gimnastyki, tańczą na wieczorkach, maszerują z kijkami Nordic Walking wzdłuż brzegu morza.

Wydawało mi się, że jestem na jakimś fajnym obozie damskim. Ot, bez kłopotów, trosk i obowiązków. Przypomniało mi się też, jak byłam z ojcem, jako dziecko na wczasach w Juracie. Podczas Dni Morza płynęliśmy statkiem do Gdyni, mijały nas okręty wojenne, a na pokładzie stali odświętnie ubrani młodzi marynarze. Byłam zachwycona tym widokiem i dumna, jakich mamy obrońców naszego morza. Ależ się rozmarzyłam...

Teraz po powrocie pozostają inne wspomnienia. Piękna Jurata, piękna plaża, słońce i wiatr i tylko ten PESEL jakoś uwiera...

Julia Sochacka

„SZAŁU NIE MA, JEST RAK"

ks. dr JAN KACZKOWSKI

Książka, którą przeczytałam niedawno z dużym zainteresowaniem to„Szału nie ma, jest rak", będąca zapisem rozmowy Katarzyny Jabłońskiej z księdzem dr Janem Kaczkowskim, tegorocznym laureatem Nagrody specjalnej im. Św. Kamila za wybitne osiągnięcia w służbie chorym. Ks. Jan Kaczkowski jest bioetykiem, założycielem i dyrektorem puckiego Hospicjum im. Ojca Pio.

To człowiek niezwykłego hartu i pogody ducha. Od urodzenia ma lewostronny niedowład i dużą wadę wzroku. Pokonał raka nerki, a obecnie zmaga się z glejakiem mózgu.

Pomimo choroby nowotworowej, która niszczy psychicznie wielu, ksiądz Jan ma do niej duży dystans. Stara się żyć normalnie i działa nadal w sferze stanowiącej wspaniałą drogę Jego kapłaństwa. Szczery i prostolinijny przekaz tej książki, zawiera wiele rozsądnych spojrzeń na kontrowersyjne często sprawy. Ks. Kaczkowski ma mnóstwo dystansu do słabości ludzkiego charakteru. Pozostając w toku leczenia służy nadal pacjentom, działając na rzecz hospicjum.

Postawa księdza Jana jest wspaniałą manifestacją siły życia.

Szczerze polecam
Halina Rodziewicz

„BÓG NIGDY NIE MRUGA"

REGINA BRETT

Parę tygodni temu, przybita osobistymi troskami, bliska załamania pod ich ciężarem, wstąpiłam do jednej ze śródmiejskich księgarni. Krążyłam między regałami śledząc eksponowane na nich nowości. Nagle, mój wzrok przykuła błękitna, lakierowana okładka „Bóg nigdy nie mruga – 50 rad na najtrudniejsze chwile w życiu". Tytuł dość intrygujący i nic mi nie mówiące nazwisko autorki – Regina Brett. Jak dowiedziałam się ze wstępu, jest to urodzona w 1954 roku, amerykańska dziennikarka. Felietony i reportaże pisuje od 1994 r. Finalistka Nagrody Pulitzera. Wyróżniona również za artykuły o raku piersi, bo i to doświadczenie jej nie ominęło. „Bóg nigdy nie mruga" jest jej pierwszą książką.

Już w autobusie wracając do domu, zaczęłam ją czytać. Zafrapowały mnie tytuły rozdziałów:

Nie traktuj siebie tak poważnie. Nikt poza Tobą tego nie robi.

Możesz się rozgniewać na Boga. On to wytrzyma.

Nie porównuj swego życia z życiem innych. Nie masz pojęcia, co przyniósł im los.

Niezależnie od tego, jak dobrze lub źle wygląda sytuacja, ona i tak się zmieni.

Najlepsze jeszcze przed nami.

Gorąco polecam. To przejmująca, wzruszająca i dowcipna książka, a przede wszystkim autentyczna i wiarygodna.

Zofia Michalska

„OSTATNIE DNI KRÓLIKA"

ANNY McPARTILN

O bólu, cierpieniu i niesprawiedliwości losu wolimy nie mówić, dopóki nie dotkną nas osobiście. Dlatego też każdy film, czy książka, które w mądry, niestereotypowy sposób poruszają kwestie nieuleczalnych chorób, są na wagę złota.

Nie każdy jest w stanie udźwignąć ciężką prozę lub mocny scenariusz o umieraniu, czy życiu w chorym ciele. W literaturze i filmie podejście do tematu wciąż ewoluuje, odchodząc od dramatyzmu i podążając w kierunku coraz większej przystępności i próby oswojenia tego, co trudne i bolesne. Dowodem na to jest fakt, że przy przedstawianiu chorób i śmierci twórcy coraz częściej sięgają po humor, a czasem wręcz groteskę. „Ostatnie dni Królika" to słodko-gorzka relacja z ostatnich dni umierającej na raka czterdziestoletniej Mii Hayes.

Chorzy nie muszą być przedstawiani jako męczennicy, by ich historia była wzruszająca. Mia Hayes, zwana przez bliskich Królikiem, przegrywa walkę z rakiem i trafia do hospicjum. Mimo iż największą radość sprawiają jej retrospekcje podczas snu, a rzeczywistość przynosi głównie ból, Mia autoironizuje, przeklina, marzy i żartuje.

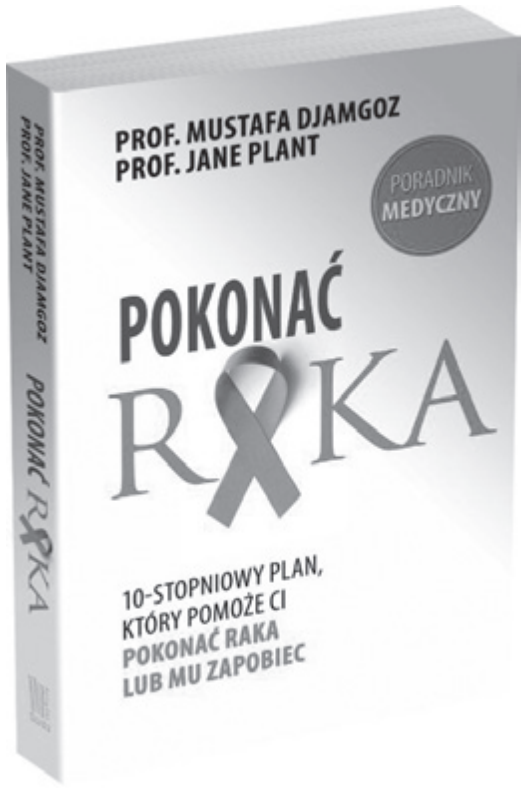
Do końca życia zostało jej dziewięć dni. W tym czasie członkowie rodziny gromadzą się przy jej łóżku, czego efektem jest wiele zabawnych i wzruszających scen. Każdy z nich przeżywa pożegnanie z Mią w indywidualny sposób. W jednych kipi bunt, inni są zrezygnowani. Są próby zaprzeczania i wybuchy histerycznego śmiechu. Najbardziej urzeka chyba ich „normalność", której przejawem są nieustanne docinki, żarty, ale i poruszająca szczerość. Bo przecież choroba to nie artystyczna wizja, a proza życia.

„Ostatnie dni Królika" wypełniają nadzieją i dodają otuchy. Książka pomaga w zrozumieniu sytuacji nieuleczalnie chorych, a tym samym oswaja z trudnym tematem umierania. Udowadnia, że koniec to rzecz względna, bo czasem okazuje się być początkiem.

Agata Rożnowska

„POKONAĆ RAKA"

Prof. MUSTAFA DJAMGOZ
Prof. JANE PLANT



W książce „Pokonać raka" eksperci w dziedzinie onkologii – profesorowie Mustafa Djamgoz i Jane Plant, przedstawiają jasny i poparty naukowymi dowodami plan 10 kroków, który ma pomóc czytelnikom pokonać raka lub mu zapobiec. Program obejmuje wszystkie aspekty choroby: najnowsze informacje, przegląd dostępnych terapii i odpowiedni styl życia.

Choroby nowotworowe stanowią problem globalny i są częścią współczesnego świata. Wiele ludzi miało z nimi kontakt – czy to bezpośrednio, czy przez rodzinę lub znajomych. Jednak rozpoznanie raka nie oznacza wyroku śmierci, a jego przebieg i leczenie zależy również od osoby chorej i jej współpracy z lekarzami.

Mustafa Djamgoz i Jane Plant dostarczają czytelnikom najnowszej wiedzy naukowej przydatnej w walce z rakiem i w profilaktyce. Informacje opierają na badaniach zweryfikowanych i opublikowanych w międzynarodowych renomowanych magazynach. Dodatkowo Jane Plant dzieli się swoimi osobistymi przeżyciami związanymi z kilkunastoletnią walką z rakiem piersi. Jane Plant – laureatka krajowych i międzynarodowych nagród za prace nad środowiskowymi przyczynami nowotworów, jest autorką bestellerowych książek o zapobieganiu i leczeniu chorób nowotworowych. Książka „Pokonać raka" została podzielona na 10 rozdziałów, z których każdy reprezentuje jeden krok na drodze do zdrowego życia.

Pierwszy ruch to zapoznanie się z najnowszymi i niezbędnymi informacjami na temat raka: czym jest, co go wywołuje i jak mu zapobiegać. W dalszej części książki autorzy radzą jak łączyć najlepsze konwencjonalne terapie przeciwnowotworowe z leczeniem uzupełniającym, ćwiczeniami fizycznymi oraz metodami pokonania stresu. Nie zabrakło także informacji o odpowiedniej diecie i wpływie środowiska. Walka z rakiem angażuje całe otoczenie osoby chorej, dlatego też książka „Pokonać raka" jest skierowana nie tylko do pacjentów, ale też do bliskich im osób oraz służby zdrowia.

POŻEGNANIE

Hermenegilda Sołdaj (1920-2015) była tak – jak jej niezwykłe imię – kobietą również niezwykłą, o bardzo silnej osobowości, inteligentną i obowiązkową. Zawsze precyzyjna i dokładna we wszystkim co robiła, od spraw zawodowych (była mikrobiologiem), po czynności związane ze zdrowiem i kontakty koleżeńskie. Ciekawa świata i ludzi, lubiła podróże i realizowała się w nich w specyficznym dla siebie stylu.

Była jedną z tych Amazonek, dla której motto działania przyjęte przez nas w minionym okresie – *Nie czyń małych planów, one nie mają w sobie siły przebicia. Podejmuj wielkie plany. W swych nadziejach i w pracy mierz wysoko* – było od zawsze ideą Jej życia, w którym aktywnie i walecznie pokonywała chorobę i ograniczenia związane z upływem czasu.

Odeszła bardzo cicho, 24 lipca 2015 roku, pozostawiając w naszych myślach ciepłe wspomnienia wspólnej drogi.

Koleżanki

KALENDARIUM

23 lutego 2015 r.

„Zrób rakowi wspak – profilaktyka raka piersi"

W ramach wspólnej akcji Stowarzyszenia „Amazonki" Warszawa-Centrum i Aresztu Śledczego na warszawskim Grochowie od 23 lutego br. skazane kobiety, odbywające karę pozbawienia wolności uczestniczą w zajęciach z zakresu profilaktyki raka piersi. Spotkania prowadzą wolontariuszki z naszego Stowarzyszenia. Warsztaty realizowane w ramach programu readaptacji społecznej „Zrób rakowi wspak – profilaktyka raka piersi" są formą treningu pomagającego nabyć umiejętności samobadania piersi i zachęcającego osadzone kobiety do aktywnego działania na rzecz własnego zdrowia. Projekt dedykowany jest wszystkim kobietom przebywającym w warunkach izolacji penitencjarnej, bez względu na wiek uczestniczek. Realizacja programu służy niwelowaniu deficytów dotyczących umiejętności zrozumienia potrzeby dbania o swoje ciało i zdrowie, samokontroli oraz regularnego badania. Ma także ukształtować właściwą postawę osadzonych wobec zdrowia i pomóc w zrozumieniu, jak ważne jest ich własne życie. Skazane mają możliwość poszerzenia wiedzy dotyczącej profilaktyki raka piersi, nauki samobadania oraz wykrycia ewentualnych guzów piersi na specjalnym fantomie. Podczas spotkań uczestniczki mają także możliwość uzyskania odpowiedzi na nurtujące je pytania. Akcja była kontynuowana w kolejnych miesiącach.

4 marca 2015 r.

Dzień Kobiet

Tym razem, ku zaskoczeniu koleżanek, nasze spotkanie informacyjne przekształciłyśmy w Dzień Kobiet. Zaczęłyśmy od edukacji, czyli od prezentacji dyrektor Hanny Adamczak z firmy Amoena, a tuż po niej trzeba było wytężyć uwagę i odpowiadać na pytania. Pani Marta z firmy Amoena z wielkim zaangażowaniem prowadziła profesjonalnie przygotowany quiz. Starałyśmy się jak najszybciej udzielać właściwych odpowiedzi i bawiłyśmy się przy tym znakomicie. Kolejną niespodziankę sprawiłyśmy Albinie – laureatce akcji „Metamorfozy". Odbyła się koronacja, wręczenie podarunków, a następnie „Miss Albina" nagrodziła osoby, które w czasie quizu odpowiedziały właściwie na pytania konkursowe. Nie mogło też zabraknąć słodkości – pysznego ciasta marchewkowego.

Dzień Kobiet

11 marca 2015 r.

90. urodziny Zdzisi Pilicz

Tego dnia świętowałyśmy imieniny „zimowych solenizantek", ale najważniejszą osobą była Zdzisława Pilicz, która skończyła 90 lat. Zdzisia jest absolwentką Akademii Wychowania Fizycznego i prowadziła zajęcia WF ze studentami Politechniki. Jako pierwsza osoba w Polsce rozpoczęła też ćwiczenia z kobietami po leczeniu raka piersi, które odbywały się w sali gimnastycznej Politechniki Warszawskiej. Zdzisia posiadała tak fachową wiedzę z anatomii, że była w stanie pomóc, kiedy coś nas bolało. Potrafiła wskazać konkretne ćwiczenia znoszące te dolegliwości. W efekcie jej zajęcia nigdy nie były nudne i jednostajne, wciąż nas zaskakiwała jakimiś nowymi elementami. I tak jest do dzisiaj, chociaż obecnie Zdzisia Pilicz prowadzi jedynie ćwiczenia w wodzie.

Życzenia dla naszej Jubilatki

21 marca 2015 r.

„Babski Dzień"

Po raz kolejny spędziłyśmy – Ewa Grabiec-Raczak i Małgosia Rosa – na Torwarze „Babski Dzień" zachęcając do badań profilaktycznych, ucząc samobadania piersi i rozmawiając na tematy związane z naszą działalnością. W „Babskim Dniu" uczestniczyłyśmy wspólnie z Federacją Stowarzyszeń „Amazonki" reprezentowaną przez Krysię Wechmann oraz Fundacją „Piłka Jest Piękna". To właśnie razem z tymi organizacjami już po raz trzeci włączyłyśmy się także w kampanię „Razem Wgrywamy z Rakiem". Jej kulminacyjnym punktem były mecze piłki nożnej rozgrywane w drugim tygodniu czerwca, podczas których wręczałyśmy różowe kartki zachęcające do badań. Dzień na Torwarze był pełen wrażeń i mimo tego, że nasze stoisko było bardzo oblegane, udało nam się obejrzeć bogatą ofertę uczestników targów.

Krystyna Wechmann, Ewa Grabiec Raczak, Małgorzata Rosa, Barbara Cytrynowska

25 marca 2015 r.

Wielkanoc

Jak co roku spotkanie i mnóstwo życzeń oraz zaraz po nim dyskusja o raku piersi, badaniach profilaktycznych, genetycznych, a przede wszystkim o prewencyjnych zabiegach w walce z nowotworami, o których mówiono w programie „Świat się kręci".

Wielkanocne spotkanie

13 kwietnia 2015 r.

Debata poświęcona sytuacji kobiet z zaawansowanym rakiem piersi

W Poznaniu odbyła się debata na temat sytuacji kobiet z zaawansowanym rakiem piersi. Wzięli w niej udział: dr hab. n. med. Maria Litwiniuk, dr n. med. Dariusz Godlewski, dr n. med. Katarzyna Pluta-Hadas oraz liderki

Stowarzyszeń Amazonek. Głos zabrała Ala Tomczyk, która z rakiem piersi żyje już 28 lat. Większość ekspertów biorących udział w debacie zwracała szczególną uwagę na ograniczania, które zwiększyły się po wprowadzeniu pakietu onkologicznego. Zaprotestowano też przeciwko odejściu od koncepcji wielodyscyplinarnych ośrodków leczenia raka piersi tzw. Breast Cancer Units. Po debacie uczestnicy obejrzeli monodram w wykonaniu Agnieszki Różańskiej „Jest jak jest", którego tematem jest zmaganie się z nowotworem.

Ewa Grabiec-Raczak i Wiesława Kunicka podczas Debaty w Poznaniu

26 kwietnia 2015 r.

HUBERTUS EXPO

Podczas targów HUBERTUS EXPO 2015, na które zostałyśmy zaproszone przez Dianę Serafin-Piotrowską mogłyśmy czynnie włączyć się do akcji „Rok Różowych Łowów", ucząc samobadania piersi, rozdając ulotki i zabierając głos na temat profilaktyki tej choroby. Dorota Durbas-Nowak, pomysłodawczyni akcji i autorka bloga Jagermeisterin – Kobieca strona łowiectwa, zachęcała do wsparcia działań naszej organizacji, a przede wszystkim do badań profilaktycznych.

Ewa Grabiec-Raczak, Wiesława Kunicka i Małgosia Rosa na Hubertus Expo 2015

23 maja 2015 r.

Dni Ursynowa

Tradycyjnie, już po raz dwudziesty, Ursynów obchodził swoje święto – Dni Ursynowa 2015. Był to wielki, rodzinny piknik z miasteczkiem promocyjnym oraz programem artystycznym na dwóch scenach. Na wyjątkowe jubileuszowe wydarzenie zaprosił wszystkich mieszkańców dzielnicy Ursynów i całej stolicy Burmistrz – Robert Kempa. W specjalnych strefach: rekreacyjnej, Smaki Lata i medycznej było mnóstwo atrakcji m.in.: plac zabaw dla dzieci, ścianka wspinaczkowa, pokaz malowania piaskiem Tatiany Galitsyny oraz gotowanie z Robertem Sową. W parku przy Kopie Cwila było także miasteczko wojskowe, stoisko radia Złote Przeboje. My, jak co roku udzielałyśmy porad i uczyłyśmy samobadania piersi.

23 maja 2015 r.

Biała Sobota

To coroczna akcja profilaktyczna organizowana przez stołeczne Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie. Organizatorzy zapraszali na bezpłatne badania cytologiczne panie w wieku od 25 do 59 lat oraz mammograficzne kobiety w wieku od 50 do 69 lat, które w ciągu ostatnich dwóch lat nie wykonały profilaktycznej mammografii. Ponadto chętni mogli sprawdzić poziom cukru, zmierzyć ciśnienie tętnicze krwi oraz wykonać pomiar zawartości tlenku węgla w wydychanym powietrzu. Specjaliści zachęcali do zdrowego stylu życia oraz radzili, jak walczyć z nałogiem palenia papierosów. Amazonki także, jak co roku udzielały porad i uczyły samobadania piersi.

25 maja 2015 r.

IV Forum Pacjentów Onkologicznych

W Warszawie odbyło się doroczne spotkanie organizowane przez Polską Koalicję Pacjentów Onkologicznych, inaugurujące Europejski Tydzień Walki z Rakiem, dotyczące sytuacji polskiego pacjenta onkologicznego w systemie ochrony zdrowia. W trakcie publicznej debaty z udziałem ekspertów i pacjentów próbowano odpowiedzieć na pytanie: „Czy pacjent może mieć zaufanie do systemu opieki onkologicznej w Polsce?" Na Forum nasze Stowarzyszenie reprezentowały: Ewa Grabiec-Raczak, Ela Samselska, Grażyna Haber.

6 czerwca 2105 r.

Piknik „Dzień zdrowej rodziny"

W sobotę w dzielnicy Żoliborz odbył się Piknik „Dzień zdrowej rodziny", w którym wzięliśmy udział ucząc samobadania piersi i zachęcając do badań profilaktycznych. Były także bezpłatne porady dietetyka, kardiologa, badanie słuchu i wiele innych ważnych dla naszego zdrowia porad i badań. Odbyły się między innymi: pokaz ratownictwa medycznego, gry i zabawy integracyjne oraz występy artystyczne.

9 czerwca 2015 r.

90. rocznica wmurowania kamienia węgielnego pod Instytut Radowy w Warszawie

Uczestniczyłyśmy w uroczystości zorganizowanej z okazji 90. rocznicy wmurowania kamienia węgielnego i aktu erekcyjnego pod Instytut Radowy w Warszawie. Miał to być drugi na świecie, po paryskim – założonym w 1914 roku – ośrodek, w którym leczeni są chorzy na raka. Instytut powstał z inicjatywy Marii Skłodowskiej-Curie, która już w 1923 roku powiedziała: *Mojem najgorętszem życzeniem jest powstanie Instytutu Radowego w Warszawie*. Ośrodek wzniesiono ze składek społeczeństwa. Był to „dar narodowy" dla wielkiej uczonej. Podczas uroczystości młodzież z 38 Gimnazjum im. Marii Skłodowskiej-Curie przygotowała inscenizację tego wydarzenia pt. „Zobaczymy, jak było kiedyś". Dyrekcja Centrum Onkologii oraz zaproszeni goście złożyli również kwiaty przy pomniku naszej wybitnej rodaczki.

Ewa Wróblewska, Ela Kucharska, Marianna Reguła, Nina Sienkiewicz

Ewa Grabiec-Raczak, dr Sławomir Mazur, Zosia Michalska, Ela Wojciechowska

Ogólnopolską kampanię „Avon kontra Rak Piersi" wspierają gwiazdy i celebryci

13 czerwca 2015 r.

Marsz Różowej Wstążki – Avon Walk

To było przede wszystkim święto przyjaciółek, którymi symbolicznie nazwałyśmy nasze piersi – bo są z nami na co dzień i trzeba o nie dbać. Była także cała masa atrakcji! Taniec, zabawa, dużo różu! Spotkania z gwiazdami, koncert Kayah, strefa dla mężczyzn, oaza fit, atrakcje dla dzieci, bezpłatne badania USG, konkurs, a w nim do wygrania samochód. Avon Walk to zwieńczenie całorocznych działań w ramach kampanii „Avon kontra Rak Piersi" i szczytny cel: uświadamianie kobietom, jak ważna w walce z rakiem piersi jest profilaktyka. Dlatego też na mecie było można wykonać bezpłatne badanie USG piersi i nauczyć się samobadania. Nasze koleżanki: Ela Kucharska, Ewa Wróblewska i Grażyna Haber, mimo upału, świetnie sobie radziły z wyjątkowo dużym zainteresowaniem uczestników imprezy plenerowej, udzielając porad, rozdając ulotki i ucząc, jak badać swoje piersi.

Marsz Różowej Wstążki – Avon Walk

18 czerwca 2015 r.

Konferencja „Rola promocji zdrowia i profilaktyki w chorobach nowotworowych"

Zosia Michalska i Wiesia Kunicka wzięły udział w konferencji „Rola promocji zdrowia i profilaktyki w chorobach nowotworowych", zorganizowanej przez Wyższą Szkołą Infrastruktury i Zarządzania. Spotkanie miało na celu zwrócenie uwagi na propagowanie zdrowego trybu życia, profilaktyki oraz wczesnego wykrywania zmian nowotworowych. Problematyka konferencji została rozszerzona o zajęcia warsztatowe prowadzone w Strefie Profilaktyki Nowotworów, gdzie można było skonsultować się z lekarzem specjalistą oraz nabyć praktyczne umiejętności wczesnego wykrywania zmian nowotworowych poprzez ćwiczenia na fantomach.

Stoisko Stowarzyszenia Amazonki Warszawa-Centrum na Avon Walk

22 czerwca 2015 r.

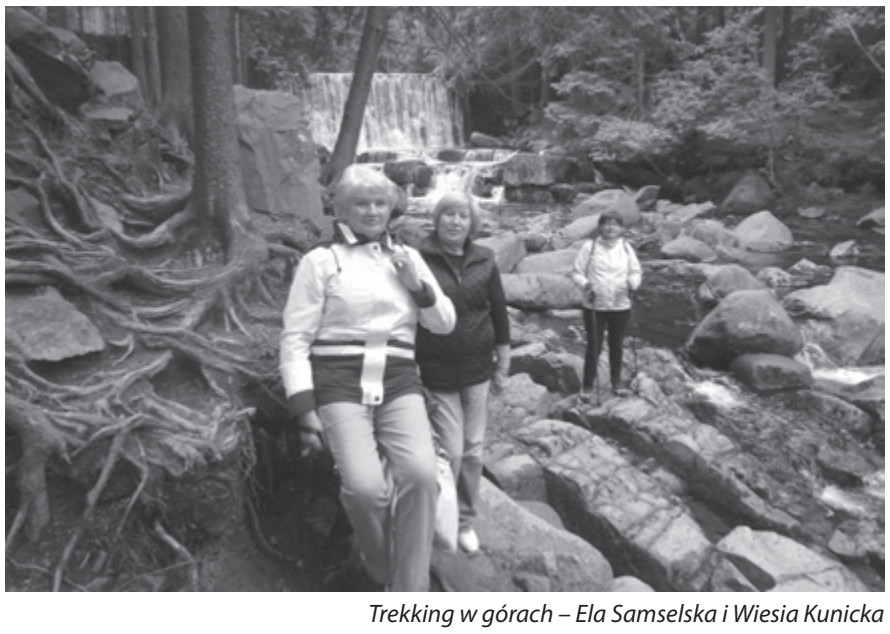
Konferencja „Powrót do pracy po chorobie nowotworowej"

Zosia Michalska i Ewa Wróblewska wzięły udział w konferencji „Powrót do pracy po chorobie nowotworowej", której podstawowym celem była wymiana wiedzy między instytucjami i osobami zajmującymi się problematyką powrotu do pracy osób po chorobie nowotworowej oraz aktywizacja tych środowisk.

23-28 czerwca 2015 r.

Trekking

Wiesia Kunicka i Ela Samselska wybrały się na trekking w górach zorganizowany przez Federację Stowarzyszeń „Amazonki" w ramach projektu „Razem przez góry". Wyprawy startowały z Karpacza i okazało się, że zdobywanie szczytów było czasami trudne i męczące, ale w konsekwencji ogólna kondycja fizyczna koleżanek uległa poprawie. Zdobyły: Śnieżkę, Szrenicę, dotarły do wodospadu Siklawa, zwiedziły również okolice Szklarskiej Poręby, Jeleniej Góry i Karpacza.



Trekking w górach – Ela Samselska i Wiesia Kunicka

16-30 czerwca 2015 r.

Turnus rehabilitacyjny w Juracie – czytaj na stronie 13.

3-5 lipca 2015 r.

Spartakiada w Koszalinie – czytaj na stronie 12.

4 lipca 2015 r.

„Bezpieczne Wakacje" z Dzielnicą Bemowo

Nie straszny nam nawet upał. Po raz kolejny wraz z zespołem Centrum AstiMed wzięłyśmy udział w pikniku edukacyjnym tym razem zorganizowanym w Parku Górczewska na Woli.

14 lipca 2015 r.

Monitoring pakietu onkologicznego

Wzięłyśmy udział w trwających konsultacjach pacjenckich pakietu onkologicznego w ramach Projektu Społeczny Monitoring Wdrażania i Realizacji Pakietu Onkologicznego finansowanego z Funduszy EOG. Celem spotkania było podsumowanie dotychczasowego działania pakietu i dyskusja na temat koniecznych zmian w projekcie.

17-21 lipca 2015 r.

Szkolenie liderek w Wągrowcu

Podczas szkolenia liderek w Wągrowcu koleżanki: Albina Radzikowska, Halina Rodziewicz i Ewa Wróblewska pogłębiały wiedzę z zakresu rehabilitacji, psychologii oraz zarządzania i zdobywania funduszy na działania statutowe organizacji.

18 lipca 2015 r.

„Myśliwski Poker"

W sobotę na strzelnicy w Siemianowicach Śląskich odbyły się Zawody o „Czarny Diament Ziemi Śląskiej". Coroczną tradycją jest organizowanie charytatywnego strzelania parkourowego, tzw. „Myśliwskiego Pokera", z którego wpisowe przeznaczane jest w całości na cel charytatywny. W tym roku organizatorzy, za sprawą Mistrzyń Polski w Strzelaniach Dian, postanowili przeznaczyć zgromadzone środki na Rok Różowych Łowów i Stowarzyszenie „Amazonki" Warszawa-Centrum. Startów w Pokerze było przeszło 150, a tylko czterem Kolegom udało się „wyczyścić" rundę po barażach. Zwycięzcą został Kolega Marcin Szymczuk, który otrzymał pióro ufundowane przez Prezydenta Miasta Katowic, Puchar Przechodni „Dar Serca", oraz drobny upominek ode mnie, jako różowego duszka Zawodów. Dodatkowo zorganizowana została aukcja, z której dochód został przekazany na cel charytatywny. Jeszcze raz chcę gorąco podziękować Zarządowi Okręgowemu za przychylność i gościnność, Wystrzałowym Dziewczynom za wstawiennictwo i zainicjowanie tej akcji, wszystkim sponsorom oraz wszystkim uczestnikom „Myśliwskiego Pokera", którzy włączyli się do akcji na rzecz Stowarzyszenia. Niech Wam Bóg i Bór Darzą!

Dorota Durbas-Nowak

29 sierpnia 2015 r.

„Family Days"

Wydarzenie „Family Days" to targi, które odbyły się w Hali Torwar. W imprezie wzięło udział 100 firm. Rodziny mogły skorzystać z wielu atrakcji zaczynając od warsztatów muzycznych dla dzieci, po castingi do seriali i filmów, udział w grach. Wykłady prowadzone na scenie przez naszych wystawców i ekspertów spotkały się z zainteresowaniem wszystkich zwiedzających. Można było skorzystać z konsultacji i porad lekarskich prowadzonych przez pracowników Szpitala im. Świętej Rodziny oraz nasze koleżanki: Ewę Wróblewską i Marylkę Szymanek.

28-30 sierpnia 2015 r.

Spartakiada w Olsztynie – czytaj na stronie 12.

5 września 2015 r.

Piknik „Żegnaj lato"

Tradycyjnie w pierwszą sobotę września na terenach rekreacyjnych Parku Olszyna na Bielanach odbył się piknik „Żegnaj lato na Bielanach 2015", podczas którego miałyśmy okazję rozmawiać o profilaktyce raka piersi, uczyłyśmy także samobadania. Na scenie i stoiskach, jak zwykle na tego rodzaju imprezach czekało mnóstwo atrakcji, z których chociaż częściowo udało nam się skorzystać.

Krysia Nader, Irena Opłoczyńska i Ewa Wróblewska na Bielanach

6 września 2015 r.

Onkobieg

W pierwszą niedzielę nowego roku szkolnego, Stowarzyszenie Pomocy Chorym na Mięsaki „SARCOMA" zaprosiło wszystkich, którzy aktywnie chcieli spędzić czas na ósmą edycję Onkobiegu. Celem była pomoc podopiecznym Centrum Onkologii w Warszawie, ustanowienie nowego rekordu imprezy oraz dobra zabawa. Bieg na wyznaczonej trasie w postaci pętli o długości 1350 m wyrażał solidarność z pacjentami, walczącymi z chorobą nowotworową. Rozpoczął się o godzinie 12.30 i trwał 60 minut, a każdy uczestnik mógł pokonać dowolną liczbę okrążeń trasy. W imprezie wzięli udział zarówno dorośli, jak i dzieci, zdrowi i chorzy, poruszający się samodzielnie lub z pomocą wspomagania przez sprzęt transportowy taki jak: wózki inwalidzkie, wózki dziecięce, łyżworolki, a nawet hulajnogi. Z pierwszych doniesień wynikało, że został pokonany dystans ponad 11 000 km.

Pierwszy od lewej prezes Stowarzyszenia „Sarcoma" – Kamil Dolecki, pośrodku dyrektor ds. lecznictwa COI w Warszawie – dr Beata Jagielska

Opracowała
Ewa Grabiec-Raczak

AKTUALNE INFORMACJE O STOWARZYSZENIU

Zarząd Stowarzyszenia

Ewa Grabiec- Raczak
prezes

Wiesława Kunicka
wiceprezes

Grażyna Haber
wiceprezes

Elżbieta Samselska
sekretarz

Margarita Piątkiewicz
skarbnik

Halina Rodziewicz
członek

Ewa Wróblewska
członek

Komisja Rewizyjna:
Alicja Kolasa, Elżbieta Kucharska, Irena Rakowska

Telefon Zaufania

664-75-70-50 – czynny pon.- pt., godz. 10.00-17.00

Biuro

22 546-28-97 – czynne pon. - pt., godz.10.00-13.00

Najważniejsze inicjatywy Stowarzyszenia

1. Objęcie przez nasze Ochotniczki opieką pacjentek z rakiem piersi w pięciu warszawskich szpitalach.
2. Zorganizowanie kompleksowej opieki lekarskiej nad członkiniami Stowarzyszenia.
3. Aktywne samopomocowe oddziaływanie na środowisko kobiet dotkniętych rakiem piersi.
4. Stale rozwijana i doskonalona działalność szkoleniowo-informacyjna.
5. Systematyczne i konsekwentne przełamywanie barier lęku przed rakiem poprzez edukowanie społeczeństwa.
6. Wybudowanie Centrum Edukacyjno-Terapeutycznego przy Zakładzie Rehabilitacji Centrum Onkologii.
7. Powołanie Poradni Amazonki, udzielającej konsultacji telefonicznych i osobistych wszystkim chorym na raka.
8. Utworzenie Biblioteki „Amazonki chorym na raka" w Centrum Onkologii w Warszawie przy ul. W. K. Roentgena 5.

Instytucje i organizacje wspierające Stowarzyszenie

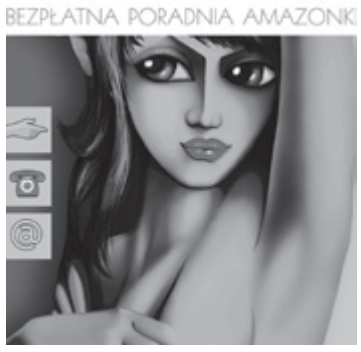
Amoena, Avon Cosmetics Polska, AstraZeneca, Bayer Schering Pharma, Fundusz Inicjatyw Obywatelskich, Fundacja TVN „Nie jesteś sam", GlaxoSmithKline, Krajowy Depozyt Papierów Wartościowych, Laboratorium Kosmetyczne Dr Irena Eris S.A., Media TV Plus Sp. z o.o., Novartis Poland Sp. z o.o., Oceanic, Polska Unia Onkologii, PBH S.A. QUIOSQUE, Roche Polska, Samsung, Sanofi-Aventis, „Twój Styl", Urząd Marszałkowski Województwa Mazowieckiego, Vipharm S.A., Zakład Rehabilitacji, Centrum Onkologii, indywidualni sponsorzy, osoby prawne i fizyczne

Osoby szczególnie zasłużone dla Ruchu Amazonek

dr Krystyna A. Mika
prof. dr hab. Zbigniew Wronkowski

Ochotniczki pracujące w Stowarzyszeniu

Alicja Chrzanowska
Marta Jędrych-Gryboś
Irena Kasińska
Leokadia Katra
Anna Korczak
Elżbieta Kucharska
Janina Kuć
Wiesława Kunicka
Anna Lipka
Zofia Lipska
Teresa Maciejowska
Zofia Michalska
Bianka Mirska
Krystyna Nader
Anna Oleksiewicz
Irena Opłoczyńska
Wanda Pęconek
Margarita Piątkiewicz
Albina Radzikowska
Irena Rakowska
Marianna Reguła
Halina Rodziewicz
Małgorzata Rosa
Elżbieta Samselska
Krystyna Sikorska-Krajewska
Janina Sienkiewicz
Regina Swarcewicz-Balicka
Maria Szelągowska
Marianna Szymanek
Mirosława Tubiak
Elżbieta Wojciechowska
Ewa Wróblewska



PORADNIA AMAZONKI

NASI SPECJALIŚCI
CZEKAJĄ NA WASZE PYTANIA

W Poradni Amazonki na terenie Centrum Onkologii przyjmują:

Rehabilitanci: dr Hanna Tchórzewska-Korba – specjalista II stopnia – wt., godz. 14-18, pok. nr 9
Rehabilitacja ruchowa: mgr Krystyna Puto – śr., godz.14.30-15.15, duża sala gimnastyczna
Rehabilitacja ruchowa: mgr Justyna Krzyż-Grodecka – wt . i czw. w godz.14.30-15.15, duża sala gimnastyczna
Radca prawny: adw. Alicja Lachowska - czw., godz. 11.00-13:00, biuro Stowarzyszenia
Psycholog: mgr Agnieszka Waluszko – przyjmuje w środy w godz. 13.00-15.00, pok. nr 3
Dyżury Ochotniczek z Ochotniczką możesz porozmawiać o wszystkim – wt. i śr., godz. 10.00-13.00
Biuro Amazonki – pon.- pt., godz.10.00-13.00

Centrum Pomocy Telefonicznej

Bezpłatna Infolinia, lekarz onkolog tel. 800 49 34 94, pon. – czw., godz. 16.00-22.00
Rehabilitant tel. 22 546 26 33 lub 22 546 25 86, wt. godz. 14.00-18.00
Pielęgniarka tel. 22 713 86 02 lub 602 61 00 29, pon. godz. 10.00-18.00
Ekspert od problemów z włosami: Izabela Szymczak tel. 609 822 872, pon. godz. 20.00-22.00
Ochotniczka tel. 664 757 050, pon. – pt., godz. 9.00-17.00
Biuro Amazonki tel. 22 546 28 97, pon. – pt., godz. 10.00-13.00

„Gazeta Amazonki" w Internecie

Wiekszość numerów „Gazety Amazonki„ możesz przeczytać na naszej stronie **www.amazonki.org.pl**

AMAZONKI WARSZAWA-CENTRUM

Siedzibą Stowarzyszenia „Amazonki" Warszawa-Centum
jest Zakład Rehabilitacji Centrum Onkologii,
ul. W. K. Roentgena 5, 02-781 Warszawa
tel. 22 546-28-97
e-mail: amazonki@coi.waw.pl
www.facebook.com.pl/AmazonkiWarszawa
www.amazonki.org.pl

Redakcja
Aleksandra Rudnicka
Ewa Grabiec-Raczak
Współpraca
Członkinie Stowarzyszenia
„Amazonki" Warszawa-Centrum
Fot. Ewa Grabiec-Raczak

Konto bankowe
83 1020 1055 0000 9402 0016 6280
KRS 0000023411

Wydawca
aleksandria@zigzag.pl