ISSN-1732-2928

nr 20

AMAZONKI

październik 2011 • gazeta bezpłatna
Gazeta „Amazonki" jest wydawana dzięki finansowemu wsparciu

Vipharm s.A.
Z LEKARZAMI DLA PACJENTÓW

Gazeta Stowarzyszenia „AMAZONKI" WARSZAWA-CENTRUM

Motto na 2011 rok:

„Życie to najcenniejszy dar"

Drodzy Państwo, Kochane Amazonki

Odczuwam nieodpartą potrzebę by raz jeszcze zabrać głos w sprawie PARS, stowarzyszenia Polskie Amazonki Ruch Społeczny. Dostrzegam, że wciąż istnieją niedomówienia i wynikający stąd brak zrozumienia, dlaczego i po co został powołany.

Spotkanie w Instytucie Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej

Polskie Amazonki Ruch Społeczny został powołany do życia w 2009 r. przez Warszawskie Amazonki, nie zamiast nich, a obok. Wieloletnie doświadczenie Amazonek w pokonywaniu skutków choroby oraz wspieraniu kobiet chorych na raka piersi wykazało, że istnieje potrzeba szerszego potraktowania tego tematu, że należy stworzyć mechanizm pokonywania barier systemowych w kierunku poprawy dostępu i jakości świadczeń w zakresie diagnostyki, leczenia oraz rehabilitacji wszystkich ludzi chorych na raka. Aby taki cel osiągnąć potrzeba wysiłku wielu ludzi, nie tylko chorych, ale ich rodzin, bliskich, lekarzy, pielęgniarek, specjalistów, społeczników, tak naprawdę wszystkich, którym nie jest obojętny stan polskiej onkologii. I właśnie PARS zrzesza takich ludzi, a swoim działaniem daje szansę osiągnięcia celu, jakim jest poprawa dostępności do kompleksowego leczenia. Poprawy trybu leczenia chorych na raka upatrujemy przede wszystkim w dążeniu do zmian systemowych, które doprowadziłyby do tworzenia dużych, wyspecjalizowanych ośrodków, w których pacjent traktowany będzie kompleksowo i uzyska w nich zarówno dostęp do wiedzy, jak i do nowoczesnej diagnostyki oraz metod leczenia i rehabilitacji.

Podejmowane przez stowarzyszenie Polskie Amazonki Ruch Społeczny działania nie naruszają w żadnym stopniu misji i celów statutowych Stowarzyszenia „Amazonki" Warszawa Centrum, a co za tym idzie i innych Klubów Amazonek, a tym bardziej Federacji. Można powiedzieć, że organizacje te są komplementarne w stosunku do siebie, przy czym PARS skupia się głównie na rozwiązaniach systemowych. Dla pełnego zobrazowania i zrozumienia praktycznych działań PARS pragnę wymienić kilka wybranych projektów, które aktualnie realizowane są przez organizację:

1. Szkolenie środowiskowych pielęgniarek z wiedzy „Minimum Onkologiczne", którym objęte są pielęgniarki z 8 województw - I etap (więcej na ten temat w dodatku PARS do naszej gazety)
2. Przeprowadzenie audytu programów przesiewowych, który da odpowiedź na pytanie, jakie zmiany należy wprowadzić w programach przesiewowych w celu optymalnej ich realizacji i organizacji;
3. Współtworzenie (powoływanie do życia) Akademii Czerniaka;

Czekamy na wynik międzynarodowego konkursu Watchdog`a – „Strażnika Społecznego" w obszarze dostępności i jakości świadczeń onkologicznych oraz przestrzegania praw pacjenta.

Dla pełnego zrozumienia, czym jest PARS zapraszam za stronę www.ruchspoleczny.org.pl, Przeczytajcie proszę WEZWANIE DO DZIAŁANIA i solidarnie spróbujmy występować w interesie chorych. Członkiem PARS może zostać każdy, kto chciałby i może przyczynić się do zmiany i poprawy trybu leczenia chorób nowotworowych w Polsce. Jednak aby walczyć o jakość życia chorych na raka oczywiste jest, że niekoniecznie trzeba być członkiem PARS, równie dobrze można dążyć do tego celu w każdej innej organizacji.

W jedności siła!

Wierzę, że wspólny wysiłek nas wszystkich przyczyni się do przeprowadzenia oczekiwanych zmian w obszarze opieki onkologicznej, a nam da satysfakcję ze wspólnych działań. Pamiętajcie, że dla nikogo i dla żadnej organizacji nie brakuje przestrzeni w działaniu na rzecz chorych na raka.

Elżbieta Kozik

POMÓŻ - POMAGAĆ

Od 24. lat wspieramy kobiety z rakiem piersi

Przekaż 1% swojego podatku
na
STOWARZYSZENIE „AMAZONKI" WARSZAWA-CENTRUM

KRS 0000023411

W 2011 roku kontynuujemy zbieranie środków na budowę Domu Chorych na Raka

Zapraszamy na nasze strony
www.amazonki.org.pl
www.ruchspoleczny.org.pl
amazonki@free.ngo.pl, tel. 0501 948 848

25 LAT RUCHU AMAZONEK W POLSCE EWOLUCJA MISJI OCHOTNICZEK

Pomysł psychicznego wspierania kobiet bezpośrednio po mastektomii podsunęła nam dr Krystyna Mika – twórczyni programu rehabilitacji kobiet po mastektomii w Polsce. „Musicie dotrzeć do szpitali, do kobiet po operacji, przekonać je, że raka można pokonać i wygrać życie. Pokazać na własnym przykładzie, że tak może być. I to musicie zrobić właśnie wy. Bo kiedy ja próbuję przekonać o tym chore kobiety, odpowiadają - pani tak mówi, bo pani za to płacą. Wy będziecie wiarygodne, bo wyście same przez to przeszły".

Ochotniczki ze Stowarzyszenia „Amazonki" Warszawa-Centrum na spotkaniu z okazji Dnia Wolontariusza, 2009 r

Było to w roku 1987 – niedługo po powstaniu pierwszego klubu Amazonek. Od pięciu lat mgr Zdzisława Pilicz prowadziła przy Zakładzie Rehabilitacji Centrum Onkologii w Warszawie, kierowanym przez dr Mikę gimnastykę dla kobiet po mastektomii. Była to właściwie grupa wsparcia, która stała się zalążkiem powstałego klubu. Wyzwanie rzucone przez dr Mikę było trudne, ale zdecydowałyśmy się je podjąć.

Z początku było nas tylko trzy: Elżbieta Jaworska, Bożenka Krawczyk i ja. Należało dotrzeć do szpitali, które wtedy były zamknięte dla osób postronnych. Odwiedziny chorych odbywały się w określonych dniach i godzinach. Personel nie dopuszczał obcych na oddział. Musiałyśmy przede wszystkim pokonać tę barierę. Mobilizując swój takt, kulturę i inteligencję starałyśmy się przekonać lekarzy i pielęgniarki do naszej misji. Zapewnić, że nie będziemy wchodzić w cudze kompetencje, ani wypowiadać się na tematy medyczne – jedynie, korzystając z własnych doświadczeń, wspierać psychicznie chore kobiety, pokazując na swoim przykładzie, że można przetrwać leczenie, pokonać chorobę i żyć normalnie. Należy tylko otrząsnąć się z depresji, zmobilizować do współpracy z lekarzami i uwierzyć, że to się może udać.

Stopniowo, nie bez oporów, biały personel nabierał do nas zaufania, zaczynał widzieć w nas sprzymierzeńców. Pierwszy zaakceptował naszą obecność szpital kliniczny przy ul. Banacha, następnie Instytut Radowy przy ul. Wawelskiej i Centrum Onkologii na Ursynowie.

Prócz budzenia nadziei i podnoszenia na duchu udzielałyśmy operowanym kobietom praktycznych wskazówek. Mówiłyśmy o tym, jak ważne jest noszenie protezy, radziłyśmy jak uzyskać refundację. Zwracałyśmy uwagę na konieczność specjalistycznej rehabilitacji i wskazywałyśmy, gdzie jest prowadzona. Przy okazji wspominałyśmy o naszym Klubie, który również takie zajęcia prowadził. Bardzo istotne były wskazówki dotyczące profilaktyki przeciwobrzękowej, co miało kolosalne znaczenie dla jakości życia po odjęciu piersi i usunięciu węzłów chłonnych. Zwracałyśmy także uwagę na konieczność okresowych badań kontrolnych.

W 1992 r. dzięki międzynarodowej organizacji Reach to Recovery zostało zorganizowane pierwsze szkolenie Polskich Ochotniczek. Prowadzone było wg programu tej organizacji, ale zmodyfikowanego i dostosowanego do polskich warunków przez naszych psychologów: p. dr Małgorzatę Adamczak i p. mgr Teresę Turuk-Nowak. Od tego momentu Ochotniczki w całej Polsce chodziły do szpitali odpowiednio przeszkolone przez wysokiej klasy profesjonalistów: psychologów i fizjoterapeutów.

Przygotowałyśmy równocześnie dla chorych kobiet materiały informacyjne. Była to m.in. broszurka dr K. Miki „Po odjęciu piersi", zawierająca istotne wskazówki i informacje o protezach, gimnastyce rehabilitacyjnej, profilaktyce przeciwobrzękowej i automasażu, a także specjalistycznej bieliźnie dla kobiet po amputacji piersi. Osobny rozdział poświęcony był jakości życia po mastektomii, relacjach w rodzinie, możliwościach powrotu do pracy i perspektywie normalnego życia po przeżytej traumie.

Mijał czas. Ruch nasz rozwijał się żywiołowo. Rosła liczba klubów i ich liczebność. Działalność Amazonek oswajała społeczeństwo z problemem raka piersi, pomagała pokonać strach, ucząc jednocześnie szacunku do tej choroby i ułatwiając akceptację osób już nią dotkniętych.

Prasa coraz częściej poruszała zagadnienia związane z profilaktyką i leczeniem raka piersi, zamieszczała wywiady z kobietami w trakcie leczenia lub powracającymi do zdrowia. Wkrótce i telewizja zaczęła zapraszać Amazonki do studia, gdzie mogły opowiedzieć o sobie i pokazać, że żyją mimo diagnozy, która do niedawna wydawała się wyrokiem śmierci. Kobiety chore na raka piersi przestały być anonimowe. Pierwszą, która pokonała barierę anonimowości była nasza Ochotniczka – Bożenka Krawczyk, godząc się na zamieszczenie swego podpisanego zdjęcia w kolorowym piśmie kobiecym.

Wszystko to nie pozostawało bez wpływu na stan psychiczny chorych odwiedzanych przez nas w szpitalach. Spotykałyśmy teraz kobiety spokojniejsze, mniej zestresowane, bardziej świadome sytuacji, w której się znalazły. Duża część miała już jakąś wiedzę na temat choroby zdobytą dzięki telewizji, prasie lub w internecie, którego rola informacyjna bardzo szybko rosła.

Wymuszało to również na Ochotniczkach kontrolę swoich kwalifikacji, elastyczność i krytycyzm, dostosowywanie poziomu rozmów do oczekiwań kobiet w szpitalach. Stopniowo zmieniały się proporcje, temperatura i tematyka poruszana przy łóżku kobiet. Większego znaczenia nabierało wsparcie psychiczne, rozmowa o perspektywach dalszego funkcjonowania w środowisku rodzinnym i zawodowym, możliwości powrotu do pracy i ogólnie o przyszłości po wyjściu ze szpitala i zakończeniu ewentualnego leczenia uzupełniającego. Przyszłości, o której realności należało rozmówczynię przekonać.

Nadal niesłychanie ważna była rozmowa „w cztery oczy", ale mniejszą rolę odgrywać zaczęła informacja, którą w coraz większej mierze przejmowała służba zdrowia. Pielęgniarki i rehabilitanci oddziałowi więcej czasu poświęcali pacjentkom, wyjaśniając im sens i wagę „trzyłóżkowych" zabiegów rehabilitacyjnych. Lekarze zaczęli rozumieć, że pacjentkom należy się więcej zainteresowania i troski.

Udostępniane przez nas materiały, wciąż aktualizowane i uzupełniane, coraz lepiej spełniały rolę źródła informacji rzetelnych, fachowych i wyczerpujących.

Nie do przecenienia natomiast nadal był i jest kontakt osobisty chorej kobiety i Ochotniczki.

W porównaniu z początkiem działalności zmienił się też sposób postępowania i terapii. Coraz częściej zamiast mastektomii stosuje się operacje oszczędzające (co wymusiło nawet na nas usunięcie słowa mastektomia z nazwy Ruchu) lub jedynie wyłuskanie guza. Usuwanie węzłów chłonnych też ogranicza się często do węzłów wartowniczych. To zmienia na lepsze sytuację kobiet, ograniczając okaleczenie związane z ratowaniem życia.

Osobny problem, wymagający jeszcze innego podejścia ze strony Ochotniczki – to kobiety po operacjach odtwórczych, których także jest coraz więcej na oddziałach chirurgii raka piersi.

W ostatnich latach bardzo obniżył się wiek kobiet zapadających na raka piersi. Wymagają one innego podejścia. Jest to dodatkowe wyzwanie dla Naszego Ruchu. Ochotniczki, to zwykle kobiety w wieku emerytalnym, bo przeważnie tylko osoby na emeryturze dysponują czasem pozwalającym na tę pracę. Różnica wieku wymaga dużego taktu, przenikliwości, wyobraźni, kultury i doświadczenia, by zdobyć zaufanie młodszej kobiety i skutecznie jej pomóc.

To zawsze są trudne rozmowy, trudne kontakty, trudne zamyślenia, nieraz kłopotliwe i ciężkie chwile milczenia. Bo nie można mijać się z prawdą, nie można tracić wiarygodności. A wszyscy, także kobiety patrzące nam w oczy z niemą nadzieją, wiemy, że nie zawsze przychodzi zwycięstwo. Czasem trzeba pogodzić się z bolesną przegraną.

Wszystkie te trudne aspekty misji Ochotniczek powinno uwzględniać szkolenie.

Prowadzone jest ono od początku przez Federację.

Z uznaniem trzeba przyznać, że Zarząd Federacji nigdy nie zgodził się na tzw. szkolenie kaskadowe, co mogłoby obniżyć jego poziom. Zawsze prowadzone jest ono przez federacyjnych profesjonalistów najwyższej klasy, którzy muszą uwzględniać zmiany zadań Ochotniczek wymuszone przez czas i życie. Nie jest to łatwe. Wymaga wyobraźni i konstruktywnego spoglądania w przyszłość oraz zdolności prognozowania czekających nas wyzwań.

Zofia Michalska

REFLEKSJA

Od 19 lat jestem amazonką ze Słupska, a od 15 lat – członkiem Zarządu Federacji Stowarzyszeń Amazonki.
Z powrotu nawroty choroby nie byłam obecna na Walnym Zebraniu Federacji w Poznaniu w marcu b.r., gdzie warsz awskie amazonki rozdawały swoją gazetę. Numer 19 przeczytałam będąc na warsztatach terapeutycznych w Ciechocinku 5-9 lipca b.r.
Uczestnicząc w Zebraniu Zarządu zapoznałam się z realizowanym planem działań Federacji na 2011 rok. Jestem pod wrażeniem różnorodności i ilości zaplanowanych i zrealizowanych szkoleń.
Mam ogromne doświadczenie w uczestniczeniu w wielu szkoleniach w Polsce i za granicą i nie przypuszczałam, że będę beneficjentem warsztatów dla osób z nawrotem choroby.
Jakość i atmosfera przeszła moje wyobrażenie. Jestem dumna z koleżanek z Zarządu za pracę i wysiłek, jaki wkładają w zdobywanie środków i organizację spotkań o tak potrzebnej tematyce. Mamy wspaniałych psychologów zaangażowanych i realizujących nasze wspólne projekty.
W rozmowach z innymi uczestniczkami mogę z pełną odpowiedzialnością powiedzieć, że ta forma wsparcia – a wsparcie to nasza MISJA – jest nie do przecenienia i nie wyobrażam sobie, aby tej „pigułki energetycznej" zabrakło w trakcie mojego leczenia.
Będąc przez wiele lat prezesem Stowarzyszenia Amazonka w Słupsku zdobywałam środki finansowe dla realizacji wspólnych celów Federacji. Obecnie wiele klubów w taki właśnie sposób działa dla wspólnej sprawy naszej Federacji.
Czytając artykuł kol. Zosi Michalskiej we wspomnianym numerze /19/ zrobiło mi się po prostu przykro, że przewodnicząca Konwentu Seniorów oceniając naszą pracę w kontekście 25-lecia istnienia warszawskiego klubu, z niezrozumiałych dla mnie powodów utożsamia obchody swojego macierzystego klubu z nowo powstałym stowarzyszeniem „ POLSKIE AMAZONKI", pisząc w artykule"Zbliża się 25 lat istnienia Polskich Amazonek...".
Takie określenie budzi we mnie zapytanie. To co będziemy obchodzili jako Federacja w 2013 roku?
Według mojej wiedzy będzie to właśnie 20-lecie Federacji, a Federacja to amazonki, którą tworzy 200 klubów zrzeszających ok. 25 tysięcy osób. To ruch społeczny, który razem tworzyłyśmy. W przyszłym roku będziemy składać gratulacje i wspominać nasze koleżanki na okoliczność powstania pierwszego w Polsce klubu Warszawa Centrum. W tym roku odbywa się wiele uroczystości z okazji xx, xv , x – lecia istnienia klubów w całej Polsce.
Nie rozumiem idei powstania stowarzyszenia „POLSKIE AMAZONKI" - ruch społeczny, którego prezesem jest kol. Elżbieta Kozik – obecny prezes Stowarzyszenia Amazonki Warszawa Centrum. Wyczuwam w tym działaniu ogromne zagrożenie i konkurencję dla dobrze funkcjonującej od prawie 20 lat Federacji. Podczas różnych rozmów i dyskusji nie potrafię odpowiedzieć młodszym koleżankom na pytanie: komu i czemu ma służyć ten nowy „ruch społeczny".
Jeżeli kol. Zosia z taką determinacją oczekuje od ochotniczek wypełniania posłannictwa, to również nie rozumiem, dlaczego usiłuje w swoim artykule krytykować „niski poziom naszych szkoleń.
Jestem ciekawa, czy ta moja refleksja ma szansę ukazać się na łamach Gazety Warszawskiej?

Z oczekiwaniem na ukazanie się mojego artykułu i pozdrowieniami

Wiesława Gajewska ze Słupska

Słupsk, 12.08.2011

Na życzenie autorki „Refleksji" zamieszczamy przesłany tekst.

Czujemy się jednak w obowiązku sprostować kilka nieścisłości wynikających zapewne jak sama autorka sugeruje z niezrozumienia stanu rzeczywistego.

1. Istotnie, powstanie w 1987 r Pierwszego w Polsce Klubu Amazonek przy Centrum Onkologii w Warszawie zapoczątkowało Ruch Polskich Amazonek w Polsce, który w 2012 roku obchodzić będzie swoje 25-lecie
2. Troska o przykładne wypełnianie posłannictwa Ochotniczek w naturalny sposób wiąże się z troską o poziom ich szkolenia, który powinien uwzględniać nowe wyzwania zmieniających się czasów i nadążać za nimi.
3. Wątpliwości związane z powstaniem stowarzyszenia Polskie Amazonki Ruch Społeczny (nazwa własna organizacji a nie ruch jako taki) pomoże wyjaśnić artykuł jego przewodniczącej Elżbiety Kozik zamieszczony na pierwszej stronie niniejszej gazety.

Zarząd Stowarzyszenia
„Amazonki" Warszawa-Centrum

Mam go!

Rak piersi? Nie u mnie. Na pewno. Urodziłam, wykarmiłam. Nie brałam hormonów. Zawsze mam świetną morfologię, cytologia jedynka. „Ładnie pani wygląda" – słyszę od sąsiadów. Podrywają mnie młodzi mężczyźni niewiele starsi od mojego syna.

Mama często powtarza, że u kobiet w naszej rodzinie tego paskudztwa nie było. Za to umierały na zawał. U najlepszej przyjaciółki mamy to co innego – wszystkie siostry i ciotki miały raka piersi, więc nic dziwnego, że i ją dopadł. Ale ona się ze strachu ciągle badała, więc go złapała szybko, wycięła, od operacji minęło 15 lat, żyje w najlepsze.

Maj 2011

Piję kawę z posłanką Urszulą Augustyn w sejmowym gabinecie, robię wywiad. Na Dzień Matki posłanka zorganizowała akcję w przedszkolach i szkołach. Dzieciaki będą wręczać mamom laurki z wierszykiem „Raczek nieboraczek precz od mam" i zachęcać do badań profilaktycznych. Urszula Augustyn długo, jak dla mnie stanowczo za długo i z jakąś niepojętą pasją opowiada, jak u siebie, w Tarnowie zorganizowała spotkania dla kobiet propagujące walkę z rakiem piersi; jak jeździ po całym regionie z położnymi i Amazonkami i namawia: „Dziewczyny, badajcie się". Głos jej się łamie, gdy opowiada, że podczas kolejnego spotkania podeszła do niej kobieta i powiedziała: „Rok temu po rozmowie z panią przebadałam się, okazało się, że go mam, jestem po operacji, mam duże szanse, dzięki". Dzięki Bogu, mnie to nie dotyczy. Mnie się to nie zdarzy - myślę.

Kilka dni później wyjmuję ze skrzynki list. Zaproszenie na badania przesiewowe. Iść? Szkoda czasu. Przecież mnie to nie dotyczy. Ale głupio wyrzucić do kosza. Jestem nowoczesną kobietą, wstyd nie iść. Robię mammografię 30 maja. Potem o niej zapominam, nawet nie jadę odebrać wyników.

Czerwiec 2011

17 czerwca w piątek ktoś usiłuje się do mnie kilka razy dodzwonić. Nieznany numer stacjonarny. Nie odbieram, nie mam czasu. Najpierw jestem u kosmetyczki, potem mam wywiad z wiceministrem, o piętnastej siedzę skupiona na rocznym zgromadzeniu wspólników mojej firmy. Kryzys, trzeba zaciskać pasa, straty, kłótnie. W telefonie przełączonym na „milczy" znów się wyświetla ten nieznany numer. Wyjdę na chwilę z tego spotkania pod pretekstem, że muszę go odebrać, odsapnę trochę. Stoję na korytarzu.

Głos w telefonie: Pani robiła u nas mammografię?

Ja: No tak, robiłam

Głos: Bardzo proszę przyjechać po wyniki i od razu zapisać się do lekarza. Najlepiej jeszcze dzisiaj.

Ja: Dzisiaj? Wykluczone, mam ważne spotkanie. Może w przyszłym tygodniu, po wtorku powiedzmy…

Głos: Proszę spróbować dzisiaj, pracujemy do 21.

Ja: Ale o co chodzi? To na pewno moje badanie? Proszę sprawdzić.

Głos: Nie mogę udzielać informacji przez telefon. Trzeba zrobić dodatkową diagnostykę…

Szlag by to trafił, postanawiam pojechać tam jednak wieczorem i wyjaśnić „ich pomyłkę". Po to, żeby mieć spokojny weekend. Po godzinie dwudziestej czytam wynik: „W piersi lewej w miejscu – wg tarczy zegarowej 1 jest guzek o średnicy 10 mm, skala BIRADS 5. Proszę zgłosić się na badanie USG i biopsję." W domu sprawdzam co to jest ten BIRADS. Wikipedia podaje „Zmiana o wysokim stopniu złośliwości. Ryzyko złośliwości powyżej 95 proc. Wymaga dalszej diagnostyki i leczenia". Cholera jasna by to wzięła… Do kogo najpierw zadzwonić? Do Doroty czy Beaty?

Dorota

Ceniona menadżer w wielkiej korporacji, tak jak ja - samotna matka. Jeszcze pamiętam kaca po tym, jak się upiłyśmy pod koniec lutego. Z radości. W styczniu zadzwoniła do mnie prosto z prywatnej przychodni. Zdenerwowana zalała mnie potokiem słów: „Znaleźli mi guz na USG, rak chyba… gdzie z tym dalej… nie mówię nic Kasi (to jej córka)… nie wygadaj się Jarkowi (to mój syn, przyjaźnią się z Kasią od przedszkola)". Jest w panice. Przez dwa dni „namierza" w internecie najlepszych onkologów przyjmujących prywatnie w Warszawie. O Centrum Onkologii na Roentgena nawet słyszeć nie chce, bo to państwowy moloch i pewnie ją tam pogrzebią. Wściekam się na nią w końcu i opieprzam z góry do dołu. Ma szczęście, w najbliższą sobotę jest dzień otwarty w Centrum Onkologii, może iść, to sama wszystko zobaczy. Idzie. Dwa dni później ma wizytę u onkologa w Centrum, robią jej mammografię i biopsję gruboigłową. Po dwóch tygodniach idę z nią po wynik. Kiedy drukarka w gabinecie lekarskim wreszcie go wypluwa, onkolog uśmiecha się od ucha do ucha. Dorota ma niezłośliwy guzek. Ale trzeba go obserwować. Wizyta w Centrum Onkologii co pół roku. W weekend urządzamy zakrapianą bibę do białego rana. Życie jest piękne.

Teraz Dorota mnie uspokaja: - Słuchaj, to pewnie takie samo łagodne g… jak moje. Pamiętaj, że 80 procent guzów to te niezłośliwe. Wszystko będzie dobrze, na pewno – po swoich przejściach jest opanowana i mówi o nowotworach bez paniki.

Beata

Do Beaty dzwonię rano w sobotę. – BIRADS 5? W poniedziałek rano masz być w Centrum Onkologii – rozkazuje.

Beata jest jednym z najbliższych mi ludzi. Mama chrzestna mojego syna. W listopadzie 2006 roku zdiagnozowali u niej raka piersi. Płakałam. Byłam pewna, że za parę miesięcy stracę najlepszą przyjaciółkę. W gardle rosła mi gula za każdym razem, kiedy ją przekonywałam, że z tego wyjdzie. Sama w to nie wierzyłam. Wtedy myślałam, że rak to wyrok. I nie mogłam się pogodzić, że trafił właśnie Beatę. Beata przeszła trzy operacje, chemię, radioterapię, leczenie paskudnymi tabletkami onkologicznymi przez pięć lat. Odrosła jej burza lśniących włosów, ma skórę gładką jak nastolatka, zachowała pierś, ma tylko maleńką bliznę pod pachą. Jest piękna, wysoka, szczupła. Rok temu moja mama jej nie poznała i tłumaczyła mi się z tego: Myślałam, że to córka jakiejś twojej koleżanki (Beata ma 53 lata, jest 3 lata starsza ode mnie!).

W poniedziałek rano Beata przyjeżdża do mnie do Centrum Onkologii. Trafiam do pokoju nr 30, gdzie rejestrują podejrzane przypadki po badaniach przesiewowych. W ciągu zaledwie trzech godzin przechodzę konsultację radiologa i chirurga, usg i biopsje gruboigłową. Dwa tygodnie później Beata będzie mnie trzymać za rękę, kiedy doktor Monika Nagadowska poinformuje mnie o wyniku badania histopatologicznego: Mamy go! Rak przewodowy inwazyjny, na szczęście szybko złapany, wielkość ok. 15 mm. Na „macanego" bym go nie znalazła. Są duże szanse na wyleczenie i zachowanie piersi. Operacja za 5 tygodni. Tydzień później Beata zadzwoni do mnie i powie: „Przepraszam, że ci to mówię, ale bardzo mnie niepokoisz".

Wieczór panieński

Mam energetycznego kopniaka. Paruję adrenaliną. Rzucam się w wir pracy. Kolegom mówię, że mam raka i będę z bydlakiem walczyć ile wlezie. Proszę, żeby mnie psychicznie wspierali. Koleżanki namawiam do mammografii. Codziennie w upalne wieczory spotykam się w knajpach ze znajomymi, urządzam nieprzerwany wieczór panieński. Dobre jedzenie? Proszę bardzo, o talię zatroszczę się później. Wino? Trochę na pewno nie zaszkodzi. W barze nad Wisłą podrywam jakiegoś Australijczyka, przyjmuję jego oświadczyny i do rana spaceruję z nim boso po piasku. - Niepokoisz mnie, bo jesteś kompletnie zakręcona – mówi Beata – parę razy opowiadasz mi te same historie, mówisz szybciej niż zwykle, zapominasz oddzwonić. Wiesz, że depresja może mieć dwa bieguny? I taka euforia, jak twoja

to też może być depresja? Zwolnij, opanuj się – przekonuje. Rzeczywiście, nie mam „klasycznej" depresji. Nie płaczę, nie załamuję się, nie szukam pocieszenia i współczucia. Nie opuszczam nawet jednego dnia w pracy. Jak trzeba, to pracuję do nocy. To chyba nie jest normalne. Nie bolą mnie nawet te zdarzenia, które powinny zaboleć.

Mężczyźni

- Przylatuję w piątek wieczorem, kochanie – mówi Robert. Od siedmiu lat jestem w fajnym, serdecznym, luźnym związku. On w Londynie, ja w Warszawie. Wspólne wakacje, święta, Sylwester. Robert nie ma własnych dzieci, lubią się z moim Jarkiem. Mówić mu czy nie? – zastanawiam się. W końcu w sobotę przy herbacie przyznaję się. - Mam raka piersi. Kochanie, wiem, że to może być dla mężczyzny trudne, nie jesteśmy małżeństwem, nie będę mieć żalu, jeśli nie zechcesz przez to ze mną przechodzić, ale proszę, żebyśmy w każdym wypadku zostali przyjaciółmi i nie zrywali kontaktu. – mówię najspokojniej jak mogę. Robert siedzi jak skamieniały. Nie rusza się i nic nie mówi, wpatruje się tylko we mnie, jakby zobaczył Obcego. Dopiero po chwili wyjąkuje z trudem: Jak to, skąd… Wylatuje do Londynu w niedzielę wieczorem. Od tej pory dzwoni rzadko, często nie odbiera moich telefonów. W nocy wysyła sms-y „Śpij słodko moje kochanie" albo „Jak się czujesz?". Rozmowy nam się nie kleją. Opowiada mi jaka jest pogoda w Londynie.

Na początku lipca dzwonię do ojca mojego Jarka. – Mam raka, idę na operację. Jarek teraz jedzie na obóz, ale może weźmiesz go na początku sierpnia na wakacje? – proszę. Mój ex to wybitny intelektualista i człowiek nietuzinkowy. Ma dwie dorosłe córki z poprzednich związków i nastoletniego syna ze mną. Jest dobrze sytuowany, więc mogę być spokojna, że na wakacje dla Jarka nie zabraknie. Wciąż mieszkam z Jarkiem w naszym wspólnym ogromnym mieszkaniu, ex ma dwa mieszkania w Warszawie. Dopóki chłopak nie dorośnie, umówiliśmy się, że nie będziemy dzielić mieszkania. A potem, kto wie, może je w całości zostawimy Jarkowi… - Jasne, że go zabiorę na wakacje. Może od 1 sierpnia? – obiecuje mój ex. – I nic się nie martw, nie umrzesz – zapewnia serdecznie. Uff, co za ulga.

1 sierpnia Jarek nie pojedzie na wakacje, bo ojciec wyjeżdża do Włoch ze swoją kolejną żoną. Nie zgodziła się, żeby wlekli ze sobą „ogon". Tuż przed pójściem do szpitala odbieram wezwanie z sądu cywilnego. Adwokat proponuje, że ex spłaci mi moją część mieszkania. Z propozycji wynika, że możemy sobie kupić z Jarkiem kawalerkę na Tarchominie. No i mamy się wynieść na każde żądanie ex. To mnie wali bardziej niż rak. Wpadam w furię, telefonuję do ex i wymyślam mu. A on na to spokojnie: Nie chciałem cię zranić, ale musisz mnie zrozumieć. Jak umrzesz, to połowa mieszkania przypadnie Jarkowi, a ja nie chcę się sądzić z własnym synem. To dla jego dobra.

Telefon

W poniedziałek, 1 sierpnia telefonują z Centrum Onkologii. Jestem przyjęta na oddział 10 sierpnia. Biorę książki, laptop z mobilnym internetem i zestaw dobrych filmów, które przygotował mi Jarek. O moim raku wiadomo już wiele. Nie ukryje się przede mną. Mam go!

Natalia Świętochowska

Bożena Winch

Roche, materiały promocyjne

NIECH LEKARZ SIĘ O NAS ZATROSZCZY!

Anna Mazurkiewicz rozmawia z Bożeną Winch, psychoterapeutką, psychonkologiem, swoją BreastFriendką w międzynarodowej kampanii na rzecz wsparcia w chorobie nowotworowej.

Każda prawie rozmowa pacjentów chorych na raka w pewnym momencie dotyczy relacji lekarz – pacjent. Opowiadamy sobie mrożące krew w żyłach historie o krzyczących lekarkach, lekarzach, którzy nie poprosili nas o to, żebyśmy usiedli, anegdoty o lekarzu, który niefrasobliwie zapytał starszego pana z rakiem prostaty: „czy woli pan naświetlanie wewnętrzne czy zewnętrzne", w ogóle nie wyjaśniając mu, o co chodzi. Czy twoi pacjenci często poruszają temat kontaktu lekarz – pacjent jako ważny do omówienia z psychoterapeutą? Czy to gabinet psychoterapeuty jest konfesjonałem albo książką zażaleń na lekarzy?

Wątek ten pojawia się w dwóch aspektach. Po pierwsze – pacjenci i ich rodziny nie rozumieją tego, co lekarz powiedział i oczekują ode mnie, że ja im to wszystko dokładnie wyjaśnię. Występuję zatem w roli tłumacza. Przynoszą też wyniki badań. Przychodzą gnani strachem, że w tych wynikach jest coś ukrytego, do czego trzeba dotrzeć.

Na szczęście w wynikach badań nie pojawiają się już terminy łacińskie.

Czasem się zdarzają jeszcze na kartach informacyjnych w szpitalu, ale pacjenci już wiedzą, co to znaczy „cancer" czy „carcinoma". Pytania z reguły formułowane są według wzoru: czy to znaczy, że jest bardzo źle? Na przykład, co to są te plusy w badaniu herceptyny… Lekarz sam z siebie nie powiedział, pacjentka nie zapytała: z przerażenia, z lęku, z zagubienia. Gdy przychodzi do mnie, już trochę ochłonęła, na tyle, by pytać. I jeszcze ten drugi aspekt – lekarz nawet rozmawiał z pacjentką, ale ona wstydziła się zapytać o szczegóły, żeby nie ujawnić swojej niewiedzy, na zasadzie: bo źle wypadnę pytając, bo on pomyśli, że jestem nierozgarnięta i nieoczytana. ➔

Przede wszystkim nie mając nigdy przedtem do czynienia z chorobą nowotworową nie wiemy o co pytać!

Oczywiście. Ale od strony lekarza to wygląda inaczej. Mówi: są komórki nowotworowe, będziemy musieli operować. I tyle. Krótko, jak najmniej. Nasi lekarze boją się powiedzieć „za dużo". Nie ma też takiego zwyczaju komunikacyjnego, żeby zapytać pacjentkę: czy wszystko jest zrozumiałe? Nie ma też zwyczaju kulturowego, który nazwałabym: „lekarz się o nas zatroszczy". Zresztą nie tylko w onkologii. Lekarz jest od przekazania informacji. Nie ma tu miejsce na dialog związany z emocjami.

Ależ lekarz nie chce wchodzić w nasze emocje, bo uważa, że w większej masie tego nie udźwignie. Ja go zresztą doskonale rozumiem: nie da się umierać z każdym guzem.

Bo do rozmów o emocjach lekarze są kompletnie nieprzygotowani. Na studiach mają niewiele zajęć z komunikacji lekarza z pacjentem, nie ma zajęć z psychoonkologii, a powinny być, choćby po to, by lekarze poznali obszar, w którym się będą poruszać. Prosty przykład. Lekarz przekazuje pacjentce wyniki badania histopatologicznego, które wykazało obecność komórek nowotworowych. W tym momencie ona wybucha gniewem: że to na pewno pomyłka, znowu pomyliliście wyniki, co mi pan tu opowiada! Lekarz nie rozumiejąc, że to jest „złość obronna" reaguje tak, jakby ten wybuch był przeciwko niemu osobiście, albo czuje, że musi wziąć w obronę instytucję, w której pracuje i też krzyczy. Tymczasem mając pewną wiedzę o różnych reakcjach na wiadomość o chorobie nowotworowej, można opanować sytuację i powiedzieć: rozumiem, że jest pani zdenerwowana, proszę jednak, żeby pani na mnie nie krzyczała, nie wiem, z czego pani wnioskuje, że w naszej przychodni jest bałagan i tak dalej. To by mogła lekarzowi dać wiedza z psychoonkologii. Albo inny wariant. Pacjentka po usłyszeniu diagnozy mówi: no to już koniec! Lekarz na tę potencjalność łez i rozpaczy na wszelki wypadek ucina, uruchamiając swój poziom obronności: niech mi tu pani nie opowiada bzdur!

Po takim zdaniu już o nic nie da się zapytać.

Jest jeszcze inny wymiar tego kontaktu, znany zresztą wszystkim pacjentom onkologicznym. To liczba pacjentów, których lekarz przyjmuje codziennie. Jeżeli trzeba trzydzieści razy dziennie przejść przez taką rozmowę, trudno sobie wyobrazić, żeby za każdym razem zdobyć się na empatię. Dlatego warto sobie uświadomić, że tego rodzaju rozmowy są trudne także dla lekarzy. W Polsce na przykład nie ma osób wytrenowanych do rozmów z pacjentami pierwszorazowymi, tak jak w innych krajach Europy, kiedy zgodnie z procedurami przy takiej rozmowie jest obecny psycholog. Ja nie bronię lekarzy, ale rozumiem, dlaczego komunikacja lekarz – pacjent przebiega tak a nie inaczej.

Zawsze mówię lekarzom, że w czasie tej pierwszej rozmowy pacjent nie słyszy nic: w głowie mu się tłucze jedno słowo: rak, rak, rak!

Pacjentowi w czasie tej pierwszej rozmowy powinna towarzyszyć bliska osoba. Kiedy zwiedzałam szpital onkologiczny w Londynie mówiono nam, że nawet powinien tę rozmowę nagrywać na dyktafon, żeby potem móc ją na spokojnie odsłuchać w domu. U nas taka propozycja wzbudzałaby kontrowersje, ponieważ od razu mamy skojarzenia z podsłuchami, aferami i tajnymi służbami. To są te różnice kulturowe.

W jaki sposób bierzesz udział w analizie rozmowy lekarza z pacjentem, w której przecież nie uczestniczyłaś? Pacjenci ją relacjonują i czego od ciebie oczekują, poza wyjaśnieniem trudnych terminów?

- Ta nasza rozmowa to nie jest skarga na lekarza Kowalskiego, że jest taki i owaki, ale próba ogarnięcia rzeczywistości. Spróbujmy się zastanowić nad tym co lekarz powiedział, proponuję. Analizujemy tę rozmowę, bo pacjentka nie ma po niej zazwyczaj poczucia, że wie, co będzie dalej. Pada na przykład pytanie, czy jest sens, żebym się operowała. Który lekarz ma czas tak rozmawiać! A za tym pytaniem kryje się często idea: czy zamiast proponowanej operacji albo chemioterapii, nie lepiej, żebym poszła do energoterapeuty albo innego znachora.

Radzisz, odradzasz?

Psychoterapeuta nie jest od dawania rad: zrób tak i tak. Ale gdy słyszę, że gdzieś tam w Białostockiem jest szeptucha, która leczy nowotwory, to mówię: zrobi pani jak zechce, ale jestem przeciwna, by jej działania miały zastąpić chemioterapię, pytam, skąd w ogóle taki pomysł… I to dochodzimy do następnego ważnego punktu naszej rozmowie o relacji lekarza z pacjentem. W dużych centrach onkologicznych człowiek jest nikim, przedmiotem a nie podmiotem, nie szanuje się jego uczuć. A na tym polega czar „cudotwórcy", że ma czas, wszystko wytłumaczy, nawet jeśli mówi bzdury. W szpitalu onkologicznym pacjent ma wokół siebie samych chorych, cudotwórca formułuje przekaz eksponując tych, którym jego „terapia" pomogła. Po nagłośnionej przez media śmierci profesora Religi miałam bardzo dużo takich argumentacji: nawet jemu medycyna konwencjonalna nie pomogła, to po co mam się leczyć. Tu mamy konkret: szwagra znajomej koleżanki babcia była chora, a proszę, wyzdrowiała. Taka wiara jest poza racjonalnością, zwracam ci uwagę, że myślą tak nie tylko ludzie niewykształceni. Każdy szuka czegoś, co pomoże „na pewno", lekarz nam tej gwarancji nie da.

Czy lekarze chcą się uczyć komunikacji z pacjentem?

Coraz więcej konferencji dla lekarzy ma w programie warsztaty z komunikacji lekarz – pacjent. Ich celem jest zdobycie umiejętności rozmawiania z pacjentem i jego rodziną w różnych kluczowych momentach leczenia. Bo to nie chodzi tylko o tę pierwszą rozmowę, w której pada diagnoza, ale o emisję i remisję choroby, a potem o tę rozmowę, gdy trzeba powiedzieć pacjentowi o „zakończeniu leczenia przyczynowego".

Dla mnie takim momentem była informacja, że mam wznowę w bliźnie. Nie byłam na to przygotowana, bo nikt mi w ogóle przedtem nie powiedział, że może zaistnieć taki fakt. O tym, że znowu znaleziono u mnie komórki nowotworowe poinformował mnie lekko lekarz, który uznał, że nie jest moim lekarzem prowadzącym. On „tylko" wyciął zmianę, on miał mi przekazać tę wiadomość, a wszystko mi wyjaśni mój lekarz prowadzący, który jest właśnie na urlopie.

Lekarz często nie zdaje sobie sprawy z tego, że każdy kontakt z pacjentem ma niepowtarzalną wartość. To, o czym mówisz, to swego rodzaju mit lekarza prowadzącego. On załatwi resztę. A ty zostałaś na środku parkingu z wynikiem w torebce i wiadomością, że twój lekarz będzie za dwa tygodnie.

W jaki sposób prowadzi się szkolenia z lekarzami?

Oglądamy na przykład filmy szkoleniowe i potem omawiamy pokazane sytuacje, ćwiczymy scenki. Funkcjonują także podyplomowe studia z psychoonkologii, na które zapisują się lekarze, ale nie tylko, także pielęgniarki i rehabilitanci. Dobrym rozwiązaniem byłoby włączenie zajęć z psychoonkologii do specjalizacji onkologicznej.

A co ma robić pacjent, przed którym stoi wybór, czyli tak powszechne obecnie włączanie pacjenta w proces leczenia?

I słusznie, to jest bardzo dobry kierunek, ale nie można żądać od pacjenta podjęcia decyzji, jeśli nie przekaże mu się podstawowych informacji. Mam często pacjentki, które obawiają się operacji oszczędzającej, ponieważ boją się, że to zmniejsza ich szanse. Jeżeli komunikacja lekarz – pacjent jest prawidłowa, można rozwiać wątpliwości. Tu widzę też rolę stowarzyszeń pacjenckich, które dbają o edukację pacjentek. Uczą, jakie pytania zadawać lekarzowi, jak czytać wyniki, jakich badań dopilnować. Nie mam intencji obrażania lekarzy, więc dla mnie jest istotną różnicą, czy uczymy pacjenta, że lekarz to twój wróg i musisz go złapać za rękę, bo coś zrobił źle, czy może raczej nauczmy dialogu obie strony. Tu chodzi o równoważność pozycji.

Rozmawiała
Anna Mazurkiewicz

Przychodzi baba do lekarza

Anna Mazurkiewicz

Pacjent: Jest taka sprawa, panie doktorze.

Lekarz: Panie Tadeuszu, ten wynik jest całkiem dobry.

Pacjent: Jeden wynik.

Lekarz: Wyniki, może wyniki… Ja… Bo tu mamy iiiii… morfologię, i mamy, i mamy miażdżycę, mamy cukrzyce tu ocenioną. Nie ma cukrzycy pan.

Pacjent: No dobrze.

Lekarz: Nie ma pan jakichś na przykład anemii pan.

Pacjent: Panie doktorze, tak przerwę. To może być w głowie, miażdżyca.

Lekarz: Mooooże być, tak, no może być. To prawdziwa rozmowa lekarza z pacjentem, jedna z kilkudziesięciu analizowanych przez Karolinę Stefaniak w książce „Władza i tożsamość w komunikacji lekarz – pacjent", która może być interesująca zarówno dla lekarzy, jak i socjologów medycyny, psychologów, psychoterapeutów. Jednak jest to książka napisana przez lingwistkę i analizująca komunikację lekarz – pacjent metodami typowymi dla językoznawstwa, więc prawdopodobnie niewielu czytelników czytelników-pacjentów po nią sięgnie. Muszę od razu dodać, że wszystkie strony eksperymentu - lekarze jak i pacjenci zgodzili się, by ich konsultacje były nagrywane i potem analizowane, a i tak rozmowy te wyglądały tak, jak zawsze. Lekarz mówi, pacjent milczy i od czasu do czasu próbuje się dowiedzieć, co go dręczy.

Jak pisze autorka, relacja między lekarzem a pacjentem jest zawsze asymetryczna na korzyść lekarza i jest relacją. (Władza ta rzecz jasna jest symboliczna i przejawia się w języku.) Oczywiście. Tak się właśnie czujemy. Lekarz kontroluje nie tylko nasz organizm, ale i nasze zachowania – czy dobrze spełniamy jego polecenia. W dodatku władczym tonem wydaje nam polecenia, kiedy mamy przyjść na badania i nawet nie pyta, czy mamy wtedy czas. Ostatnio jako niepokorna pacjentka zwróciłam uwagę panu doktorowi, który zapisał mnie na cztery badania, że będę musiała wziąć cztery dni urlopu, ale nawet nie mrugnął okiem.

Myślę, że dla lekarzy najciekawsza będzie ta część badawcza, w której autorka analizuje nagrania wizyt u lekarza. Niejeden z lekarzy ze zdumieniem zauważy, że tak właśnie prowadzi rozmowy z pacjentami. Karolina Stefaniak pokazuje, że komunikacja zależna jest od wieku pacjenta, od płci i od tego, czy konsultacja przebiega w publicznej, czy prywatnej przychodni. Według autorki, **to kobiety są jako pacjentki bardziej aktywne od mężczyzn, zadają więcej pytań, częściej same stawiają sobie diagnozę.** Różnie też przebiega komunikacja lekarz – pacjent w sytuacjach, gdy lekarz jest kobietą, a pacjent mężczyzną, gdy lekarz jest mężczyzną, a pacjent kobietą, jeszcze inaczej, gdy w interakcje wchodzą osoby tej samej płci. Autorka wyliczyła dokładnie, porównując konsultacje pacjentek z lekarzami, że kobiety jednak pytają – no i w ogóle coś mówią. Podczas wizyty lekarskiej typu kobieta-kobieta wszystkie w badaniach przekroczyły magiczną liczbę tysiąca wyrazów, podczas gdy konsultacje prowadzone przez lekarzy-mężczyzn, nieważne, czy z pacjentką czy z pacjentem nie przekraczają 1000 wyrazów. I znowu okazuje się, że to kobiety wzięły swój los pacjentki we własne ręce.

Cham czy bałaganiarz ?

Beata Drzewosowska

Polscy lekarze mają większe problemy z komunikacją niż reszta społeczeństwa – to wniosek z badań przeprowadzonych w 2010 r. na Politechnice Wrocławskiej przez zespół naukowców Zakładu Psychologii Zarządzania i Zachowań Konsumenckich. Badania wykazały, że jedną z najsłabszych stron polskiego systemu ochrony zdrowia jest nieumiejętność lekarzy rozmawiania z cierpiącym pacjentem i jego rodziną. Przyznaje się do tego około 30 proc. polskich lekarzy. Równoczesnie przyznają, że taka wiedza byłaby im bardzo przydatna.

Każdy człowiek powinien mieć konstytucyjny obowiązek posiadania w rodzinie chociaż jednego prawnika i lekarza. Taki postulat mi się nasuwa, kiedy słyszę ciągłe narzekania pacjentów na trudne kontakty z lekarzami. Może gdybyśmy, zwykli śmiertelnicy, mieli do czynienia z lekarzami „prywatnie" i „na co dzień", gdyby byli naszymi mężami, siostrami, synami itd. byłoby nam łatwiej. Przestalibyśmy ich traktować jak bóstwa i wyrocznie, panów naszego życia lub śmierci. Może przestalibyśmy się ich po prostu bać. Nigdy nie zapomnę sceny, która miała miejsce w aptece. Stoję w kolejce, przede mną drobna, mocno przygarbiona starsza pani. Podaje receptę pani magister. „Ta recepta jest źle wypisana! Musi pani wrócić do lekarza, żeby wypisał ją jeszcze raz!" – informuje ją farmaceutka. „Ale jak ja mogę powiedzieć lekarzowi, że sie pomylił? On mnie wyrzuci z gabinetu!" - odpowiada starsza pani trzęsąc się jeszcze bardziej na samą myśl.

A wracając do „boskości" lekarzy. Zastanawiam sie skąd się to bierze. Czy winni takiej sytuacji jesteśmy my, pacjenci, traktując niejednokrotnie lekarza jak bóstwo, wchodząc nieśmiało do gabinetu z miną „przepraszam, że żyję" i wychodząc po wizycie na palcach nisko się kłaniając? A może to sami lekarze, już na studiach, nabierają przekonania, że skoro będą decydować o życiu lub śmierci swoich pacjentów, to blisko im już do samego Pana Boga? Stąd pewnie bierze się pewność siebie młodych adeptów medycyny, którzy jeszcze niczego w zawodzie nie osiągnęli a zachowują się często jak udzielni władcy.

Niedawno, poważnie zachorowała bliska znajoma mojej mamy. Chcąc jej pomóc, mama zaproponowała, żeby poszła do lekarza, który ją operował. Ale znajoma odparła, że raczej nie, bo pamięta, że mama była niezadowolona i narzekała na kontakty z nim, że jest antypatyczny, lakoniczny, niewiele mówi i nigdy nie ma czasu. Nie wiedziała widocznie, jak pan doktor wprawił nas obie w osłupienie, kiedy wypisując receptę pamiętał wszystkie dane mamy, z numerem pesel włącznie, nie mówiąc już o wynikach badań czy historii choroby. Nie to nie, powiedziała mama, radź sobie sama.

Po jakimś czasie znajoma trafiła do szpitala, pod opiekę innego lekarza. Była zachwycona, że pan doktor jest świetny, miły, wręcz czuły, tak się przejmuje każdą pacjentką, zawsze ma czas i dużo cierpliwości. Pogadała sobie z nim i czuje sie „zaopiekowana".

Świetnie, pomyślałam, widocznie dobrze trafiła, ma do niego zaufanie, a to przecież najważniejsze. Euforia niestety nie trwała długo. Okazało się, że „superdoktor" nie tylko pomylił się kilka razy w wypisie ze szpitala ale, wypełniając dokumentację medyczną, pomylił operowaną stronę ! Można byłoby to opowiadać jako anegdotę, gdyby nie to, że choroba jest naprawdę poważna.

Zastanawiam sie, że gdybym miała do wyboru skrupulatnego lekarza, ale za to gbura i (przepraszam za słowo) chama albo przemiłego roztrzepanego bałaganiarza, wybrałabym jednak tego pierwszego. Z tego wniosek, że dobry lekarz to ten, który dobrze leczy a nie ten, który jest miły. Tylko dlaczego właściwie miałabym wybierać?

POTRÓJNIE UJEMNY RAK PIERSI PYTANIA I ODPOWIEDZI

Potrójnie ujemny rak piersi (ang. Triple Negative Breast Cancer, skrót: TNBC).

Jak się rozpoznaje rodzaj nowotworu piersi?

Żeby rozpoznać rodzaj raka, lekarze muszą przeprowadzić, m.in. badania na obecność trzech „receptorów".
Receptor jest białkiem występującym w komórce lub na jej powierzchni i jest cennym źródłem wielu informacji na temat tego jak rak się rozwija. Wyróżniamy następujące receptory: estrogenowe (ER), progesteronowe (PgR) i receptor ludzkiego naskórkowego czynnika wzrostu 2 (HER2).
W niektórych komórkach występuje nadmierna liczba wspomnianych receptorów bądź ich całkowity brak. W przypadku dużej liczby receptorów mówimy o ich nadekspresji, co oznacza, że komórki dzielą się i namnażają szybciej. Dzięki sprawdzeniu liczby powyższych receptorów na powierzchni komórki, lekarze są w stanie określić rodzaj raka z jakim mamy do czynienia.

Co oznacza, że rak piersi ma charakter potrójnie ujemny?

Potrójnie ujemny rak piersi to taki rodzaj nowotworu, który charakteryzuje się:
-brakiem receptorów estrogenowych (ER)
-brakiem receptorów progesteronowych (PgR)
- brakiem nadekspresji receptora HER2

Dlaczego oznaczenie statusu receptorów ER, PgR i HER2 jest takie ważne?

Status receptorów hormonalnych i HER2 jest jednym z kluczowych czynników decydujących o wyborze stosowanego leczenia. Brak wiedzy na temat stanu receptorów może spowodować wybór terapii o gorszej skuteczności lub dalszy rozwój nowotworu, np. w przypadku zdiagnozowania potrójnie ujemnego raka piersi, leki celowane oddziałujące na receptor estrogenowy (ER), progesteronowy (PgR) oraz HER2, nie będą skuteczne.

Jak i gdzie oznaczyć receptory?

Określenia rodzaju guza ze względu na obecność receptorów dokonuje lekarz patolog oglądając pod mikroskopem tkankę pobraną podczas biopsji. Pacjentka ma prawo i powinna poprosić swojego lekarza o szersze badania diagnostyczne w kierunku ustalenia obecności lub braku receptorów ER, PgR i HER2. Takie badania są bezpłatne, a wykonuje się je w większości ośrodków onkologicznych w całej Polsce.

Jakie metody leczenia dostępne są w przypadku potrójnie ujemnego raka piersi?

Leczenie zależy od stopnia zaawansowania choroby. Na wybór terapii ma wpływ obecność przerzutów, wielkość nowotworu pierwotnego oraz wynik szczegółowych badań patologicznych, takich jak stopień złośliwości nowotworu, określający szybkość podziału komórek nowotworowych.
Metody stosowane w leczeniu chorych na potrójnie ujemnego raka piersi to:
• **leczenie chirurgiczne** - rozpoznanie TNBC nie oznacza, że bezwzględnie konieczne będzie usunięcie piersi. Lekarz przedstawi Ci możliwości leczenia wraz z podaniem powodów ich zastosowania. W przypadku raka piersi, przeprowadza się dwa rodzaje zabiegów chirurgicznych: leczenie oszczędzające – usunięcie guza wraz z fragmentem tkanki wokół zmiany nowotworowej; mastektomię - usunięcie całej piersi;
• **radioterapia** - jest formą leczenia miejscowego, niszczącego komórki rakowe pozostałe po zabiegu chirurgicznym w miejscu, w którym wykryto raka;
• **chemioterapia** - przy wczesnym zdiagnozowaniu TNBC współczynniki odpowiedzi na chemioterapię są bardzo wysokie. Ten rodzaj leczenia może mieć postać dożylną lub, w niektórych przypadkach, tabletek. Celem chemioterapii jest zapobieganie nawrotom raka piersi oraz odległym przerzutom, z którymi mamy do czynienia wtedy, gdy komórki zaczynają rozwijać się w innych organach, takich jak kości, wątroba, płuca, skóra oraz mózg;
• **terapie celowane** - leki stosowane w terapii celowanej, potrafią odróżnić określone receptory – cele terapeutyczne i w ten sposób odróżnić zdrową komórkę od chorej, co oznacza, że lek uderzając precyzyjnie w źródło nowotworu niszczy chorą komórkę nie czyniąc spustoszenia w organizmie. W terapii chorych na TNBC ważne jest także zahamowanie procesu powstawania sieci naczyń krwionośnych dostarczających „pokarm" do tkanek guza, tzw. angiogenezy.

Jakie są przyczyny zachorowalności na potrójnie ujemnego raka piersi?

Badacze wciąż poszerzają swoją wiedzę na temat przyczyn zachorowalności na potrójnie ujemnego raka piersi. Wśród czynników ryzyka najczęściej wskazuje się uwarunkowania genetyczne.

W jakim wieku kobiety najczęściej zapadają na TNBC?

Nie istnieje wyraźna zależność wieku chorej od typu molekularnego raka piersi.

Jak wygląda skala problemu TNBC w Polsce i na świecie?

Rak piersi potrójnie ujemny występuje w około 15% przypadków wszystkich raków piersi. TNBC dotyka w Polsce ok. 2000 pacjentek rocznie, co oznacza konieczność edukacji w zakresie różnych rodzajów raka i sposobów leczenia w zależności od specyfiki guza.

Dlaczego tak ważne jest dostarczanie wiedzy na temat choroby?

Najlepszym sposobem na walkę z chorobą jest jej zrozumienie - poznanie czym ona jest, co oznaczają wyniki wszystkich etapów diagnostycznych, jakie są możliwości leczenia, itp. Ta Wiedza pozwala na podjęcie odpowiednich decyzji dotyczących sposobu leczenia oraz stylu życia. Świadomość z jakim rodzajem nowotworu mamy do czynienia, pozwala na poszukiwanie najlepszych rozwiązań w radzeniu sobie z chorobą. Dzięki pozyskiwaniu wiedzy i dzieleniu się rzetelnymi informacjami o chorobie możemy nie tylko pomóc sobie, ale także wpływać na to, by nasze otoczenie lepiej rozumiało nasze potrzeby.

Czy są organizacje, które pomagają chorym na TNBC?

Wśród polskich organizacji aktywnie wspierających pacjentki z rakiem piersi znajdują się:
• Federacja Stowarzyszeń Amazonki - organizacja działająca na rzecz kobiet z rakiem piersi, która skupia niemal 190 Klubów z całej Polski. Jest członkiem międzynarodowych organizacji „Reach to Recovery" oraz Europejskiej Koalicji Pacjentów z Chorobami Nowotworowymi i Polskiej Koalicji Organizacji Pacjentów Onkologicznych. **www.amazonkifederacja.pl**
• Polskie Towarzystwo do Badań nad Rakiem Piersi - powstało w 2005 r. Jego głównym celem jest popularyzowanie wiedzy na temat choroby, opracowywanie programów nauczania dla osób zawodowo związanych z leczeniem raka piersi oraz zachęcanie polskich naukowców do podejmowania badań poświęconych temu zagadnieniu. W skład organizacji wchodzą lekarze różnych specjalności, biolodzy molekularni, psycholodzy i socjolodzy związani z tematyką raka piersi. **www.rakpiersi.edu.pl**
• Wśród zagranicznych organizacji wiodącą jest Triple Negative Breast Cancer Fundation - misją fundacji jest edukacja, nt. potrójnie ujemnego raka piersi, wspieranie naukowców i badaczy w ich wysiłkach w celu skutecznego wykrywania, diagnozowania, zapobiegania i leczenia TNBC. **www.tnbcfoundation.org**

Uwaga na czerniaka

Rozpoczyna się nowa era w leczeniu zaawansowanego czerniaka – tę dobrą wiadomość oznajmiono podczas wielkiego onkologicznego kongresu w Chicago.

Czerniak to nowotwór złośliwy wywodzący się z melanocytów, komórek produkujących barwnik nadający skórze ciemniejszy odcień - tłumaczy prof. Piotr Rutkowski, kierownik Kliniki Nowotworów, Tkanek Miękkich, Kości i Czerniaka Skóry Centrum Onkologii w Warszawie. Mieszkańcy Afryki właściwie nie chorują - ich skóra jest na tyle ciemna, że choroba ich nie dotyczy. Choroba dotyczy ludzi w każdym wieku, stosunkowo często jednak chorują młodzi (gros zachorowań przypada na osoby w wieku 40-49 lat, ale cierpi też wiele osób pomiędzy 20. a 29. rokiem życia). Zmiany najczęściej pojawiają się na skórze, znacznie rzadziej np. w oku czy na błonach śluzowych. Czerniak na szczęście nie jest schorzeniem bardzo częstym. W Polsce to 14. z kolei pod względem liczby przypadków nowotwór złośliwy - zapada na niego ok. 3 tys. Polaków rocznie. - Niepokojące jest jednak to, że ta liczba stale rośnie - ostrzega prof. Rutkowski. - Czerniak to choroba o najszybszej dynamice wzrostu zachorowań, liczba pacjentów podwaja się co 10 lat - dodaje specjalista.

Tylko nie solaria

Przyczyną czerniaka jest wystawianie się na słońce, a konkretnie, na uszkadzające DNA w naszych komórkach, promieniowanie ultrafioletowe.

Słońce, by zaszkodzić, musi trafić na odpowiednią skórę. Na czerniaka najczęściej zapadają osoby z dużą liczbą znamion na ciele, rudzi i piegowaci albo mający jasne włosy, jasne oczy, ogólnie źle znoszący słońce i łatwo ulegający poparzeniom słonecznym. Szczególnie wrażliwe są dzieci - ich skóra jest cieńsza, bardziej podatna na oparzenia.

- Narażę się właścicielom solariów, ale muszę ostrzec, że ten sposób opalania jest wyjątkowo szkodliwy i może prowadzić do czerniaka - mówi prof. Rutkowski. - Nasze organizmy są zupełnie nieprzystosowane do znoszenia tak dużych dawek napromienienia UV. - Proszę pamiętać - nie ma bezpiecznej dawki promieniowania w solarium, tymczasem w Polsce nikt tego nie kontroluje, przepisy założenia takiego biznesu są takie same jak w przypadku zakładu fryzjerskiego. Nie ma też dolnego limitu wieku, w jakim można korzystać z solarium, a chodzi tam bardzo często młodzież. Szlag mnie trafia, jak widzę reklamę typu: „Przyjdź do nas i przygotuj się na słońce" - denerwuje się prof. Rutkowski. Na słońce powinniśmy się przygotować, stosując filtry i opalając się bardzo rozważnie - dodaje onkolog.

1, 2, 3, 4 milimetry

Naszym atutem w walce z czerniakiem jest fakt, że tworzący się nowotwór po prostu widać. Może albo coś się dziać ze starą zmianą, albo pojawia się całkiem nowe znamię, które rośnie. W obu przypadkach niepokojące jest to, gdy zmiana się poszerza, grubieje, swędzi, zmienia kolor. Mamy wtedy dwa wyjścia - idziemy albo do dermatologa, albo do chirurga onkologa. Lekarze za pomocą dermatoskopu są w stanie szybko ocenić, czy znamię jest groźne, czy nie.

Uwaga!

Profilaktyczne usuwanie starych znamion nie likwiduje ryzyka czerniaka, zawsze bowiem może pojawić się nowa zmiana, a z niej rozwinąć nowotwór. Po to, by ocenić, czy coś niepokojącego dzieje się na skórze, trzeba się regularnie oglądać, najpierw samemu, a w razie czego pokazać się lekarzowi. Czerniak w początkowej fazie, a więc gdy grubość zmiany nie przekracza milimetra, jest na ogół uleczalny. Wystarczy banalny zabieg chirurgiczny w znieczuleniu miejscowym. Jeśli takiej zmiany nie wykryjemy i poczekamy, aż urośnie ona na grubość do 2-3, a potem 4 milimetrów, a jednocześnie dojdzie początkowo do naczyń krwionośnych, potem do węzłów, a wreszcie - w najgorszym scenariuszu - da odległe przerzuty, np. do płuc, kości, mózgu, dla chorego nie ma ratunku. Pacjenci z zaawansowanym czerniakiem żyli do tej pory średnio sześć-osiem miesięcy, po pięciu latach nie żył nikt.

Zablokować chory gen

- Na szczęście coraz więcej osób trafia do mnie w pierwszym stadium nowotworu - mówi prof. Rutkowski. Wyleczalność z czerniaka w Polsce wynosi dziś ok. 60-70 proc. Reszta, a więc ok. tysiąca osób rocznie, umiera. To właśnie dla tych najciężej chorych pojawia się nadzieja. Na zjeździe w Chicago przedstawiono wyniki dwóch obiecujących badań. Pierwsze dotyczyło pacjentów z zaawansowanym czerniakiem, u których znaleziono specjalną mutację w genie BRAF. Taki gen posiada każdy z nas, ale - jak się okazuje - u mniej więcej u co drugiej osoby chorującej na czerniaka BRAF jest uszkodzony. Zwykle do nowotworzenia komórki potrzebują jakichś sygnałów z zewnątrz. Tymczasem gdy BRAF jest zmieniony, żadnych sygnałów nie trzeba, kolejne melanocyty zmieniają się nowotworowo i choroba napędza się sama. Gen BRAF odkryto w 2002 r. Trzeba było dziewięciu lat, by doczekać się pierwszych wyników tzw. III fazy badań klinicznych, w których zastosowano lek blokujący BRAF o roboczej nazwie Vemurafenib. Połowie spośród 675 pacjentów z zaawansowanym czerniakiem (wszyscy z nich mieli zmutowany gen BRAF, co zawczasu sprawdzono) podano nowy lek, a połowie standardową (i bardzo mało skuteczną) terapię. Badanie miało charakter otwarty, tzn. lekarze wiedzieli, kto z chorych dostaje nowy, a kto stary lek. Wyniki były na tyle dobre, że ze względów etycznych próbę po paru miesiącach przerwano i wszystkim zaczęto podawać lek blokujący gen BRAF. Na leczenie odpowiedziało bardzo wielu chorych. Efekt był niemal natychmiastowy, niestety, nie trwał zbyt długo. Przez kilka miesięcy prowadzenia badania zaobserwowano jednak aż 63 proc. spadek liczby zgonów i 74 proc. spadek szybkości wzrostu guza.

Cena, jaką płacili za to pacjenci, była jednak niebagatelna. Ponad 10 proc. chorych odczuwało poważne skutki uboczne, najczęściej wysypkę i bóle stawów, ale pojawiły się też rzadkie, mniej groźne od czerniaka, nowotwory skóry.

Dobre przeciwciało

Drugi obiecujący preparat to ipilimumab (IPI) atakujący czerniaka na innej zasadzie. IPI to wysoce wyspecjalizowane ludzkie przeciwciało pobudzające układ odpornościowy do walki z czerniakiem. Pomysł tzw. immunoterapii czerniaka nie jest nowy. Jakiś czas temu mówiono o szczepionkach przeciw tej chorobie. Próby te spaliły na panewce, być może dlatego, że próbowano wykorzystać antygeny samego czerniaka. Teraz spróbowano zadziałać w sposób mniej swoisty, a więc pobudzić nieczynne limfocyty T (rodzaj białych ciałek krwi). O pozytywnym działaniu IPI doniesiono już na zeszłorocznym ASCO, kiedy wykazano, że jest to pierwszy lek rzeczywiście wydłużający życie pacjentom z zaawansowanym czerniakiem, u których zawiodło dotychczasowe leczenie (niektórzy żyli nawet po trzech latach). Tym razem IPI podano osobom z przerzutami, wcześniej w ogóle nieleczonym. Połowie z 502 pacjentów podawano IPI plus standardową terapię, połowie placebo plus standard (w badaniu brali udział m.in. pacjenci z Polski). Efekt znów był bardzo pozytywny. Po roku w grupie z IPI żyło 47,3 proc. pacjentów (versus 36,3 w grupie kontrolnej), po trzech latach liczby te wyniosły odpowiednio 20,8 proc. versus 12,2. Nie oznacza to jeszcze zwycięstwa nad zaawansowanym czerniakiem, ale skoro po trzech latach żyje co piąty pacjent, to jest już coś.

Sławomir Zagórski
Gazeta Wyborcza

Wtórny obrzęk limfatyczny

W dużej grupie kobiet leczonych z powodu raka piersi w różnym okresie po zakończeniu leczenia może wystąpić wtórny obrzęk limfatyczny. Jego istotą jest gromadzenie się w przestrzeniach tkankowych dużych ilości białka o wielkich cząsteczkach.

Wystąpienie obrzęku jako skutku terapii zależne jest od rodzaju leczenia zasadniczego (mastektomia lub leczenie oszczędzające), a przede wszystkim od ilości usuniętych węzłów chłonnych (usunięcie wszystkich węzłów lub procedura węzła wartowniczego). Ogromne znaczenie ma zastosowanie radioterapii po leczeniu chirurgicznym, która wielokrotnie zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia obrzęku. Na możliwość jego wystąpienia ma również wpływ tryb życia i zachowania kobiet. Obrzęk dotyczy okolicy, w której ustaje prawidłowy odpływ chłonki. Może powstać po latach od wystąpienia wywołującej go przyczyny (np. z powodu dźwigania zakupów). W obrzęku wtórnym naczynia chłonne tracą swoją zdolność do samoistnego kurczenia się i dochodzi do zastoju chłonki. Prowadzi to do obrzęku skóry, następnie włóknienia aż do rogowacenia. Często towarzyszy temu złe samopoczucie i gorączka, zapalenie naczyń chłonnych, zwiększenie obwodu kończyn.

W następstwie obrzęku limfatycznego w skórze i tkance podskórnej powstają charakterystyczne zmiany. Najczęstszymi zmianami są: zgrubienie ściany średnich i drobnych naczyń tętniczych, prowadzące do ich zwężenia; przerost warstwy wewnętrznej i środkowej żył z rozszerzeniem ich światła; zanik lub przerost naczyń chłonnych; zastąpienie tkanki tłuszczowej tkanką łączną; zanik gruczołów potowych; zwłóknienie skóry właściwej, tkanki podskórnej i tłuszczowej oraz powięzi; zgrubienie i nadmierne rogowacenie naskórka. Obrzęk limfatyczny jest najczęściej obrzękiem jednostronnym, asymetrycznym. Przebiega bezboleśnie lub z dolegliwościami bólowymi. Zmienia się konsystencja tkanki podskórnej oraz kolor skóry.

Wyróżniamy 4 stopnie obrzęku limfatycznego:

- **stopień I**, utajony, nie daje objawów klinicznych obrzęku tkanek, zdolność do transportu w układzie chłonnym jest upośledzona;
- **stopień II** charakteryzuje obrzęk, którego istotą jest gromadzenie się bogato białkowego płynu śródkomórkowego w tkance podskórnej. Powoduje to rozciągnięcie tkanki, utratę napięcia – bez objawów włóknienia. Kolor skóry pozostaje bez zmian. Obrzęk jest miękki, ciastowaty, uciśnięcie powoduje powstanie dołka. Ustępuje w spoczynku kończyny;
- **stopień III** to postępujące zwłóknienie tkanki podskórnej. Obrzęk robi się twardy, po uciśnięciu nie powstaje dołek, zanika tkanka tłuszczowa – w jej miejsce powstaje tkanka łączna. Kolor skóry pozostaje bez zmian, chyba że wystąpi stan zapalny;
- **Stopień IV**, słoniowacizna limfatyczna. Naskórek ulega rogowaceniu. Na skórze mogą pojawiać się brodawki i kłykciny. Zanikają włókna nerwowe, gruczoły potowe, a w zaawansowanych przypadkach mięśnie. Gdy obrzęk chłonny trwa długo, następuje zniekształcenie i powiększenie powierzchni kończyny, ograniczenia ruchomości i zmiany zwyrodnieniowe stawów. Mogą wystąpić uszkodzenia neurologiczne, zwiększenie podatności na urazy, zakażenia grzybicze i wirusowe (róża). Ulega zmianie kolor skóry.

U pacjentek, u których wystąpił wtórny obrzęk limfatyczny należy stosować kompleksową fizjoterapię, której zróżnicowanie jest zależne od rodzaju, wielkości, konsystencji i okresu trwania obrzęku

Celem fizjoterapii chorych z obrzękiem limfatycznym jest:

- odprowadzenie nadmiaru chłonki i zmniejszenie obrzęku;
- pobudzenie tworzenia się krążenia obocznego;
- utrzymanie prawidłowego zakresu ruchu w stawach oraz siły i napięcia mięśni obrzękniętej kończyny;
- przywrócenie równowagi odpływu chłonki;
- zapobieganie czynnościowym następstwom obrzęku (wady postawy, zwyrodnienia stawów);
- zniesienie bólu.

Profilaktyka obrzęku limfatycznego wtórnego

Radioterapia i chemioterapia wyraźnie zwiększają ryzyko wystąpienia tego powikłania. Obrzęk limfatyczny wtórny może wystąpić zarówno u pacjentek, u których wykonano amputację piersi, jak i u tych, po leczeniu oszczędzającym. Zaoszczędzenie węzłów chłonnych zmniejsza prawdopodobieństwo obrzęku. Na jego powstanie może mieć również wpływ ograniczenie aktywności ruchowej kończyny (np. długotrwały opatrunek gipsowy). Również nadmierne obciążenie kończyny wysiłkiem fizycznym może doprowadzić do obrzęku limfatycznego. Czynnikiem sprzyjającym jest też otyłość! Wszystkie pacjentki uczy się automasażu wspomagającego przepływ chłonki w kończynie górnej strony operowanej. Tego rodzaju masaż wykonuje się na ręce ułożonej na „trójkącie". W celu ułatwienia poślizgu należy używać olejku lub kremu do masażu, szczególnie kremu do masażu

dr H. Tchórzewska-Korba z pacjentką

z arniką, która działa przeciwobrzękowo. W czasie odpoczynku i snu zaleca się układanie kończyny w wybranych pozycjach, takich jak ułożenie ręki na klinie w leżeniu na plecach lub na boku strony nieoperowanej.

Unikaj!

- przeciążania kończyny długotrwałą pracą fizyczną, np. długotrwałego prowadzenia samochodu, prasowania;
- wkłuć dożylnych w kończynę strony operowanej;
- opalania na słońcu i w solarium;
- przegrzewania kończyny (gorące kąpiele, stosowanie maści rozgrzewających);
- ucisku kończyny – noszenia zbyt ciasnej odzieży, uciskającego zegarka, pomiaru ciśnienia krwi;
- urazów w obrębie kończyny, jak skaleczenia, oparzenia, zakłucia, ukąszenia owadów. W razie zmiany zabarwienia skóry w wyniku urazu należy niezwłocznie zgłosić się do lekarza;
- zmiany wagi ciała (otyłość sprzyja wytwarzaniu się obrzęku);
- noszenia źle dobranej protezy piersi i ciasnego stanika.

W skład kompleksowej fizjoterapii wchodzą przede wszystkim kinezyterapia oraz zabiegi prowadzące do zmniejszenia objętości narastającego obrzęku.

Kinezyterapia

Jest to leczenie ruchem w połączeniu z wysokim układaniem kończyny w spoczynku. Ćwiczenia należy wykonywać systematycznie, szczególnie w sektorze ruchu 90-180 stopni ruchu zgięcia i odwiedzenia w stawach obręczy barkowej, przede wszystkim w pozycji leżącej na plecach. Stosuje się ćwiczenia czynne w odciążeniu, czynne wolne, ćwiczenia z przyborami (laski,szarfy). W krążeniu chłonki dużą rolę odgrywają m.in. ruchy palców ręki. Przy ich prostowaniu następuje „zasysanie" chłonki do naczyń chłonnych, a przy zginaniu dochodzi do wypchnięcia chłonki do naczyń chłonnych grzbietu ręki i przedramienia. Ćwiczenia powinny być wykonywane systematycznie, kilka razy dziennie. Ich intensywność ma duże znaczenie – nadmierna może spowodować powysiłkowy obrzęk. Nie stosuje się ćwiczeń z obciążeniem. Zaleca się pływanie rekreacyjne, grę w piłkę siatkową – plażową.

Stosowane sa również inne zabiegi fizykalne:

Przerywana kompresja pneumatyczna (masaż pneumatyczny).

Wykonywany specjalnym aparatem rytmiczny masaż pneumatyczny (którego zasadą jest cykliczne napełnianie się rękawa aparatu powietrzem) powoduje dopasowany do wielkości obrzęku ucisk i opróżnianie w czasie zaplanowanej przerwy. Aparaty do masażu pneumatycznego mogą mieć rękawy jedno-, trzy- i pięciokomorowe, skonstruowane tak, że występuje tylko jednokierunkowy – dośrodkowy kierunek ucisku. Wysokość ciśnienia nie powinna być większa niż ciśnienie rozkurczowe danego pacjenta, czas trwania ucisku i czas przerwy zależy od rodzaju obrzęku, tolerancji chorego. Z reguły czas ucisku jest kilkakrotnie dłuższy od czasu przerwy. Im obrzęk jest twardszy, tym czas ucisku powinien być krótszy, a ciśnienie niższe.

- **Zabiegi z zakresu hydroterapii** (terapia z użyciem wody, np. kąpiele)
- **Masaż aparatem Aguavibron** – polega na zastosowaniu aparatu do masażu na podciśnienie wody z użyciem końcówek lejkowatej lub grudkowatej, w wysokim ułożeniu kończyny zgodnie z zasadami drenażu limfatycznego. Masaż wykonuje się w granicach 8 – 15 minut obejmując poza kończyną okolicę łopatki i linii pośrodkowej pachowej.
- **Masaż wirowy** stosuje się natomiast w temperaturze wody 34 – 37 stopni Celsjusza w czasie ok. 10 minut.

U niektórych pacjentek dobre efekty daje krioterapia (schładzanie).

Manualny drenaż limfatyczny i kompleksowa fizjoterapia udrażniająca

Manualny drenaż limfatyczny łączy się ze specjalną techniką bandażowania i ćwiczeniami wykonywanymi zabandażowaną kończyną. Ręczny drenaż chłonny jest terapią trudną. Wymaga dużego doświadczenia, a nieumiejętne wykonanie może spowodować powiększenie obrzęku lub stan zapalny naczyń limfatycznych. Ważnym elementem są ćwiczenia rozluźniające i wprowadzanie metod relaksacji w trakcie zajęć. Dla utrzymania efektów pacjentki powinny nosić elastyczny rękaw z odpowiednio dobraną kompresją, wywierającą ucisk zmniejszający się dośrodkowo. Jeśli pacjentka nie zamierza nosić rękawa stale – po wykonaniu drenażu ręcznego – lepiej stosować inne metody kompleksowej terapii obrzęku. Zakładanie rękawa od czasu do czasu jest niekorzystne i może nawet wpłynąć na zwiększenie obrzęku.

Metoda obejmuje dwa okresy terapii:

1. terapia zasadnicza – 2 tygodnie, w czasie której wykonuje się codziennie drenaż limfatyczny, poprzedzony zabiegami pielęgnacyjnymi kończyny. Następnie po wykonaniu drenażu – specjalny rodzaj bandażowania utrzymywany do 24 godzin.

2. terapia podtrzymująca – systematyczne używanie rękawa uciskowego, codzienne wykonywanie ćwiczeń w rękawie uciskowym; przestrzeganie zasad profilaktyki (np. wysokie układanie kończyny).

Bandażowanie kończyny wykonuje się po drenażu w celu wspomagania funkcji elastycznej zwiotczałej skóry i poprawy drenażu chłonki i płynu tkankowego. Używa się specjalnych opasek elastycznych, których zadaniem jest wywieranie ciśnienia z zewnątrz. Bandaże zakłada się na 24 godziny, zdejmuje przed następną sesją drenażu. Wskazaniem do bandażowania po drenażu są obrzęki o znacznej objętości z odczynem włóknistym i zniekształceniami kończyny.

Elastyczne rękawy lub pończochy, obejmując całą kończynę, wywierają stały ucisk zmniejszający się dośrodkowo. Rękaw czy pończochę dobiera się indywidualnie dla każdego pacjenta. Najczęściej zaleca się ich stałe noszenie z przerwą na spoczynek.

dr Hanna Tchórzewska-Korba
specjalista II rehabilitacji ruchowej
Zakład Rehabilitacji
Centrum Onkologii w Warszawie

Przyjaciele od piersi

Breast Friends

Już po raz piąty Stowarzyszenie „Amazonki" Warszawa-Centrum wraz z firmą Roche Polska, zorganizowali polską edycję międzynarodowej kampanii edukacyjnej „Breast Friends - Przyjaciele od Piersi", która została zapoczątkowana w 2006 roku w Londynie.

Roche, materiały promocyjne

Kampania Breast Friends, Londyn

Celem kampanii jest szeroka edukacja społeczeństwa na temat raka piersi - choroby niejednorodnej i wymagającej indywidualnego podejścia do leczenia. Główny przekaz kampanii koncentruje się na dwóch aspektach. Pierwszy dotyczy wiedzy na temat występowania różnych typów nowotworów piersi, w tym HER2 dodatni i HER2 ujemny rak piersi, z których każdy przebiega w inny sposób. Drugi koncentruje się na roli przyjaciela wspierającego chorą kobietę w wymiarze merytorycznym i psychologicznym w okresie rozpoznania i leczenia choroby, w rozmowach z lekarzem, w momentach załamania, ale i w chwilach radości.

W ramach V edycji kampanii Breast Friends – Przyjaciele od Piersi uruchomiony został również cykl miniankiet, w których użytkownicy portalu Facebook pytani są o zdanie w ważnych sprawach dotyczących raka piersi. Zadane do tej pory pytania zaktywizowały bardzo wielu „Przyjaciół od Piersi", którzy, jak się okazało, chętnie dzielą się swoimi przemyśleniami i wyrażają zdanie na wskazany temat. Wierzymy, iż wszystkie udzielone odpowiedzi pozwolą na lepsze zrozumienie postaw społecznych, sprawdzenie poziomu wiedzy Polaków o raku piersi jak również pomogą w ukierunkowaniu przyszłych działań edukacyjnych.

V edycja odbywa się pod honorowym patronatem Małżonki Prezydenta RP Pani Anny Komorowskiej oraz Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej Curie i Polskiego Stowarzyszenia Dziennikarzy Naukowych, a także wsparciu, zasłużonej w działaniach na rzecz kobiet chorych na raka piersi, Fundacji Rak'n'Roll. Wygraj życie!

Dziennikarze do tablicy

Kluczowym elementem tegorocznej kampanii jest „Konkurs wiedzy onkologicznej dla mediów". Jego celem jest dostarczenie dziennikarzom rzetelnej wiedzy o epidemiologii, profilaktyce nowotworowej, diagnostyce – ze szczególnym uwzględnieniem różnych typów nowotworów i konieczności oznaczania receptorów. Dzięki dobrze wyedukowanym mediom wzrośnie świadomość społeczna w zakresie onkologii, a także będzie można poprawić wczesną wykrywalność raka piersi w Polsce.

Konkurs rozpoczął się w maju i będzie trwał do końca listopada. Co miesiąc dziennikarze z mediów ogólnopolskich i lokalnych otrzymują materiały edukacyjne, a następnie odpowiadają na pytania testowe związane z epidemiologią, profilaktyką i diagnostyką nowotworów. Materiały i pytania są każdorazowo zatwierdzane przez Radę Naukową Konkursu, w skład której weszły uznane autorytety z dziedziny onkologii - prof. dr n. med. Krzysztof Krzemieniecki (onkolog), prof. dr n. med. Włodzimierz Olszewski (patolog), dr med. Pani Iwona Głogowska (onkolog) oraz Anna Mazurkiewicz (dziennikarka, pisarka, bohaterka polskiego Breast Friends). Po każdej turze testów sprawdzających wiedzę, do wszystkich dziennikarzy są wysyłane poprawne odpowiedzi wraz z szerszym materiałem poświęconym tematom poruszonym w konkursie. Szczegółowy regulamin Konkursu jest dostępny na stronie www.her2plus.pl/konkurs.

Pierwszy etap

W I turze pytaliśmy dziennikarzy m. in. o takie pojęcia jak: kancerogeneza, czy też leczenie neoadiuwantowe. Wyjaśniamy niektóre pojęcia:

- **Kancerogeneza:** proces prowadzący do powstawania komórek nowotworowych.
- **Leczenie adjuwantowe:** uzupełniające pooperacyjne leczenie systemowe.
- **Leczenie chirurgiczne oszczędzające:** polega na usunięciu guza z marginesem zdrowych tkanek, usunięciu węzłów chłonnych pachy i radioterapii piersi.
- **Leczenie neoadjuwantowe:** przedoperacyjne leczenie systemowe.

Najlepsze wyniki uzyskali:

1. **Małgorzata Załoga**, *Twoje Imperium*
2. **Piotr Gmurek**, *doz.pl*
3. **Jan Kasia**, *Polskie Radio*

Drugi etap

- Tym razem pytaliśmy o takie pojęcia jak: amplifikacja genu czy też węzeł wartowniczy. Poniżej wyjaśniamy poruszane zagadnienia:
- **Amplifikacja genu** to zwielokrotnienie kopii genu.
- **Najstarszą polską organizacją** skupiającą pacjentów jest Klub Kobiet „Amazonki".
- **Węzeł wartowniczy** to pierwszy węzeł chłonny filtrujący limfę spływającą z ogniska nowotworowego.
- **Około połowa kobiet z dziedzicznym rakiem piersi** ma mutację w genie BRCA1.
- **Kobieta powinna wykonywać samobadanie piersi** raz w miesiącu.

W drugim etapie Konkursu najlepsze wyniki uzyskali:

1.**Katarzyna Pinkosz**, *Mamo to ja*
2.**Małgorzata Kwiecień**, *Radio Kampus*
3.**Agnieszka Katrynicz**, *termedia.pl*

Etap trzeci

W trzeciej turze „Konkursu wiedzy onkologicznej dla mediów" pytaliśmy dziennikarzy m. in. o takie pojęcia jak: apoptoza czy też model dwóch uderzeń. Poniżej wyjaśniamy poruszane zagadnienia.

- Przyjmuje się, że w procesie powstania komórek nowotworowych muszą zajść co najmniej dwie zmiany w genomie **(tzw. model dwóch uderzeń)**.
- W komórkach nowotworowych **apoptoza** (śmierć komórki) hamowana jest poprzez zmniejszenie produkcji białek potrzebnych do indukcji tego procesu.
- Najstarsze wzmianki o zachorowaniach na raka piersi pochodzą **z Egiptu z XVII wieku p.n.e.**
- **Gruczolakowłókniaki** występują najczęściej u kobiet w wieku **18-35 lat.**
- **Potrójnie ujemny rak piersi (TNBC)** występuje w Polsce rocznie u ok. 2100 chorych kobiet.

W trzecim etapie Konkursu najlepsze wyniki uzyskali:

1. **Katarzyna Świerczyńska,** *Wprost*
2. **Diana Ożarowska-Sady**, *Przyjaciółka*
3. **Anna Malec,** *Radio Warszawa*

RAK NAS NIE DOŚCIGNIE

W sobotę 4 czerwca znowu pobiegłyśmy. My – kobiety. Solidarnie.
W warszawskim Parku Agrykola wystartował Samsung Irena Women's Run . To bardzo szczególna impreza, część wielkiej kampanii edukacyjno-profilaktycznej „Różowa wstążka".

Bieg jest organizowany co roku, nie tylko w celu popularyzowania zdrowego i aktywnego trybu życia, ma służyć przede wszystkim promowaniu profilaktyki nowotworów piersi i wczesnego ich wykrywania. Intencją organizatorów jest przekonanie pań do regularnych badań, a także zebranie funduszy dla organizacji od lat działających na rzecz kobiet chorych na raka piersi. Warunkiem uczestnictwa w biegu Samsung Irena Women's Run było wniesienie opłaty rejestracyjnej w wysokości 30 zł, a zebrane w ten sposób środki zostaną przeznaczone na działalność stowarzyszenia „Amazonki" (budowa domu dla chorych na raka) i fundacji Rak'n'Roll (renowacja poczekalni onkologicznych).

Samsung Irena Woman's Run, Warszawa 2011

Na badanie marsz

W ramach przygotowań do imprezy pod Pałacem Kultury i Nauki ustawiono mammobus oraz gabinet lekarski, w którym każda z pań, bez względu na wiek, mogła zasięgnąć porady specjalisty. W centrach handlowych ustawiono bieżnie, na których można było nie tylko sprawdzić kondycję, ale także wesprzeć fundacje działające na rzecz walki z rakiem. Każdy przebiegnięty kilometr na bieżni to 5 zł, przekazane na stowarzyszenie „Amazonki" i fundację Rak'n'Roll zaangażowane w walkę z rakiem.

W tym biegu nie ma wygranych ani przegranych. Główną nagrodą jest tu zdrowie i dobra zabawa. Poprzez imprezę biegową Samsung Irena Women's Run pragnę zachęcić kobiety do aktywnego trybu życia, ale również do dbania o swoje zdrowie i dobre samopoczucie - wyjaśnia Irena Szewińska, jedna z najbardziej utytułowanych polskich lekkoatletek, wielokrotna medalistka olimpijska, patronka Samsung Irena Women's Run.

W tym roku bieg był wyjątkowy nie tylko ze względu na jego adresatki. Trasa na dystansie 5 km po raz pierwszy w Polsce poprowadziła przez Park Łazienkowski. Bieg wystartował na Agrykoli, ruszył przez Park Łazienkowski do Al. Ujazdowskich, a następnie ul. Piękną, ul. Myśliwiecką, ponownie przez Park Łazienkowski, aż do mety, również na Agrykoli.

Pogoda dopisała. Warszawiacy stawili się tłumnie. Uczestniczki biegu zjawiały się z rodzinami a często nawet z całymi grupami wsparcia. Zbudowane wokół Miasteczko Kobiet tętniło życiem. Było mnóstwo atrakcji także dla mężczyzn i dzieci.

Namiot Amazonek

Swój namiot miałyśmy także i my, Amazonki. A w nim, oprócz materiałów edukacyjno-informacyjnych, drobnych prezentów i losowania nagród (m.in. bonów na zakup damskiej bielizny, książek, koszulek i kosmetyków), każda z Pań mogła nauczyć się sztuki autobadania piersi pod okiem specjalistki. Dodatkowo swoje książki oraz album ze zdjęciami wydany z okazji akcji Brest Friends, podpisywała dziennikarka Anna Mazurkiewicz, a wszystkie mamy z córkami w wieku już od lat dziewięciu mogły zasięgnąć fachowej rady jak w sposób właściwy i bezpieczny dobrać pierwszy biustonosz. Wśród uczestniczek biegu rozdałyśmy ankietę, która pomoże nam w zdobyciu wiedzy na temat tego, czy regularnie badamy piersi, jak często odwiedzamy ginekologa, robimy mammografię i cytologię a także czy lekarze, przy okazji wizyty, badają piersi oraz czy uczą samobadania swoje pacjentki.Wyniki ankiety opublikujemy w następnym numerze naszej gazety.

Nasi patroni

Bieg objęły patronatem następujące instytucje i stowarzyszenia: Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej Curie w Warszawie, Wojewódzki Ośrodek Koordynujacy Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi oraz Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Dziennikarski Klub Promocji Zdrowia. Honorowy patronat nad imprezą objęła małżonka Prezydenta RP – pani Anna Komorowska, a także Prezydent m.st. Warszawy – pani Hanna Gronkiewicz-Waltz. Dodatkowo swoje poparcie dla akcji wyraziły aktorki Edyta Olszówka i Magdalena Wójcik oraz dziennikarka Kinga Burzyńska..

Beata Drzewosowska

Vipharm z Amazonkami dla chorych na nowotwory

Z dr n. farm. Agnieszką Szelejewską dyrektorem ds. Medycznych firmy Vipharm SA, sponsorem gazety „Amazonki", rozmawiamy o naszej wieloletniej przyjaźni i wspólnych działaniach na rzecz chorych na nowotwory.

dyr A.Szelejewska z E.Kozik i E.Grabiec-Raczak

Dlaczego spośród wielu organizacji pacjentów postanowiliście współpracować właśnie z Amazonkami?

Z trzech powodów. Po pierwsze, jesteśmy polskim producentem leków przeznaczonych dla chorych na raka piersi i chcieliśmy bliżej poznać problemy naszych pacjentów i to problemy nie tylko związane z farmakoterapią, ale w ogóle z leczeniem. Po drugie, chcieliśmy wspomóc powrót do zdrowia chorych i szukaliśmy partnera. „Amazonki" – organizację z wieloletnim doświadczeniem i programem działania – uznaliśmy za najbliższą naszych celów. Po trzecie, osobiste spotkanie z Elą Kozik i Zofią Michalską oraz ich charyzma wyzwoliły naszą wspólną historię, która rozpoczęła się w 2004 roku.

Oferujecie cała gamę leków, które mogą być podawane na każdym etapie leczenia raka piersi. Co je charakteryzuje?

Wprowadziliśmy leki, które zapewniają chorym na raka piersi hormonoterapię na każdym etapie leczenia. Nasze leki mogą być podawane zarówno przed operacją chirurgiczną, celem zmniejszenia guza jak i po operacji, w czasie, kiedy przez pięć lat, chora otrzymuje hormonoterapię. Taka terapia ma zabezpieczyć przed ryzykiem wznowy. Mamy też leki dla chorych z zaawansowanym rakiem piersi. Wszystkie nasze leki są nowoczesne, bezpieczne i tanie. Wykorzystaliśmy w ich recepturach najnowsze, ale sprawdzone – także w naszym laboratorium – osiągnięcia medycyny. Są to leki polskie, w pełni refundowane przez NFZ. Chorym rozpoczynającym leczenie hormonalne rozdajemy bezpłatnie, zawierające wiele praktycznych rad poradniki takie jak: „Świadome życie w chorobie" i „Nie bój się chemioterapii".

W zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, poza lekami bezpośrednio uderzającymi w raka, potrzebne są leki wspomagające, zwalczające następstwa rozwoju choroby i wyniszczającego leczenia. Czy to także jest obszar działania firmy Vipharm?

Mamy leki pomagające pokonać najczęściej występujące następstwa rozwoju raka piersi – przerzuty nowotworowe do kości i występujące u 80% pacjentów wyniszczenie nowotworowe organizmu. W zaawansowanym stadium choroby nowotworowej chorzy mają problemy z przyjmowaniem posiłków, czego skutkiem jest utrata masy ciała. Poza lekami staramy się też dostarczyć wiedzy na temat prawidłowego żywienia, wydaliśmy bezpłatny poradnik „Zalecenia dietetyczne w chorobie nowotworowej".

Ostatnie osiągnięcie Vipharmu to krem hipoalergiczny Olvizone. Na czym polega jego wyjątkowa formuła i czy możemy go polecić chorym na nowotwory?

Olvizone łączy to co najwspanialsze w naturze, znane i sprawdzone od wieków – oliwę i ozon. Połączenie tych dwóch składników dało krem, który przynosi ukojenie w stanach zapalnych i podrażnieniach skóry, oparzeniach. Jest przebadany dermatologicznie. Jego skuteczność w leczeniu odczynu popromiennego sprawdzono na grupie 150. pacjentów po radioterapii, a w profilaktyce owrzodzeń i odleżyn na grupie 100. chorych w hospicjum. Pomaga też osobom, których skóra jest przesuszona i nadwrażliwa w wyniku długotrwałych terapii. Szeroko polecamy go chorym na nowotwory. Czytelniczki gazety „Amazonki" mogą sprawdzić działanie Olvizone na sobie. W Biurze Stowarzyszenia można dostać bezpłatną próbkę.

Mówiliśmy dotąd o lekach, które leczą ciało z chorób nowotworowych, a co z duszą?

Choroby psychiczne, są obok rozprzestrzeniających się chorób nowotworowych, najpoważniejszym problem zdrowotnym naszych czasów. Wydaliśmy walkę trzem rodzajom schorzeń psychicznych. Otępieniu w przebiegu choroby Alzheimera, schizofrenii i depresji, która stanowi także poważny problem w leczeniu chorych na nowotwory. Bardzo często pacjent onkologiczny wpada w depresję, traci chęć do życia, do dalszej walki, a przecież wiemy jak ważna jest strona psychiczna w pokonywaniu choroby. Mówi o tym książka „I przyszedł do mnie rak", która ukazała się pod naszym patronatem z inicjatywy Stowarzyszenia „Amazonki" Warszawa-Centrum.

Leki firmy Vipharm to nadzieja na nowoczesną, bezpieczną, skuteczną i tanią terapię dla polskich pacjentów. Czy to tylko nadzieja czy rzeczywistość?

Dowodem na to, że to rzeczywistość są certyfikaty i nagrody. Bezpieczeństwo i skuteczność naszych leków została potwierdzona w badaniach biorównoważności, a ich wysoka jakość nagrodzona Certyfikatem Innowacyjności 2005 przez PAN i certyfikatem Srebrnej Jakości Roku przez Polskie Centrum Badań i Certyfikacji.

Dostajecie też nagrody za wspomaganie akcji na rzecz chorych.

Najbardziej cenimy sobie statuetkę Venus i Srebrny Łuk otrzymane od Stowarzyszenia „Amazonki" Warszawa – Centrum za pomoc w budowie Centrum Edukacyjno-Terapeutycznego. Osobiście jestem bardzo dumna z Bursztynowego Łuku i tytułu Honorowej Amazonki.

Integralną częścią loga Firmy jest hasło: Z lekarzami dla pacjentów. Co się za nim kryje ?

Razem z lekarzami podejmujemy działania na rzecz dobra pacjenta, podniesienia poziomu leczenia i jakości jego życia w chorobie. Jest to cykl poradników: „Nie bój się chemioterapii", „Zalecenia dietetyczne w chorobie nowotworowej" czy „Świadome życie w chorobie" – poradnik psychologiczny. Ostatnio przygotowaliśmy także poradnik filmowy dla rodzin i bliskich „Otępienie w przebiegu choroby Alzheimera". Patronujemy także warsztatom „Komunikacja lekarz-pacjent".

Vipharm ma krótką, 11-letnią historię, ale osiągnięcia firmy są imponujące. Nic dziwnego, że Dziennik „Puls Biznesu" zaliczył Firmę do elitarnego Klubu „Gazel Biznesu". Dla mnie najbardziej zasługujące na szacunek jest to, że Waszą misją jest dobro pacjenta. Być może paradoksalnie – stawiając sobie taki nie biznesowy cel – osiągacie największy sukces?

Tworząc firmę farmaceutyczną od początku mieliśmy świadomość, że nie będzie łatwo przy tak olbrzymiej konkurencji i nieporównywalnie większym zagranicznym kapitale, postawiliśmy więc na jakość i dostępność polskiego leku, potrzeby pacjenta. Od początku chcieliśmy być blisko chorych, wiedzieć jakie są ich oczekiwania. Amazonki okazały się w tym bardzo pomocne. Stworzyliśmy razem nową jakość – **Vipharm, z Amazonkami dla chorych na nowotwory**. W tej formule mieści się między innymi sponsorowanie gazety „Amazonki", wspieranie pracy Ochotniczek, a z drugiej strony postrzeganie naszej firmy jako przyjaznej chorym, oferującej dobre leki niosące nadzieję.

Rozmawiała
Aleksandra Rudnicka

Baba w „ełuropie”

Jestem babą z drabiniastego wozu. Pośmiewiskiem Europy.

Mam 50 lat, dwa fakultety, dorobek zawodowy i mieszkam w Warszawie. To stolica gospodarczego Tygrysa Europy. Ha, ha! Gdzie te czasy, gdy zagraniczne artykuły o mojej ojczyźnie ilustrowano brnącym przez błoto drabiniastym wozem i krowami tonącymi po kolana w odchodach. Po wsiach krążą teraz najnowsze ciągniki. Krówki mają czyściutkie obory z klimatyzacją, regulatorem wilgoci i widokiem na łąkę. A ja, baba, nadal jadę na drabiniastym wozie. I jakoś do Unii nie mogę dojechać.

Na babski rozum

Jako baba swój rozum jednak mam. Dzięki niemu znalazłam sobie raka piersi. Jak dobiłam do 50., to dostałam zaproszenie na mammografię. Zaproszenie! Nie konieczność, nie nawyk, nie profilaktyczny standard, tylko zaproszenie: ma baba możliwość; jak chce, to niech się zbada. I się zbadałam. Mam raka.

Owszem mogłam wcześniej: zrobić mammografię za pieniądze, mogłam iść do prywatnego gabinetu lekarskiego. Tego droższego. Bo w lekarskich spółdzielniach w Warszawie nie trafiłam na ginekologa, który poza standardowym badaniem wykonywałby jeszcze badanie piersi albo USG.

Baba się maca

Do rejonowej poradni K chodzę z wygody (bo blisko) i oszczędności. Dr. M. „mój” ginekolog wysyła mnie co dwa lata na cytologię, czasem na USG dolnych kobiecych partii. Dwa lata temu zaproponowałam: - Może mnie pan doktor wyśle na mammografię, albo na USG piersi chociaż…

- Pani jeszcze 50. nie ma! A w rodzinie rak piersi był?

- Nie było.

- E tam, to po co… Zresztą, nie ma w standardzie, w koszyku medycznym znaczy się. A maca się pani?

- Macam.

- No to dalej się trzeba macać.

Minęły dwa lata i nic sobie nie wymacałam. Ale na mammografię poszłam. Wykryła raka.

Baba w cywilizowanym świecie

15 lat temu marzyłam sobie o tym, jak doganiamy Europę. Mieszkałam wtedy 3 lata w Niemczech, miałam ubezpieczenie zdrowotne. Nie zapomnę wrażenia podczas pierwszej wizyty u ginekologa. Wszystko wykonane w standardzie – badanie, cytologia, USG narządów rodnych i piersi. Miałam je powtarzać co roku. Takie były wymogi mojej kasy chorych. Ubezpieczyciel zastrzegł, że gdybym nie przyszła na badania, mógłby nie zwrócić mi kosztów leczenia, koniecznego z powodu zaniedbania. Boleśnie proste. Nie zapraszał, nie prosił, nie propagował, ale wymagał badania.

Cenię bardzo pracę wszystkich, którzy w Polsce angażują się w propagowanie badań profilaktycznych, chylę czoła przed posłankami, które upowszechniają akcję „Bądź zdrowa, mamo, zbadaj się” i celebrytkami, które wspierają akcje programów wczesnego wykrywania raka. Mam jednak wątpliwość, czy samo uświadamianie np. badań profilaktycznych raka piersi odniesie należyty skutek poza większymi miastami i wejdzie kobietom w nawyk. Gdyby MUSIAŁY chodzić do ginekologa i gdyby ginekolog MUSIAŁ badać im piersi, pewnie wykrywalność nowotworów byłaby wyższa, a leczenie skuteczniejsze.

Mój rak okazał się niewielki. Ale gdyby w „koszyku medycznym” było USG piersi, to być może uchwyciłabym go jeszcze wcześniej. Mogłabym wcześniej wrócić do pracy i nie byłabym na tak długim zwolnieniu lekarskim! Polskiemu podatnikowi znacznie bardziej opłaca się zapłacić raz na dwa lata za moje USG piersi niż wypłacać miesiącami zasiłek chorobowy i finansować długie kosztowne leczenie.

NT

Rak, czyli Mr Dexter!

Na konferencji zorganizowanej przez Polskie Towarzystwo do Badań nad Rakiem Piersi zaprezentowano najnowsze dane Krajowego Rejestru Nowotworów. Są to dane za rok 2008, bo tyle czasu potrzeba na ich zebranie i dokładne opracowanie. Jak się okazuje, zachorowuje więcej kobiet, ale umiera więcej mężczyzn.

W 2008 r. zarejestrowano 65 477 przypadków zachorowań na nowotwory u mężczyzn i 65 586 przypadków u kobiet, jak jednak twierdzą autorzy raportu, Joanna Didkowska, Urszula Wojciechowska i Witold Zatoński, należy szacować, że te liczby są większe i że zachorowało łącznie około 156 000 osób, w tym 78 300 mężczyzn i 77 600 kobiet. Po raz drugi liczba zgłoszonych zachorowań na raka jest większa u kobiet niż u mężczyzn. W statystyce zgonów na raka sytuacja jest odwrotna: w 2008 r. 92 936 Polaków zmarło na nowotwory złośliwe: wystawiono akty zgonów 40 842 kobietom i 52 219 mężczyznom.

Przypadki męskie, przypadki damskie

U panów na pierwszym miejscu znajduje się rak płuca – zbiera on również największe żniwo, plasując się na pierwszym miejscu w strukturze męskich zgonów na raka. W drugiej kolejności pod względem męskich zachorowań znajduje się rak prostaty, który jednocześnie zajął trzecie miejsce na niechlubnej liście rankingowej zgonów na nowotwory. I wreszcie na trzecim miejscu jest rak jelita grubego (liczony łącznie: nowotwór okrężnicy, zgięcia esico-odbytniczego, odbytnicy oraz odbytu), który plasuje się na drugim miejscu pod względem odsetka zgonów na nowotwory u mężczyzn.

U kobiet zdecydowanie „wygrywa” rak piersi: ta kolejność jeżeli chodzi o zachorowalność jest następująca: rak piersi - jelita grubego – płuca. Nieco inaczej wygląda statystyka zgonów kobiet. Już po raz drugi zaobserwowano, że w tej akurat statystyce u kobiet kolejność uległa zmianie: rak płuca „wyprzedził” raka piersi, na trzecim zaś miejscu znalazł się rak jelita grubego.

Europa obserwuje stały i szybki wzrost zachorowań na raka piersi, a jednak mimo zarejestrowanych w roku 2008 14 500 przypadków uważa się, że w Polsce nie jest tak źle w porównaniu z innymi krajami europejskimi. Jak powiedziała na konferencji dr Joanna Didkowska, obserwujemy wprawdzie wzrost zachorowalności, ale przede wszystkim związane jest to z większą wykrywalnością od czasu pojawienia się mammografii i, co za tym idzie, skriningu zorganizowanego. Mimo wszystko, ciągle za mało kobiet bierze udział w badaniach przesiewowych.

Widoki na przyszłość

Szacuje się, że w 2025 roku na raka piersi zachoruje w Polsce 21 tysięcy kobiet, głównie, przy dotychczasowych trendach, będą to kobiety w wieku 50 – 69 lat. Przy dużym wzroście zachorowań na raka piersi w Polsce obserwuje się natomiast pewne „ustabilizowanie” zgonów na ten nowotwór (5362 w 2008 roku), co może nie jest tak rewelacyjnym wynikiem jak 30-procentowy spadek umieralności w Stanach Zjednoczonych, ale jest faktem pocieszającym i świadczącym o postępie medycyny w tym zakresie. Jest jeszcze druga, gorsza wiadomość: adres zamieszkania jest w Polsce czynnikiem prognostycznym. Są województwa w których lepiej mieszkać i się leczyć, porównywalne z „przeżyciem europejskim” – np. mazowieckie, zachodnio-pomorskie czy wielkopolskie, a więc tam, gdzie funkcjonują duże ośrodki onkologiczne.

Co wynika z tych wszystkich liczb? Co nas czeka? Jak dowiedzieliśmy się od autorów raportu, możemy się spodziewać, że w 2025 roku na nowotwory złośliwe na świecie zachoruje 27 milionów ludzi, w Polsce przewiduje się 176 tys. zachorowań.

Anna Mazurkiewicz

Psycholog służy pomocą

W styczniu 2011 roku rozpoczął działalność Zakład Psychoonkologii Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie. Siedmiu psychologów zatrudnionych w tej placówce obejmuje kompleksową opieką psychologiczną pacjentów Centrum Onkologii oraz ich bliskich. Kierownikiem Zakładu jest mgr Mariola Kosowicz.
Pomoc psychologiczna skierowana jest do pacjentów w trakcie hospitalizacji (w każdej Klinice Narządowej można skorzystać z porady psychologa) i do pacjentów leczonych w trybie ambulatoryjnym.
Pacjenci mogą skorzystać z następujących formy pomocy:

Interwencja kryzysowa - to doraźna pomoc psychologiczna dla osób, które dowiadują się o diagnozie choroby nowotworowej lub są w innym kryzysowym momencie jej przebiegu
(wznowa, choroba rozsiana).

Terapia krótkoterminowa - obejmuje kilka spotkań z psychologiem poświęconych pracy nad aktualnymi trudnościami psychologicznymi chorych i/lub ich bliskich.

Terapia nastawiona na problem - jest to praca terapeutyczna z psychologiem skierowana na poszukiwanie optymalnych rozwiązań problemu zgłaszanego przez pacjenta.

Terapia podtrzymująca - obejmuje wsparcie psychologiczne w radzeniu sobie z problemami psychospołecznymi pacjenta.

Grupa wsparcia dla pacjentów - zajęcia grupowe mające na celu wsparcie psychologiczne osób na różnym etapie choroby nowotworowej.

Terapia małżeńska i rodzinna - spotkania małżeństw i/lub rodzin z psychologiem.

Terapia dla osób w żałobie.

Placówka prowadzi również działalność dydaktyczną (wykłady i warsztaty umiejętności psychologicznych dla lekarzy i personelu medycznego). W ramach działalności naukowej prowadzone są badania obejmujące wszystkich pacjentów Centrum Onkologii, dotyczące wielu aspektów radzenia sobie z chorobą nowotworową na różnych jej etapach.

Kontakt: Centrum Onkologii - Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, ul. W.K. Roentgena 5 wejście B, 1 piętro, pokój nr 7, tel.: (22) 546 32 42, www.coi.pl

Grupy wsparcia

Zakład Psychoonkologii Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie zawiadamia o utworzeniu **grup wsparcia:**

- **dla pacjentów po potwierdzonym rozpoznaniu choroby nowotworowej,** tzw. pacjenci pierwszorazowi (grupa wsparcia I),
- **dla pacjentów z nawrotem choroby nowotworowej, w trakcie leczenia,** (grupa wsparcia II).

Miejsce spotkań: sala wykładowa Stowarzyszenia „Amazonki" przy Zakładzie Rehabilitacji Centrum Onkologii, wejście A.

Terminy spotkań:

- grupa I – czwartki, w godzinach 14.00 – 16.00,
- grupa II – wtorki, w godzinach 13.00 – 15.00.

Zapisy do grup:

- osobiste w sekretariacie Zakładu Psychoonkologii Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, ul. Roentgena 5, Warszawa, wejście B, I piętro, pokój nr 7,
- telefoniczne pod nr (22) 546-32-42,

Mamy nowoczesne Centrum Profilaktyki Nowotworów!

22 czerwca na warszawskim Ursynowie z okazji 10-lecia działalności Fundacji TVN zostało oficjalnie otwarte Centrum Profilaktyki Nowotworów przy Instytucie Onkologii im. Marii Curie-Skłodowskiej. Budowa trwała dwa lata. Jest to pierwsza tego rodzaju placówka w Polsce. Fundacja TVN zebrała środki na budowę, finalny koszt wyniósł 36 milionów złotych.

Centrum Profilaktyki Nowotworów to nowoczesny, wolno stojący budynek o powierzchni całkowitej 3200 m2. Mieszczą się w nim przychodnie lekarskie, w których prowadzone będą badania profilaktyki nowotworowej w zakresie: raka piersi, raka układu rodnego, jelita grubego, górnego układu pokarmowego, dziedziczności genów odpowiedzialnych za nowotwory (cytogenetyka) oraz z dziedziny epidemiologii i prewencji onkologicznej, m.in. zapobieganiu rakowi płuc.Przychodniami będą kierować wybitni specjaliści, a pacjentom będzie służył najnowocześniejszy sprzęt medyczny.

Wizyty w Centrum, które jest otwarte dla pacjentów z całej Polski, będą bezpłatne – refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Centrum Profilaktyki Nowotworów Fundacja TVN przekazane zostało w zarządzanie Centrum Onkologii.

„Do tej pory remontowaliśmy placówki służby zdrowia, w których leczone są dzieci, a ja zawsze chciałam zrobić też coś znaczącego dla osób dorosłych"- mówi prezes Fundacji TVN Bożena Walter. Stworzenie Centrum Profilaktyki Nowotworów nieopodal Instytutu Onkologii bez wątpienia zaspokoi istotne potrzeby zdrowotne pacjentów.

W Instytucie od wielu lat działa już Zakład Rehabilitacji, Centrum Edukacyjne wybudowane przez Amazonki ze Stowarzyszenia Warszawa-Centrum czy ostatnio modernizowany Zakład Psychoonkologii.

Kolejnym krokiem byłoby wcielenie w życie projektu budowy Domu Chorych na Raka, w którym pacjent na różnych etapach choroby miałby zapewnioną profesjonalną pomoc i w spokojnej atmosferze mógłby wracać do zdrowia. Z pomocą i zaangażowaniem wielu ludzi dobrej woli, wielu organizacji m.in. takich jak Fundacja TVN, realizacja i tego pionierskiego projektu wydaje się być w pełni możliwa.

„Życie po mastektomii” – rok pełen zwycięstw

Dzięki serwisowi pomastektomii.pl, prowadzonemu w ramach kampanii informacyjnej „Życie po mastektomii”, bardzo wiele kobiet uwierzyło, że można normalnie żyć i funkcjonować z nowotworem piersi i po przebytym zabiegu mastektomii. Panie nie tylko otrzymały szereg praktycznych porad od specjalistów, lecz również skorzystały z cyklu bezpłatnych spotkań. Ponad 1000 kobiet mogło podzielić się swoją historią i doświadczeniem z innymi. Jubileusz kampanii uświetniły gorące słowa wsparcia i życzenia dalszych sukcesów od Krystyny Kofty i Joanny Koroniewskiej, od lat zaangażowanych w propagowanie profilaktyki nowotworowej wśród Polek.

Powodem do dumy organizatorów kampanii „Życie po mastektomii” jest coraz większa popularność serwisu pomastektomii.pl - „żywego” kompendium wiedzy, na bieżąco wzbogacanego o porady specjalistów z różnych dziedzin medycyny. Coraz więcej pań poszukuje na stronach serwisu kompleksowych i praktycznych informacji dotyczących choroby i leczenia, a także wskazówek jak powrócić do normalnego życia po mastektomii. Szczególnie chętnie panie korzystają z możliwości konsultacji ze specjalistami drogą on-line. Część najtrudniejszych pytań oraz odpowiedzi ekspertów jest również zamieszczanych na łamach serwisu.

Cieszą również podziękowania odwiedzających stronę, jak również gorące słowa wsparcia znanych Polek - Ireny Santor - gwiazdy polskiej piosenki, Elżbiety Kozik – prezes stowarzyszenia Polskie Amazonki Ruch Społeczny, Anny Popek – dziennikarki Telewizji Polskiej i Krystyny Wechmann, prezes Federacji Stowarzyszeń „Amazonki”. Do grona, które całym sercem życzą akcji dalszych sukcesów dołączyły Krystyna Kofta i Joanna Koroniewska. Panie przygotowały specjalne przesłanie do kobiet, u których wykryto nowotwór piersi i przeszły zabieg mastektomii. Słowa otuchy znajdują się w serwisie internetowym pomastektomii.pl.

W ramach kampanii edukacyjnej „Życie po mastektomii” prowadzony jest również cykl bezpłatnych spotkań z paniami z całego kraju, które przebyły zabieg mastektomii. W ciągu 12 miesięcy, dzięki współpracy ze Stowarzyszeniami i Klubami Amazonek oraz ośrodkami rehabilitacji, udało się spotkać z ponad tysiącem kobiet z różnych regionów Polski. Panie otrzymały praktyczną wiedzę z zakresu wyboru protezy piersi, jak również mogły indywidualnie skonsultować się ze specjalistami profilaktyki i leczenia obrzęków limfatycznych. Dodatkowo, dzięki współpracy ze specjalistycznymi sklepami, uczestniczki mogły zakupić bieliznę protetyczną w atrakcyjnych cenach.

Podczas każdego spotkania, udało się nam stworzyć prawdziwą przyjacielską atmosferę, która sprzyjała dzieleniu się spostrzeżeniami i doświadczeniami. Jesteśmy dumni z tego, że dzięki serwisowi pomastektomii.pl i bezpośrednim rozmowom z paniami, choćby po części udało się wypełnić wciąż duże zapotrzebowanie na informacje dotyczące nie tylko tego, jak walczyć z chorobą nowotworową, lecz również jak powrócić do normalnego życia – podkreśla Sławomir Pyszniak, konsultant medyczny, przedstawiciel organizatora kampanii.

Organizacja akcji jest możliwa dzięki wsparciu finansowemu firmy Thuasne Polska, specjalizującej się w produkcji zaopatrzenia dla osób cierpiących z powodu schorzeń i urazów ortopedycznych. Thuasne Polska jest także właścicielem marki Silima, w ramach której dostępne są m.in. wysokiej klasy protezy piersi i bielizna protetyczna oraz produkty do zaopatrzenia obrzęków limfatycznych.

pomastektomii.pl

Wspomnienie o Bożence Sabiłło

W niedzielne popołudnie 24 lipca 2011 roku, odeszła od nas na zawsze nasza Przyjaciółka – redaktor Bożenna Sabiłło.

Była ciepłą, wspaniałą osobą, człowiekiem pełnym wrażliwości. Cechowała Ją wielka kultura osobista, inteligencja i empatia. Była mądrą, wrażliwą i taktowną osobą.

Przyszła do Klubu Amazonek zaraz po operacji, w trakcie chemioterapii, w ciężkiej depresji i załamaniu. Nie zwierzyła się nikomu ze swej poprzedniej choroby – czerniaka, w której straciła oko. Powoli oswajała się z nową chorobą. Widziała wokół siebie przyjazne twarze i pomocne ręce klubowych koleżanek.

Gdy minęło najgorsze, Bożenka zapragnęła pomagać innym – została Ochotniczką. Najchętniej pełniła dyżury przy telefonie zaufania. Z racji wykonywanego zawodu (była dziennikarką), chętnie pisała artykuły do naszej gazety „Amazonki”.

Niestety, po kilkunastu latach choroba zaatakowała ponownie. Bożenka przeszła kolejną ciężką terapię i z godnością, ale i z nadzieją, znosiła trudy i cierpienie. Cieszyła się z każdego dobrego wyniku, mając ciągle nadzieję …

Jednak los zadecydował inaczej – odeszła – ale w naszych sercach i pamięci pozostanie na zawsze.

Dziękujemy Ci Bożenko, że byłaś z nami.

Ewelina Kozakiewicz
Maryla Szelągowska
Maryla Szymanek

25 - 26 lutego.

Konferencja na temat chorób nowotworowych kości w Madrycie, w ramach programu edukacyjnego Skeletal Care Academy. Jest to

program skierowany do pacjentów z chorobami nowotworowymi kości, ma na celu objąć ich opieką profesjonalistów wielu specjalności. Podczas spotkania odbyły się warsztaty w trzech grupach: lekarze, pielęgniarki i pacjenci. W sesjach, w których uczestniczyła nasza wysłanniczka Ewa Grabiec-Raczak, wzięli udział przedstawiciele organizacji pacjenckich z różnych krajów Europy. Uczestnicy grupy starali się uzyskać odpowiedzi zarówno na temat samej choroby, jak i możliwości poprawy jakości życia chorych na raka z przerzutami do kości.

13 kwietnia.

S**potkanie wielkanocne Stowarzyszenia „Amazonki"** Warszawa-Centrum w Centrum Onkologii w Warszawie. Wzięła w nim udział Pierwsza Dama Gruzji, Sandra Roelofs Saakaszwili. Pani Prezydentowa otrzymała od Amazonek Bursztynowy Łuk - najwyższe wyróżnienie dla przyjaciół kobiet po mastektomii w Polsce. Odbierając nagrodę Sandra Roelofs Saakaszwili powiedziała, że w Gruzji w ostatnim czasie powstało m.in. Narodowe Centrum Screeningu Onkologicznego, dzięki któremu kobiety w stolicy i czterech innych miastach zyskały możliwość skorzystania z bezpłatnej diagnostyki. Bursztynowe Łuki przyznałyśmy też Nargizie Lebanidze i Tinie Beruchashvili, gruzińskim lekarkom, za działania propagujące profilaktykę raka piersi i pracę, jaką włożyły w organizację stowarzyszenia w Gruzji. Obu paniom wręczono także międzynarodową Nagrodę Zaufania „Złoty Otis 2011" za działania propagujące profilaktykę raka piersi wśród kobiet w Gruzji.

14 kwietnia.

Wręczenie statuetki „Złoty OTIS 2011" laureatom ósmej edycji plebiscytu. Uroczysta gala odbyła się w Muzeum Kolekcji im. Jana Pawła II w Warszawie. Jak co roku, konsumenci wytypowali najlepsze produkty dostępne w aptekach bez recepty. Kapituła Nagrody Zaufania przyznała też nagrody specjalne – wyróżnienia dla inicjatyw i osób zaangażowanych w działania na rzecz poprawy sytuacji pacjentów w Polsce. Tegorocznymi laureatami Międzynarodowej Nagrody Zaufania są: dr Nargizi Lebanidze i prof. Rema Gvamichava – gruzińscy lekarze, oraz Tina Beruchashvili – dyrektor generalny Narodowego Centrum Screeningu Onkologicznego w Gruzji. Nagroda jest wyrazem uznania dla ich działań propagujących profilaktykę raka piersi i nowotworu szyjki macicy. Podczas

gali została zainaugurowana społeczna akcja profilaktyczna „Nie mam HCV!". Galę uświetnił koncert wybitnej mezzosopranistki Izabeli Kopeć.

7 - 14 maja.

Czwarte spotkanie w Sanktuarium Matki Bożej Pani Ziemi Świętokrzyskiej w Kałkowie. Zostałyśmy zaproszone przez Panie z sandomierskiego stowarzyszenia. Wybrało się tam 21 Amazonek. - To miejsce wyjątkowe, pięknie położone, wszędzie czuje się rękę dobrego gospodarza ks. Kustosza Czesława Wali - opowiadała Ala Kolasa, która wybrała się do Kałkowa po raz pierwszy i jak zapewnia, nie ostatni. - Tu można odpocząć, to miejsce dla osób pragnących wyciszenia i indywidualnej modlitwy. Przewodniczka w fascynujący sposób pokazała nam Sandomierz, a potem czekała na nas słodka uczta przygotowana przez sandomierskie Amazonki. Pobyt w Sanktuarium zakończył się spotkaniem z ks. Walą, który mimo podeszłego wieku wciąż jest skory do rozmów i podejmowania licznych działań. Zaprosił nas na przyszły rok.

18 maja.

Spotkanie Amazonek Unii Mazowieckiej. Omawiano sprawy bieżące Unii; informację z Walnego Zebrania Federacji przekazała

Wiesia Kunicka; Ewa Grabiec-Raczak mówiła o Poradni Amazonki, Trybunie Chorych na Raka, kampanii Breast Friends, zaprosiła także koleżanki na Samsung Irena Women's Run. Amazonka Lucyna Korycka zaprezentowała swoją książkę - „Zapisane w gwiazdach czy w genach", mówiącą o losach matki i córki i ich walce z rakiem piersi. Głównym tematem konferencji był wykład „Zapobieganie problemom kostnym w przebiegu leczenia chorych z rakiem piersi" – nowe doniesienia medyczne. Wielkie wrażenie wywarło na nas przedstawienie pt. „Dotyk Anioła" autorstwa Katarzyny Korpolewskiej, które w znakomity sposób oddało relację między lekarzem i pacjentem.

21 maja.

Gala Jubileuszu XX - lecia Krakowskiego Towarzystwa Amazonki w Sali Teatralnej im. St. Wyspiańskiego, Państwowej Wyższej Szkoły Teatralnej. Przewodnicząca Stowarzyszenia, Grażyna Korzeniowska za swoją działalność została odznaczona Medalem Marszałka Sejmu. Odczytano również list od Prezydenta Krakowa prof. Jacka Majchrowskiego oraz od posłanki Joanny Senyszyn. Następnie odbył się fascynujący pokaz mody kolekcji Aleksandry Irlik w wykonaniu krakowskich i krzeszowickich Amazonek. Zachwycił również występ kabaretu „Zielony Balonik" - Jama Michalika oraz pokaz tańca orientalnego. Na tej gali były obecne nasze koleżanki: Wiesia Kunicka, Albina Piekarniak, Ela Samselska i Janina Sienkiewicz.

28 maja.

Obchody X-lecia Płockiego Stowarzyszenia „Amazonki". Uroczysta gala miała miejsce w ratuszu, gdzie przedstawiono historię powstania Stowarzyszenia „Amazonki". Odbył się też wykład edukacyjny na temat metod diagnostycznych w raku piersi. W uroczystościach uczestniczyły Krysia Nader i Ela Samselska. Ela miała zaszczyt w imieniu Konwentu Seniorek wręczyć Kryształowe Łuki trzem Amazonkom. W Katedrze odbyła się uroczysta msza święta.

4 czerwca.

„Samsung Irena Women's Run 2011"– o biegu piszemy na str. 13.

5 - 10 czerwca.

Warsztaty rehabilitacji psychofizycznej dla osób niepełnosprawnych z diagnozą onkologiczną w Krakowie. Wzięło w nich udział 20 Amazonek z naszego Stowarzyszenia. Podczas zajęć, takich jak spotkania z psychologiem, z lekarzem onkologiem, z dietetykiem, podkreślano rolę emocji, nastawienia i przekonań w procesie zdrowienia. Mówiono, jak radzić sobie ze stresem związanym z chorobą i leczeniem. Zajęcia ruchowe pozwoliły na integrację emocji i ciała, co zwiększa emocjonalny komfort życia mimo choroby. Jak zawsze zachwyciła nas terapia tańcem, polegająca na swobodnym poruszaniu się, które uwalnia rytm własnego ciała od napięć dnia codziennego, łącząc tym samym zabawę i pracę nas sobą.

10. 11 czerwca.

Dni Ursynowa - impreza plenerowa, organizowana co roku przez Urząd Dzielnicy Ursynów m.st. Warszawy. Z tej okazji pod Kopą Cwila organizowany jest rodzinny piknik z mnóstwem atrakcji. Przez cały dzień można było spędzić czas w miasteczku promocyjno-handlowym, wziąć udział w konkursach, pokazach sprawnościowych, usiąść w kawiarni, a nawet wykonać bezpłatne badania profilaktyczne. Amazonki uczyły na fantomach, jak można samodzielnie badać piersi, przeprowadzały ankietę, a także informowały o swojej działalności. Wieczorem oglądałyśmy pokaz sztucznych ogni.

11. 16-30 czerwca.

Turnus rehabilitacyjny w Juracie. Wspaniały odpoczynek połączony z zajęciami rehabilitacyjnymi i rekreacyjnymi. Było super!

Opracowanie kalendarium i zdjęcia
Ewa Grabiec-Raczak

AKTUALNE INFORMACJE O STOWARZYSZENIU

Zarząd Stowarzyszenia

Elżbieta Kozik	- prezes Zarządu
Wiesława Kunicka	- wiceprezes
Zofia Michalska	- wiceprezes
Elżbieta Wojciechowska	- sekretarz
Margarita Piątkiewicz	- skarbnik
Ewa Grabiec- Raczak	- członek
Krystyna Nader	- członek
Albina Piekarniak	- Komisja Rewizyjna
Halina Rodziewicz	- Komisja Rewizyjna
Elżbieta Samselska	- Komisja Rewizyjna

Telefon zaufania

664-75-70-50 – czynny pon.- pt., godz. 9.00-17.00

Biuro

22 546-28-97 – czynne pon. - pt., godz.10.-13.00

Największe 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 internetowych, telefonicznych i osobistych wszystkim chorym na raka piersi.
8. Utworzenie Biblioteki „Amazonki chorym na raka" w Centrum Onkologii w Warszawie przy ul. W.K. Roentgena 5.

Instytucje i organizacje wspierające Stowarzyszenie

A New Therapy, 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., Polska Unia Onkologii, 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

Irena KASIŃSKA
Bożena KOLENDA
Anna KORCZAK
Janina KUĆ
Wiesława KUNICKA
Anna LIPKA Elżbieta
Zofia LIPSKA Krystyna
Teresa MACIEJOWSKA
Zofia MICHALSKA
Krystyna NADER
Irena OPŁOCZYŃSKA
Wanda PĘCONEK
Margarita PIĄTKIEWICZ
Albina PIEKARNIAK
Albina RADZIKOWSKA
Halina RODZIEWICZ
SAMSELSKA
SIKORSKA-KRAJEWSKA
Regina SWARCEWICZ-BALICKA
Łucja SZCZAWIŃSKA
Maria SZELĄGOWSKA
Jolanta TOPOLSKA-GŁOWACKA
Elżbieta WOJCIECHOWSKA

PORADNIA AMAZONKI

NASI SPECJALIŚCI
CZEKAJĄ NA WASZE PYTANIA

W Poradni Amazonki na terenie Centrum Onkologii przyjmują:

LEKARZE dr Wiktor Chmielarczyk – konsultant – czw. , godz. 15.30 do ostatniego pacjenta, pok. nr 1,
dr n. med. Jadwiga Barylak – lekarz Centrum Nadzoru Kardiologicznego, specjalista chorób wewnętrznych – pon., śr.,czw., pt., godz., 9.00-12.00,wt., god.9.00-15.00, pok. nr 8
REHABILITANCI: dr Hanna Tchórzewska – 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.14.30-15.30 – duża sala gimnastyczna
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 włosam Izabela Szymczak tel. 609 822 872, pon. godz. 20.00-22.00
Onkolog z zakresu chorób skóry tel. 508 517 891, pt.godz. 17.00-19.00
Radca prawny tel. 696 099 700, śr., godz. 17.00-19.00
Ochotniczka tel. 664 757 050, pon. – pt., godz. 9.00-17.00
Psycholog tel. 660 240 672, pon., godz. 10.00-13.00
Biuro Amazonki tel.22 546 28 97, pon. – pt.10.00-13.00

CENTRUM POMOCY INTERNETOWEJ

Jeśli potrzebujesz porady lekarzy onkologów i innych specjalistów jak: pielęgniarka, psycholog, rehabilitant, prawnik, kosmetolog – wejdź na stronę internetową:
www.amazonki.org.pl lub www.poradniaamazonki.pl

Siedzibą Stowarzyszenia „Amazonki" Warszawa-Centum jest Zakład Rehabilitacji Centrum Onkologii, ul. W. K. Roentgena 5, 02-781 Warszawa, tel. 22 546-28-97, fax 22 546 31 71

amazonki@coi.waw.pl
www.amazonki.org.pl

O charakterze gazety i treści artykułów decydują członkinie Stowarzyszenia „AMAZONKI" Warszawa-Centrum
Redakcja:
Beata Drzewosowska
Współpraca:
Anna Mazurkiewicz
Fot. Ewa Grabiec-Raczak

Konto bankowe:
83 1020 1055 0000 9402 0016 6280

KRS
0000023411

Wydawca:
aleksandria@zigzag.pl