ISSN-1732-2928

nr 18

AMAZONKI

październik 2010 rok • gazeta bezpłatna

Gazeta „Amazonki" jest wydawana dzięki finansowemu wsparciu

Vipharm s.A.
Z LEKARZAMI DLA PACJENTÓW

Gazeta Stowarzyszenia „AMAZONKI" WARSZAWA-CENTRUM

Motto na 2010 rok:

"Być zwyciężonym i nie ulec to zwycięstwo,
zwyciężyć i spocząć na laurach - to klęska"

J. Piłsudski

Nie spoczniemy!!!

Barwy wolontariatu – barwami Zosi Michalskiej

Co roku Centrum Wolontariatu w Polsce organizuje konkurs dla tych, którzy bardzo wiele dając od siebie, nie żądają nic w zamian –„ Barwy wolontariatu". Finałem akcji była uroczysta Gala Wolontariatu, która odbyła się 31 maja 2010 roku w Pałacu Prezydenckim. W czasie jej trwania doceniono wysiłki najbardziej wyróżniającej się dziesiątki z grona pomagających ludziom. Zainaugurowany w 2001 roku konkurs, stanowi okazję do podziękowania wolontariuszom za ich pracę i zaangażowanie w działalność na rzecz różnych organizacji i instytucji lub środowiska lokalnego.

W tym roku na konkurs nadesłano 450 zgłoszeń. Jesteśmy bardzo szczęśliwe, że Kapituła wybrała do majowej dziesiątki naszą ochotniczkę Zosię Michalską, która od ponad dwudziestu lat poświęca swój czas, energię i umiejętności, aby nieść pomoc chorym na raka piersi, nie tylko odwiedzając ich w szpitalu, ale również czynnie uczestnicząc w wielu akcjach społecznych prowadzonych przez Stowarzyszenie „Amazonki" Warszawa-Centrum. Jako kierująca Sekcją Ochotniczek nie tylko wspomaga i organizuje ich pracę, ale także dodaje sił naszym koleżankom w różnych trudnych sytuacjach życiowych.

Od początku swojej kadencji prezydent Lech Kaczyński obejmował honorowym patronatem Galę Wolontariatu, stąd w tym roku mogła się ona odbyć właśnie w Belwederze, a wyróżnienia wręczał Szef Kancelarii Prezydenta pan Jacek Michałowski.

My podziękowałyśmy Zosi symbolicznymi kwiatami, uśmiechem i wyrażoną szczerze nadzieją, że jeszcze długo będziemy wspólnie pracowały. W odpowiedzi uśmiechnęła się jak zwykle skromnie i oświadczyła, że ta nagroda jest przeznaczona dla wszystkich Ochotniczek, a ona ją tylko otrzymała jako jedna z nich.

Ewa Grabiec-Raczak

WEŹ UDZIAŁ W KONKURSIE BREAST FRIENDS
WYRAŹ SIEBIE - WESPRZYJ MNIE

Zadanie konkursowe polega na zaprojektowaniu w dowolnej technice i z dowolnych materiałów wykorzystania logotypu kampanii, tak aby rezultat przypominał użytkowniczkom, aby dbały o siebie i pamiętały o regularnym wykonywaniu badań profilaktycznych oraz zachęcały do tego inne kobiety.

Konkurs organizowany jest w następujących kategoriach:
+ użytkowa (np. tapeta na telefon, T-shirt)
+ artystyczna (np. biżuteria, ozdoby)

PRACE ZBIERAMY DO 20 LISTOPADA.

Wszystkie prace konkursowe zostaną wystawione na specjalnej aukcji charytatywnej z udziałem gwiazd polskiej sceny rozrywki, filmu, muzyki i teatru.

Partnerzy konkursu: Patroni: Roche ogród nadziei Mamma

Patroni medialni: ESSENCE Wizaz.pl polki.pl

breast friends

Więcej informacji o konkursie znajduje się na stronie **www.amazonki.org.pl/BreastFriends**

No i pobiegłyśmy…

26 czerwca – sobota. Wstaję wczesnym rankiem i pierwsze kroki kieruję do okna. Słońce nieśmiało wygląda zza chmur. Po długim, chłodnym i deszczowym okresie zapowiada się ciepły i słoneczny dzień. Bardzo na to liczyłam, bo zdawałam sobie sprawę z tego, że powodzenie dzisiejszej imprezy zależeć będzie w dużej mierze od pogody.

Ta impreza, to Samsung Irena Women's Run – pierwszy i jak dotychczas jedyny w Polsce – bieg wyłącznie dla kobiet. O jego randze może świadczyć fakt, że honorowy patronat objęły: Irena Szewińska – nasza wielokrotna medalistka olimpijska oraz Hanna Gronkiewicz-Waltz – Prezydent Miasta Stołecznego Warszawy. Idee biegu są szczytne. Po pierwsze, ma on promować zdrowy i aktywny tryb życia wśród kobiet. Po drugie, organizator biegu, czyli Samsung, zobowiązał się do przekazania pewnej kwoty na rzecz Stowarzyszenia „Amazonki" Warszawa – Centrum, od każdej biorącej udział w biegu uczestniczki. Zebrana w ten sposób kwota w całości ma zasilić konto budowy Domu Chorych na Raka.

Około godziny 11.00 jestem już na Agrykoli. Znajduję namiot przeznaczony dla Stowarzyszenia Amazonek i niecierpliwie czekam na resztę naszej ekipy. Wkrótce zjawia się Beata, zaraz potem dołącza do nas Krysia. Wspólnie ustalamy „koncepcję zagospodarowania" namiotu. Koszulki, plakaty, książki i ulotki – wszystko na właściwym miejscu. Układanie i rozwieszanie zakończone!

Teraz już czekamy tylko na Elę, która wcześniej występowała w programie telewizyjnym, promującym bieg i jego ideę. Około godziny dwunastej pojawia się Ela. Podoba się jej nasz namiot. Przybywają kolejne dziewczyny: Iwona, Ala. Do rozpoczęcia imprezy jest jeszcze trochę czasu. Ludzi coraz więcej. Przychodzą całymi rodzinami. Z dziećmi, przyjaciółmi – całe grupy wspar-

Amazonki na motorach zaimponowały wszystkim zebranym.

cia dla uczestniczek biegu.

Przed 14.00 słychać w oddali ryczące silniki motocykli. To nasze niezwykłe koleżanki z klubu „Amazons" przyjechały na swych lśniących „rumakach", aby uświetnić imprezę. Ich przyjazd wywołuje sporą sensację. Wspaniale wyglądające kobiety w średnim wieku, w kaskach i czarnych skórach, na Harleyach i Yamahah. Część męskiej publiczności jest tym faktem wyraźnie zaskoczona, jakby nie rozumiała, że prawdziwa pasja to coś bardzo ważnego w życiu, coś co pozwala wyglądać i czuć się zawsze młodym. Dziewczyny nie mogą opędzić się od chętnych, którzy chcą zrobić sobie z nimi zdjęcia.

Panowie prowadzący imprezę, również korzystają z okazji i proszą dziewczyny z klubu „Amazons", aby przed jej rozpoczęciem zrobiły rundę honorową na swych motocyklach przed sceną. Poskutkowało. Ryk silników przyciąga uwagę widzów. Na scenę proszona jest Ela Kozik, która opowiada o działalności Stowarzyszenia „Amazonki" Warszawa-Centrum i jego celach, dziękuje organizatorom za wsparcie finansowe, które ma zasilić konto budowy Domu Chorych na Raka.

Impreza zaczyna nabierać tempa. Teraz kolej na Rafała Maseraka, który ze sceny uczy zgromadzonych tańczyć salsę. Po nim na scenę wychodzi zespół „Feel". Koncert jest fantastyczny.

Tłum przed sceną gęstnieje z każdą chwilą, a organizatorzy biegu rejestrują coraz więcej zawodniczek chcących wziąć w nim udział. Każda z biegaczek, oprócz zestawu

Wspiera nas pani Irena Szewińska.

startowego od sponsora – firmy Samsung, dostaje od nas naklejki Ruchu Społecznego. Wszystkie panie przyjmują je z radością i uśmiechem.

Około godziny 16.00 na scenie pojawiają się: Irena Szewińska – honorowa patronka biegu, oraz Kyung Sik Choi – Prezes Samsung Electronics Polska. Wystąpienie Pani Ireny jest przyjęte entuzjastycznie. Dziękuje organizatorom za wspaniałą imprezę, a uczestniczkom za chęć wzięcia udziału w biegu. W czasie, gdy Irena Szewińska

Rozgrzewka przed biegiem.

rozdaje autografy, na scenie rozpoczyna się prowadzenie rozgrzewki. Widok ćwiczącego równocześnie tłumu kobiet jest wspaniały. Same pozytywne emocje!

Zbliża się godzina 17.00. Uczestniczki biegu, w fantastycznych nastrojach, wychodzą na start. Jest wśród nich Ala – nasza koleżanka ze Stowarzyszenia, dumnie nas reprezentująca. Wystartowały. Każda z dziewczyn biegnie swoim tempem. Zwycięstwo w tym biegu nie jest ważne. Dla każdej z uczestniczek liczy się już sam udział w nim. Organizatorzy także o tym pomyśleli. Nie przyznano nagród za zajęcie I, II czy III miejsca.

Biegniemy we własnym tempie. Ważne, by przebiec.

Cenną nagrodę może wylosować każda z uczestniczek na podstawie przyznanego numeru startowego. Czy w życiu zawsze musimy rywalizować? Czy nie możemy po prostu świetnie się bawić w gronie entuzjastów zdrowego i aktywnego stylu życia?

Około 17.30 pierwsza grupa wbiega na stadion i dociera do linii mety, na której czekają już kibice. Każda z dziewczyn może uścisnąć dłoń Ireny Szewińskiej, składającej im gratulacje. Kolejno na metę przybywają następne uczestniczki. Jest wśród nich nasza Ala. Zmęczona, ale szczęśliwa. Czekamy na nią i dziękujemy za to, że tak dzielnie nas reprezentowała.

Gdy wszystkie dziewczyny dobiegły do mety, ponownie przechodzimy pod scenę. Tam rozlosowywane są nagrody. Jeśli komuś dopisuje szczęście, może wylosować nawet 48'' telewizor 3D marki Samsung. Są także telefony komórkowe oraz zestawy kosmetyków.

Dochodzi godzina 19.00. Jesteśmy zmęczone, ale szczęśliwe. Organizatorzy informują, że wydano ponad 2 100 pakietów startowych. Oznacza to, że kwota, która zasili konto budowy Domu Chorych na Raka będzie znacząca.

Pakujemy nasze materiały i powoli rozchodzimy się do domów.

To był wspaniały dzień, za który w imieniu Amazonek ze Stowarzyszenia Warszawa – Centrum, serdecznie dziękujemy organizatorom biegu – Samsung Electronics Polska oraz wszystkim jego uczestniczkom.

Do zobaczenia za rok.

Jola Ostrowska

Nadzieja na Dom

10 sierpnia – wtorek. W Centrum Edukacyjno-Terapeutycznym przy Zakładzie Rehabilitacji Centrum Onkologii w Warszawie, ma miejsce kolejne ważne wydarzenie – uroczyste przekazanie przez Firmę Samsung Electronics Polska czeku na kwotę 30. tysięcy złotych, którą udało się zebrać podczas biegu Samsung Irena Women's Run na warszawskiej Agrykoli.

Kilka minut po godzinie 11.00 rozpoczyna się konferencja prasowa. Na początku konferencji głos zabiera Kyung Sik Choi – prezes Samsung Electronics Polska. Podkreśla, że firma, którą reprezentuje, wspierała, wspiera i chce dalej wspierać inicjatywy Amazonek. Jest to dla naszego Stowarzyszenia bardzo cenna deklaracja! Prezes symbolicznie przekazuje czek na kwotę 30. tysięcy złotych na ręce Elżbiety Kozik.

Irena Szewińska dziękuje Firmie Samsung za to, że umożliwiła jej bycie honorową patronką biegu Samsung Irena Women's Run, promującego zdrowy styl życia, a także wspierającego cenną inicjatywę Amazonek – budowę Domu Chorych na Raka.

Elżbieta Kozik rozpoczyna swe wystąpienie także od podziękowań dla Firmy Samsung, która wspiera nasze Stowarzyszenie już od kilku lat. Samsung Electronics Polska wyposażył m.in. salę konferencyjną w Centrum Edukacyjno-Terapeutycznym oraz biuro Stowarzyszenia w niezbędny sprzęt audiowizualny i biurowy. Kolejne podziękowania adresowane zostały do Ireny Szewińskiej, za to, że objęła swym patronatem bieg Samsung Irena Women's Run, co znacznie podniosło rangę imprezy.

Maciej Krzakowski – dyrektor Centrum Onkologii podkreśla, że budowa Domu Chorych na Raka jest bardzo cenną inicjatywą, zważywszy na funkcję rehabilitacyjno – psychoterapeutyczną placówki. Obecnie udaje się uratować coraz więcej chorych, ale znaczna część z nich nie radzi sobie psychicznie po tak ciężkiej chorobie. Dom Chorych na Raka „będzie służył m.in. naprawianiu ducha chorych, czyli ich psychiki" – zaznacza dyrektor Krzakowski.

W podobnym tonie wypowiada się także Pan Krzysztof Sobiech – dyrektor ds. Administracyjno Technicznych Centrum Onkologii w Warszawie. Chociaż, jak mówi – nie jest lekarzem – to jednak widzi dużą potrzebę budowy takiego Domu, który „ma w pacjentach obudzić wolę do walki o wyzdrowienie".

Dr Wiktor Chmielarczyk zwraca uwagę na bardzo istotną sprawę w onkologii. Cytując słowa profesora Tadeusza Koszarowskiego mówi, abyśmy pamiętali, że „onkologia nie jest nauką o nowotworach – jest nauką o chorych na nowotwory". Dom Chorych na Raka w jego przekonaniu ma być „domem nadziei dla chorych onkologicznie".

Po wystąpieniach gości czas na pytania dziennikarzy: jak duży będzie Dom, ilu chorych będzie mógł pomieścić, z jakich porad i usług będzie można w nim korzystać?

Na wszystkie pytania odpowiada Elżbieta Kozik. W założeniach Dom ma liczyć 10 pokoi jednoosobowych oraz 10 pokoi dwuosobowych z łazienkami. Pokoje mają być jednak na tyle duże i wygodne, aby w razie konieczności można było dostawić w nich kolejne łóżka nie powodując dyskomfortu dla pacjentów. W Domu mają zostać zatrudnieni rehabilitanci, psycholodzy, lekarze, prawnicy, którzy będą służyć opieką i pomocą.

Jola Ostrowska

DOM CHORYCH NA RAKA

Wszystkie środki zebrane w 2010 r. przeznaczamy na budowę Domu Chorych na Raka

Wyobraź sobie miejsce, gdzie chory na raka, niezależnie od stopnia zaawansowania choroby, otrzyma pomoc lekarską i pielęgnacyjną. Miejsce, gdzie znajdzie grupę wsparcia, poradę psychoonkologa, otrzyma niezbędną rehablitację. Miejsce, gdzie poczuje się dobrze i bezpiecznie o każdej porze dnia i nocy. Miejsce, gdzie może wracać do zdrowia.

A teraz pomyśl, że możesz być jego współtwórcą !

POMÓŻ - POMAGAĆ

Od 22. lat wspieramy kobiety z rakiem piersi

STOWARZYSZENIE „AMAZONKI" WARSZAWA CENTRUM

Przekaż 1% swojego podatku

STOWARZYSZENIE „AMAZONKI" WARSZAWA-CENTRUM

KRS 0000023411

W 2010 roku zbieramy na budowę Domu Chorych na Raka

Zapraszamy na naszą stronę www.amazonki.org.pl
amazonki@free.ngo.pl, tel. 0501 948 848

Media o budowie Domu Chorych na Raka

W Warszawie powstanie pierwszy w Polsce Dom Chorych na Raka. Jego oddanie zaplanowano wstępnie na 2013r. Budowa powinna ruszyć w 2011 roku i potrwa 2 lata. Placówka zostanie wybudowana na terenie Centrum Onkologii w Warszawie przy ul. Roentgena 5. Będą z niej mogli korzystać chorzy na wszystkie typy nowotworów. (...) Dom ma zapewnić opiekę psychologiczną i pielęgnacyjno-opiekuńczą. Amazonki mają w planach starania o fundusze z Unii Europejskiej, jednak najbardziej liczą na środki społeczne.

Portal „Rynek Zdrowia"

Grupy wsparcia, porady psychologa, kosmetologa, dietetyka, prawnika, a nawet rehabilitanta. To wszystko ma być dostępne w Domu dla Chorych na Raka, który w ciągu dwóch lat chce postawić Stowarzyszenie Amazonki Warszawa-Centrum na terenie Centrum Onkologii na Ursynowie.

– Lekarze skupiają się głównie na chorobie, a ludziom potrzebna jest pomoc psychologiczna, wsparcie duchowe, które w tym domu znajdą – przyznaje Maciej Krzakowski, dyrektor Centrum Onkologii.

– Koszt inwestycjii to około 20 milionów złotych.(...) Wciąż spływają pieniądze z 1 proc. z podatków, ale liczymy też na sponsorów i pomoc dobrych ludzi – powiedziała Elżbieta Kozik, prezes Stowarzyszenia.

„Życie Warszawy", 11.08.2010

Warszawskie Amazonki chcą wybudować dom chorych na raka. Dom ma powstać przy Centrum Onkologii na Ursynowie. Nie wejdzie jednak w skład szpitala – będzie od niego oddalony o kilka minut spacerem. To celowe. Chodzi o to, by chorzy, którzy często spędzają całe dnie w gabinetach zabiegowych, mogli oderwac się od szpitalnej atmosfery. (...)

– Będzie to pierwsze tego typu miejsce w kraju, ale podobne potrzebne są w każdym mieście, w którym działa wojewódzkie centrum onkologii – uważa prof. Maciej Krzakowski, dyrektor Centrum Onkologii.(...)

W czerwcu Amazonki zorganizowały Samsung Irena Woman`s Run. Pobiegło 1,5 tys. osób. Podczas imprezy udało się zebrać 15 tys. zł. Główny sponsor podwoił sumę i przekazał Amazonkom czek na 30 tys.zł.

Wojciech Grejciun
„Gazeta Wyborcza",12.08.2010

Mój wybór – moja sprawa

Jakiś czas temu Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny zaprosiło mnie na konferencję „Jak żyć z rakiem?”. Po moim wystąpieniu przyszedł czas na pytania z sali. I co się okazało? Większość pytań dotyczyła mojego uczestnictwa w procesie mojego własnego leczenia. To jest całkiem nowe pokolenie przyszłych lekarzy, które już wie, że pacjent nie jest jednostką chorobową, numerem statystycznym C-50, przedmiotem podawanym z rąk do rąk. Studenci pytali przede wszystkim o to, na ile byłam włączona w proces leczenia i jakie były granice podejmowanych przeze mnie decyzji. I bardzo byli zdziwieni moją odpowiedzią. Otóż ja uważam, że jako pacjentka mogę sama zadecydować o tym, czy w przypadku ostrego kataru zażyć aspirynę czy polopirynę. Mimo że uważam się za światłą i wyedukowaną pacjentkę, które bardzo dużo wie o „naszym” raku, wcale nie mam ochoty podejmować decyzji. Tak się złożyło, że od początku miałam i mam absolutne zaufanie do prowadzących mnie lekarzy, uważam, że to oni wiedzą lepiej i chcę, żeby chociaż w tej materii ktoś zdjął ze mnie odpowiedzialność za podejmowane przeze mnie wybory. Mówi o tym w swoim tekście dr Monika Nagadowska: z jej obserwacji wynika, że większość pacjentek niechętnie podchodzi do możliwości wyboru.

Codziennie jesteśmy w sytuacji, w której musimy wybierać. I żeby to były tylko wybory typu: masło czy margaryna. Często są to wybory Antygony: każdy jest zły. Mówią nam o tym psychologowie: jeżeli wybierasz i tak coś tracisz, i tak masz poczucie, że z czegoś zrezygnowałaś. (Jak w potocznie powtarzanym porzekadle – albo rybka, albo akwarium…)

Dlatego kiedy dopada mnie rak, chcę, żeby ktoś zadecydował za mnie. Oczywiście oczekuję pełnej informacji, odpowiedzi na każde moje pytanie. Ale wcale nie chcę wybierać.

Zupełnie inny punkt widzenia prezentuje kanadyjska lekarka, Ewa Szumacher. (pełny tekst można przeczytać na stronach internetowych Polskich Amazonek – Ruchu Społecznego). Prezentuje problem podejmowania decyzji z perspektywy feministycznej, chociaż jak sama twierdzi, nie jest feministką. Perspektywa feministyczna, w dużym skrócie, to taka, która zakłada, że kobiety są opresjonowane i podporządkowane Systemowi, który to toleruje. To dominacja nie tylko mężczyzn jako takich, ale wielotysięcznego systemu patriarchalnego, spychającego kobiety na margines i nieuwzględniającego ich potrzeb. (W tym także dominacja wszechwładnej Medycyny.)

Tu dygresja. W naszym polskim społeczeństwie jakoś okropnie boimy się tego słowa. Przytaczamy anegdoty o paleniu staników (w istocie nigdy do tego nie doszło, była to zwyczajna kaczka dziennikarska), utrwalamy schemat nieistniejącej „feministki” – babo-chłopa z nieogolonymi nogami, tak naprawdę nie zastanawiając się nad tym, że my Amazonki tak naprawdę jesteśmy feministkami, walczącymi o prawa chorych kobiet.

Ewa Szumacher przytacza amerykańskie dane, z których z kolei wynika, że większość kobiet chce podejmować decyzje, chociaż niekoniecznie pokrywają się one z tymi, które chętnie podjęliby lekarze.

Czekamy na Wasze zdanie, a listy wydrukujemy w następnym numerze.

Anna Mazurkiewicz

Jeszcze raz na temat wyboru

Nie mogę się powstrzymać przed dorzuceniem kilku słów na temat mojego doświadczenia z wyborem, bo to bardzo skomplikowana sprawa. Tyle opinii – ile pacjentek. Jestem jedną z tych, której lekarz dał wybór, i co? I byłam przerażona!

Teraz z perspektywy kilku lat wydaje mi sie nawet, że byłam skłonna wietrzyć w tym jakiś podstęp. Nie mogłam zrozumieć, jak to, lekarz mnie pyta jaki sposób leczenia wybieram, co wolę: mieć pierś czy jej nie mieć? Co to za wybór? Jak można mieć jakiekolwiek watpliwości! Czy można sobie wyobrazić, że na pytanie lekarza, leczyć ranę czy amputować kończynę, pacjent odpowiada: amputować! A może jest tak, że mój stan jest tak beznadziejny, że to i tak żadna różnica jak mnie będą leczyć? Może lekarz po prostu chce zrzucic na mnie odpowiedzialność za ewentualnie nietrafioną terapię?

Na moje pytanie, która kobieta zechce dobrowolnie pozbawić się piersi (usunąć sobie pierś), moja pani doktor odparła, że wybór jaki daje pacjentce nie dla wszystkich jest taki oczywisty, wiele jej pacjentek decyduje się na mastektomię. Powody bywają różne. Począwszy od tego, że chcą szybko i „raz a dobrze załatwić sprawę”, poprzez strach przed przerzutami, na chęci uniknięcia chemioterapii kończąc.

Nie mieściło mi sie to w głowie i konieczność podjęcia decyzji była dla mnie prawdziwym koszmarem. Jeszcze na dodatek decyzję miałam podjąć już na samym wstępie, kiedy moja wiedza na temat raka w ogóle, a piersi w szczególności, była właściwie żadna. Prawdę mówiąc, głupio jest mi się teraz do tego przyznać, ale nie bardzo interesował mnie ten temat. Nikt w moim bliskim otoczeniu nie chorował. Na szczęście. Uważałam więc, że i ja będę odporna. Mnie nie dopadnie…

Uznałam wreszcie, że sama sobie z tym nie poradzę. I żeby nie zwariować, wróciłam do mojej lekarki z długą listą pytań. Liczyłam na to, że może odpowiedzi pozwolą mi podjąć ostateczną decyzję. Po wizycie wiedziałam co prawda więcej o chorobie ale wiedziałam też, że nawet ta wiedza nie jest wystarczająca, żeby móc jedynie w oparciu o nią dokonać wyboru. Decyzja nadal należała wyłącznie do mnie i bez względu na wszystko nikt nie mógł podjąc jej za mnie.

Dzisiaj, z perspektywy kilku lat dojrzałam do tego żeby zrozumieć i być może nawet „docenić” tę sytuację. Przecież to zupełnie naturalne, że lekarz pyta mnie o zdanie, bo to w końcu dotyczy mnie i mojego ciała. Jedno jest przy tym bardzo ważne, bez czego pacjent, postawiony w sytuacji wyboru czuje się bezradny i zagubiony, a mianowicie **informacja**, wystarczająca **wiedza** na temat choroby.

Żeby wiedziec co wybrać trzeba przede wszystkim wiedzieć między czym a czym wybieramy.Tak jak lekarz, powinien potrafić „wybrać” pacjentkę, której zaproponuje wybór lub zadecyduje za nią.

Więc jeśli już lekarz daje nam wybór, oczekuje na naszą decyzję, to niech nam poświęci trochę czasu i cierpliwości. Efekty terapii napewno będą lepsze, a nasze wybory bardziej świadome.

Beata Drzewosowska

Feministyczna wizja

O procesie podejmowania decyzji dotyczących leczenia przez kobiety dotknięte chorobą nowotworową piersi, pisze Ewa Szumacher, doktor nauk medycznych, specjalista radioterapii medycznej. Studiowała m.in. na Akademii Medycznej w Łodzi.

Adiunkt na Wydziale Radioterapii Onkologicznej Uniwersytetu w Toronto w Kanadzie.

Jeden z jej ostatnich projektów badawczych zatytułowany był: „Pacjenckie preferencjie dotyczące paliatywnej radioterapii przerzutów nowotworowych do kości".

Niewielu badaczy zajmuje się analizą udziału pacjentek z rakiem piersi w procesie podejmowania decyzji o leczeniu z perspektywy feministycznej.

Feminizm zakłada eliminację czynników, które przyczyniają się do ciągłego podporządkowania kobiet systemowi. Pomimo iż feministki mają różne wizje natury tego problemu i jego rozwiązania, wszystkie zgadzają się, że istniejąca opresja seksistowska jest szkodliwa i powinna być eliminowana. Bazując na źródłach historycznych, feministki wysunęły tezę, że źródeł większości szkód ekologicznych można dopatrywać się w nowoczesnej patriarchalnej dominacji kulturowej i naukowej, poczynając od Oświecenia, które przedstawiało zarówno kobiety, jak i naturę, jako pasywne, bezwartościowe i zbędne, a w konsekwencji propagowało kontrolowanie kobiet, dysponowanie nimi i ich wykorzystywanie , czego przykładem jest palenie czarownic. Wielokrotnie kobiety zatracają opinię na temat własnego ciała poddając się, często bezkrytycznie opinii ekspertów. Tradycyjna wiedza z zakresu medycyny oraz alternatywne metody leczenia są często odrzucane z powodu braku ich potwierdzonej skuteczności.

Ograniczenia procesu podejmowania decyzji przez pacjenta w medycynie konwencjonalnej

Jednym z powodów, dla których ostatnimi czasy w medycynie konwencjonalnej kładzie się tak duży nacisk na autonomię pacjenta oraz jego udział w podejmowaniu decyzji jest fakt, iż literatura medyczna bezsprzecznie dowodzi, że lekarze nie są w stanie trafnie przewidzieć preferencji pacjenta. Badanie Bruery przeprowadzone na Wydziale Medycyny Paliatywnej i Rehabilitacyjnej Uniwersytetu w Teksasie w Centrum Chorób nowotworowych im. M. D. Andersona skupiało się nie tylko na preferencjach leczenia pacjentek cierpiących na nowotwór piersi, ale także na postrzeganiu tychże preferencji przez lekarzy . W wyniku badań stwierdzono, że 89% z 57 kobiet ze zdiagnozowanym rakiem piersi preferowało rolę aktywną, bądź udział w procesie podejmowania decyzji. Tymczasem pełna zgoda pomiędzy preferencjami decyzyjnymi pacjentki oraz lekarza wystąpiła tylko w 42% przebadanych przypadków.

Badanie to w klarowny sposób ilustruje ogromną potrzebę poprawy komunikacji między lekarzem a pacjentem w procesie podejmowania decyzji. Otrzymanie właściwej porcji adekwatnych informacji jest szczególnie istotne w przypadku osób dotkniętych chorobą nowotworową. Zdiagnozowanie nowotworu jest przyjmowane z ogromnym strachem, któremu towarzyszą nierzadko uczucia zszokowania, żalu, niepewności i utraty kontroli. Przerażenie oraz obawy często sprawiają, że pacjenci niechętnie zadają pytania, przekonani, że zostaną poinformowani o wszystkim, o czym powinni wiedzieć. Co więcej, temat chorób nowotworowych jest bardzo obciążony emocjonalnie, co często utrudnia lekarzom optymalne komunikowanie się z pacjentem. Częstym problemem jest lęk przed rozbudzeniem w pacjencie niepokoju, bądź rozwiania jego nadziei na wyleczenie , przy czym śmierć jest wciąż tematem tabu, z którym nie radzi sobie duża część lekarzy. Udzielenie pacjentkom chorującym na raka piersi właściwych informacji jest szczególnie istotne, ponieważ istnieje wiele metod leczenia w zależności od stopnia zaawansowania choroby. Przykładowo, we wczesnych stadiach zaawansowania choroby leczenie oszczędzające, polegające na usunięciu guza w połączeniu z leczeniem adjuvantowym (radioterapia), oferuje pacjentkom takie same możliwości wyleczenia jak mastektomia .

Udowodniono także, że zapewnienie pacjentce możliwości wyboru terapii poprawia w perspektywie długoterminowej jej możliwość adaptacji w trudnej sytuacji zdrowotnej. Jednak aby ułatwić pacjentom proces podejmowania decyzji, niezbędne jest dostarczenie im właściwych informacji. Istotne jest, aby kobiety cierpiące na nowotwór piersi aktywnie uczestniczyły w badaniach naukowych. Jednocześnie istnieje potrzeba rozwoju badań o bardziej rozbudowanych kryteriach, nie pomijających kwestii etnograficznych. Współpraca pacjentek i lekarzy jest niezbędna w celu stworzenia właściwych metod badawczych zajmujących się preferencjami decyzyjnymi z punktu widzenia kobiet.

Ku feministycznemu spojrzeniu na problem choroby nowotworowej piersi

Kobiety doświadczają problemów zdrowotnych różnorakiej natury. Jednakże zasób badań na temat zdrowia kobiety, jej priorytetów oraz perspektyw jest ograniczony, w zakresie nauk medycznych, socjologicznych oraz humanistycznych. Tymczasem kobiety nie tylko w dużym stopniu są odpowiedzialne za świadczenie usług zdrowotnych, to one stanowią większość pracowników zatrudnionych w resorcie służby zdrowia, są niemal całkowicie odpowiedzialne za opiekę wewnątrz rodziny oraz lokalnej społeczności. Także one w największym stopniu korzystają z opieki medycznej . „Teza, że niewidzialne prywatne rany kobiet często odzwierciedlają niesprawiedliwości polityczne oraz społeczne, jest centralna dla feminizmu. Z kolei jego centralnym założeniem jest wspólne dzielenie brzemienia, a aksjomatem dla feminizmu jest stwierdzenie, że to, co osobiste, jest polityczne" . Nancy Datan, psycholożka i feministka, która zmarła na raka piersi, napisała te słowa jako postulat rozwoju teorii feministycznej oraz praktyki związanych z kwestią nowotworu piersi. Aby zrozumieć w pełni, z feministycznego punktu widzenia, proce-

sy podejmowania decyzji w sprawie leczenia pacjentek z nowotworem piersi, należy zastanowić się nad negatywnymi skutkami konwencjonalnej i alternatywnej medycyny na które są narażone kobiety z rakiem piersi.

Rak piersi stanowi jeden z najważniejszych problemów zdrowotnych kobiet. W Kanadzie rocznie diagnozowanych jest 200,000 przypadków nowotworu piersi. Pomimo istotnej poprawy w systemie wykrywania i leczenia, choroba nowotworowa piersi jest jedną z głównych przyczyn śmierci kobiet pomiędzy 45. a 64. rokiem życia. Częstotliwość zachorowań na raka piersi podwaja się w przypadku kobiet, które odkładają macierzyństwo na okres po 30. roku życia lub tych, które nie mają dzieci. W związku z powyższym wśród kobiet żyjących w związkach homoseksualnych wskaźnik zachorowań jest szczególnie wysoki. Nowotwór piersi nie tylko uszkadza organizm od strony fizycznej, ale powoduje też poważne szkody emocjonalne. Pacjentki, u których zdiagnozowano raka piersi często stają się nadwrażliwe, czują się przygniecione wizją śmierci bądź sterroryzowane przez chorobę. Co więcej, po mastektomii wiele kobiet ma myśli samobójcze. Tylko niewielka część kobiet przyznaje, że otrzymuje w czasie leczenia wystarczające wsparcie od rodziny i przyjaciół. W jednym z badań ponad połowa kobiet stwierdziła, że wsparcie jest niewystarczające, a prawie trzy czwarte przyznało, że ludzie boją się ich i unikają kontaktu. Spence twierdzi, że na te negatywne doświadczenia wpływa kulturowa obsesja na punkcie piersi jako obiektu męskiego zainteresowania seksualnego.

Od kobiet oczekuje się pięknego wyglądu i bycia obiektem męskich spojrzeń, przy jednoczesnym utrzymaniu autonomii własnego ciała.

Częste użycie w literaturze medycznej słów takich jak „zniekształcenie", „okaleczenie" przy opisywaniu pacjentek po mastektomii potęgują w kobiecie poczucie niedoskonałości jej ciała i odzwierciedla męskie przerażenie zmienionym operacyjnie kobiecym ciałem. Stany depresyjne kobiet po utracie piersi są często trywializowane: „Nikt nie zauważy" lub „Możemy zrobić Ci nową pierś". Pewna kobieta wspominała, w jaki sposób chirurg poinformował ją, że będzie musiała poddać się mastektomii: „To nie koniec świata", mówił z uśmiechem, „Mogę sprawić ci nowe. Gdybyś była moją żoną, chciałbym, żebyś je miała" . Wielokrotnie na decyzję pacjentki o metodzie operacji wpływa opinia męża lub partnera. Literatura potwierdza, że mężczyźni często czują się niekomfortowo, kiedy muszą obcować z kobietą dotkniętą nowotworem piersi. W jednym z badań około połowa kobiet przyznała, że oglądanie blizn po mastektomii sprawia ich mężom przykrość. Jak na ironię, psychologowie opracowali „metodę leczenia" dla takich mężczyzn, polegającą na „systematycznym odczulaniu", zalecającym relaksację, podczas gdy prezentowana jest im sekwencja coraz bardziej nieprzyjemnych scenariuszy zdarzeń . W literaturze na temat mastektomii kładzie się szczególny nacisk na wizerunek seksualny kobiet i widok ciała, przy czym brakuje w niej dyskusji na tematy takie, jak utrata zdolności karmienia piersią lub wytłumaczenie utraty piersi dziecku. W coraz większym stopniu tak mocno reklamowana procedura „rekonstrukcji piersi" wpływa na wybory pacjentek dotyczące leczenia. Przykładowo, w Stanach Zjednoczonych każdego roku 20.000 kobiet poddaje się rekonstrukcji piersi. Język, który używany jest w literaturze medycznej do opisywania rekonstrukcji piersi, mówi często o ekscytującym postępie medycznym umożliwiającym poprawę kobiecego ciała. Eksperci piszą na przykład o „genialnych nowych technikach", dzięki którym „widoczne są tylko małe nacięcia". Takie podejścia do tematu przekonują kobiety, które, niestety, mogą później żałować swoich decyzji. Pewna kobieta w następujący sposób wspomina presję, jakiej została poddana mastektomii i rekonstrukcji piersi, aby zdecydowała się na drugą mastektomię (tym razem zdrowej piersi). *„Moja druga mastektomia była profilaktyczna, a wykonana została w czasie rekonstrukcji pierwszej piersi. Mój chirurg powiedział, że nie może obiecać mi, że obie piersi będą po rekonstrukcji dokładnie do siebie pasować, chyba że poddam się jednoczesnej rekonstrukcji obu piersi, a ja pozwoliłam mu się przekonać. Teraz żałuję poświęcenia mojej zdrowej lewej piersi... Gdybym miała zrobić to jeszcze raz, nie oddałabym zdrowej, funkcjonującej piersi za cenę tego, co lekarz nazwał 'lepszym dopasowaniem'. Wciąż tego żałuję. Gdybym oparła się naciskom lekarza, mogłabym karmić piersią naszego syna"* .

Podobne doświadczenia można znaleźć w literaturze. Dominujące wartości, postawy i praktyki kultury medycznej przytłaczają i nie zawsze biorą pod uwagę kobiece głosy i opinie przy podejmowaniu decyzji na temat alternatywnych metod leczenia. Niewielu autorów pozwoliło sobie na krytykę takiej postawy i braku szacunku dla doświadczeń kobiet dotkniętych chorobą nowotworową.

Ku feministycznej teorii choroby nowotworowej piersi

Zarówno ortodoksyjne, jak i tradycyjne poglądy mogą być szkodliwe dla kobiet chorujących na nowotwór piersi. Zdarza się, że kobiety są zdezorientowane i nie potrafią dokonać wyboru terapii. Feministyczne spojrzenie na proces podejmowania decyzji może stanowić istotny krok w drodze do umacniania kobiet chorych na raka piersi. Przykładowo, feministyczna teoria raka piersi zaproponowana przez Wilkinson i Kitzinger w Women and health: Feminist perspectives wyjaśnia, że kobiety powinny podejmować własne decyzje, nie ulegając męskiemu wyobrażeniu kobiecości i kobiecej seksualności jako głównym elementom w wyborze metod leczenia. Wilkinson i Kitzinger sugerują, że kobiety dotknięte rakiem piersi mając głębszą świadomość i doświadczenie związane z chorobą, powinny aktywnie uczestniczyć w kształtowaniu świadomości społecznej na temat możliwości aktywnego udziału pacjentek w wyborze metod leczenia.

Feministyczne pisarki takie jak Audre Lorde, Adrianne Rich i Nancy Datan, wypowiadając się publicznie na temat swoich doświadczeń związanych z chorobą, tym samym otworzyły drogę do pełnego wypowiadania się na ten temat innym kobietom.

Kobiety dotknięte chorobą nowotworową piersi utworzyły organizacje, które zajmują się lobbingiem na rzecz poprawy profilaktycznej opieki zdrowotnej, pozyskaniem środków na rozwój badań i wprowadzeniem lepszych warunków ubezpieczeniowych. Zapewniają one również aktualne informacje oraz pomoc kobietom dotkniętym chorobą nowotworową piersi. Wśród organizacji takiego typu wymienić można chociażby Kobiece Centrum Informacji na Temat Chorób Nowotworowych w Berkeley, w Kalifornii lub Społeczny Projekt Walki z Nowotworem z siedzibą w Cambridge, w Massachusetts (profil obu obejmuje aktywizm polityczny, edukację, dostarczanie informacji, oraz wsparcie dla chorych kobiet), oraz Project Mautner skierowany do lesbijek dotkniętych rakiem piersi w Waszyngtonie. Promowanie poczucia feministycznej jedności jest centralnym punktem filozofii wszystkich organizacji.

Istnieje także zapotrzebowanie na zainteresowanie teorią feministyczną lekarzy i naukowców, którzy potrafiliby przyjrzeć się potrzebom pacjentek przy użyciu badań etnograficznych, a nie tylko ilościowych. Badanie feministycznej perspektywy miałoby na celu promowanie wzrostu świadomości w kwestiach, które są przyczynami konfliktów w opiece nad zdrowiem kobiety.

Także szeroki zasób literatury podejmującej tematykę promocji kobiecego zdrowia z perspektywy feministycznej, ukazuje zapotrzebowanie na badania feministyczne w zakresie onkologii, zwłaszcza analizę kobiecych preferencji decyzyjnych dotyczących leczenia raka piersi, ale również zapotrzebowanie na poszukiwanie takiej wiedzy przez chore kobiety, które mogłyby dzięki niej dokonywać bardziej świadomych wyborów pomiędzy różnymi opcjami leczenia. Szczególny nacisk badania te powinny kłaść na różnorodność kobiecego podejścia do procesu podejmowania decyzji uwarunkowaną pochodzeniem społecznym, stanem majątkowym, aspektem kulturowym, językiem, orientacją seksualną, wiekiem i religią. Efektywny dialog pomiędzy pacjentkami chorymi na raka piersi z przedstawicielami środowisk medycznych pomógłby zmodyfikować obraz „standardowego pacjenta" oraz umocnić kobiety w ich decyzjach dotyczących leczenia raka piersi. Dla usprawnienia takich badań korzystne byłoby uruchomienie programu dotacji, który pozwoliłby na sfinansowanie badań nad aktywnym uczestnictwem kobiet w procesie podejmowania decyzji.

Przykładowo Centrum Promocji Zdrowia Kobiety McMaster University w Hamilton, w Ontario promuje badania naukowe skupiające się wokół zagadnienia femini-

stycznej analizy aktywnego udziału pacjenta, która opiera się na czterech głównych założeniach:

- **centralny problem badań jest definiowany przez osoby, które ten problem dotyka (np. kobiety chorujące na raka piersi), a nie przez badaczy;**
- **osoby definiujące problem uczestniczą w procesie badawczym od początku do samego końca, by się upewnić, że badania są zgodne z ich systemami wartości;**
- **powinna zostać zmodyfikowana rola, jaką odgrywają dominujące struktury medyczne oraz konwencjonalna onkologia w codziennym życiu i w doświadczeniach pacjentek;**
- **badacze powinni pomagać kobietom w promowaniu tej wiedzy i przekazywaniu jej innym pacjentkom cierpiącym na nowotwór .**

Doświadczenia wszystkich uczestników badania powinny być traktowane jako równowartościowe i być promowane w społeczeństwie.

Utworzenie centrum badawczego służącego promocji pozycji kobiety w procesie leczenia nowotworu pomogłoby umocnić kobiety w decyzjach podejmowanych przez nie na drodze ku wyleczeniu. Co więcej, taka inicjatywa mogłaby pomóc kobietom rozwijać ich zdolności organizacyjne i rozpowszechniać wiedzę wśród różnych grup etnicznych. Rozwój zdolności krytycznego myślenia i umiejętność przekazywania wiedzy umożliwią pacjentkom aktywny udział w procesie leczenia.

Przekład Joanna Billewicz

Cały artykuł wraz z przypisami na stronie:
www.ruchspoleczny.org.pl

Wybory to codzienność naszego życia

W czasie ostatnich dziesięcioleci we współczesnej medycynie a zwłaszcza diagnostyce onkologicznej zanotowano ogromny postęp, umożliwiający wykrywanie wielu nowotworów we wczesnej, jeszcze przedklinicznej fazie. Pozwala to w przypadku pewnych nowotworów (np. piersi, nerki, kości) na radykalne leczenie miejscowe z zaoszczędzeniem narządu.

Zanim przejdę do dalszych rozważań chciałabym sprecyzować termin leczenie radykalne. **Według powszechnego rozumienia radykalne, znaczy jak najbardziej rozległe miejscowo, zwykle wiążące się z usunięciem objętego nowotworem narządu. Tymczasem w onkologii radykalne, znaczy leczenie z intencją wyleczenia. Wobec tego na przykład w wybranych przypadkach wczesnego raka piersi radykalnym postępowaniem może być zarówno mastektomia, jak i leczenie oszczędzające.** I tutaj właśnie wkraczamy w obszar wyboru. W dalszych rozważaniach ograniczę się do problemu wyborów w leczeniu raka piersi.

W tradycyjnej medycynie jeszcze przed kilkoma dekadami chirurg lub onkolog występował w roli decydenta, i to on wybierał sposób leczenia wg jego oceny najlepszy dla danego pacjenta (Nb z takim podejściem można się jeszcze spotkać poza ośrodkami wiodącymi, gdzie chirurg podejmuje decyzje i kobiecie po 60. roku życia w ogóle nie proponuje leczenia z zaoszczędzeniem piersi; tymczasem najstarsza leczona oszczędzająco w naszym ośrodku kobieta miała 85 lat).

Obecnie **we wczesnej fazie** nowotworu chirurg lub onkolog powinien występować w roli informatora i doradcy, a nie decydenta. To pacjentka powinna dokonać tego wyboru sama. Podstawowy problem jednak tkwi w tym, że znaczna część naszych pacjentek jest do tej sytuacji kompletnie nieprzygotowana. Kobietom wydaje się, że mają zbyt mało informacji, aby dokonać świadomego wyboru. W rzeczywistości te informacje, które przekazuje lekarz są w zupełności wystarczające i w pełni odpowiadają wiedzy, jaką w danym przypadku dysponuje również lekarz. Zaproponowanie pacjentce dokonania wyboru leczenia oznacza, że na podstawie posiadanych danych (z badań obrazowych, oceny klinicznej i histopatologicznej) możliwe są dwa sposoby leczenia radykalnego – oszczędzające i okaleczające - o podobnym przewidywanym wyniku końcowym. Żaden z nich nie daje jednak – niestety - gwarancji wyleczenia, bo jest to niemożliwe.

Prześledźmy proces decyzyjny w przypadku wczesnego raka piersi. Lekarz po ocenie wszystkich dostępnych danych informuje pacjentkę, że może ona zdecydować, czy chce podjąć próbę leczenia z zaoszczędzeniem piersi, czy też poddać się mastektomii. Lekarz podkreśla, że w przypadku wyboru leczenia oszczędzającego ostateczna decyzja o jego kontynuowaniu będzie zależała od wyniku wstępnej operacji (wycięcia guza i oceny węzła wartowniczego). Po wyniku badania mikroskopowego wstępnej operacji może się okazać, że:

- **żadne dalsze postępowanie chirurgiczne nie jest konieczne,**
- **można kontynuować leczenie oszczędzające, ale niezbędne jest poszerzenie marginesów lub usunięcie pozostałych węzłów chłonnych dołu pachowego,**
- **w celu zapewnienia radykalnego leczenia konieczne jest wykonanie mastektomii, pomimo wstępnych badań wskazujących na możliwość leczenia z zaoszczędzeniem piersi.**

Poinformowana o tym postępowaniu pacjentka może oczywiście od razu zdecydować, że nie chce zachować piersi i wybrać mastektomię. Pacjentka rozważająca wybór leczenia oszczędzającego musi być poinformowana o powyżej przedstawionych opcjach i zaakceptować ewentualną konieczność powtórnej interwencji chirurgicznej. Podobnie jak kobieta, która zdecyduje się na mastektomię powinna zaakceptować fakt, że końcowy wynik badania mikroskopowego może odbiegać od wyniku badań obrazowych i przyjąć wiążące się z mastektomią kalectwo.

Kolejnym problemem w sytuacji wyboru jest obawa pacjentek, że dokonany przez nie wybór będzie „zły" i rak wróci. Ale tego przecież lekarz także nie wie! Wznowy miejscowe raka (czyli powrót nowotworu w obrębie pozostawionej piersi lub ścianie klatki piersiowej) i przerzuty odległe zdarzają się z taką samą częstością po leczeniu oszczędzającym i po mastektomii. W obydwu przypadkach postępowaniem zmniejszającym częstość wznów miejscowych jest radioterapia (w leczeniu oszczędzającym jest niezbędną częścią leczenia, po mastektomii jest stosowana jako terapia uzupełniająca u chorych o zwiększonym ryzyku wznowy). Kolejną rzeczą, jaką musi zaakceptować kobieta decydująca się na leczenie oszczędzające, jest konieczność radioterapii, co wiąże się z przedłużonym (w porównaniu z mastektomią o 4-6 tygodni) leczeniem miejscowym.

W sytuacji propozycji wyboru leczenia miejscowego pacjentce towarzyszy lęk. Jest to zarówno obawa przed ewentualną powtórną operacją, konsekwencjami wyboru, jak i lęk wiążący się z samą chorobą i wynikiem jej leczenia. Można zmniejszyć poziom tego lęku rozmawiając o swych obawach z kimś bliskim, konsultując się z psychonkologiem lub lekarzem prowadzącym. Jednak ostatecznie warto samodzielnie dokonać tego wyboru.

Z mojej wieloletniej praktyki wynika, że większość chorych niechętnie podchodzi do propozycji wyboru terapii, a przecież wybory w naszym życiu to codzienność, zarówno w sprawach wielkich jak i małych. Codziennie na przykład decydujemy czy zjemy wartościowe posiłki czy też na szybko szkodzące nam „fast foody". Każda kobieta zapalająca papierosa podejmuje decyzję o dobrowolnej składce na „zakup raka płuca" w przyszłości. Po prostu wielu wyborów w życiu dokonujemy bezrefleksyjnie. W przypadku propozycji wyboru sposobu leczenia często po raz pierwszy w życiu stajemy wobec ważnego świadomego zadania.

Warto do tego zadania podejść świadomie i zaakceptować konsekwencje.

dr n.med M.Monika Nagadowska
Centrum Onkologii w Warszawie

Mammografia? Najlepiej cyfrowa

Mammografia cyfrowa jest badaniem bardzo precyzyjnym. Pozwala wykryć w piersiach tak małe guzy, że kobieta może uniknąć rozległej operacji. Jakie jeszcze zalety ma to badanie - wyjaśnia dr Jerzy Giermek z Centrum Onkologii w Warszawie.

Na czym polega różnica między badaniem z użyciem tradycyjnego mammografu analogowego i cyfrowego?
Różnica polega przede wszystkim na tym, że obraz piersi z aparatu cyfrowego jest znacznie czytelniejszy. To tak jakbyśmy porównywali zdjęcia robione zwykłym aparatem fotograficznym i cyfrowym. Cyfrowe są ostrzejsze, o dużo lepszej rozdzielczości i można na nich dostrzec więcej szczegółów. Tak samo jest w przypadku mammografii cyfrowej. Oglądając zdjęcia w komputerze, dzięki specjalnemu programowi informatycznemu, lekarz może je „obrabiać" - zmniejszać, powiększać, ustawiać pod dowolnym kątem. Jeśli jakieś miejsce w piersi wyda mu się podejrzane, może ten fragment zdjęcia przybliżyć i wielokrotnie powiększyć, dzięki czemu może wykryć o wiele mniejsze zmiany niż oglądając obraz sutków na kliszy z aparatu analogowego.

Czy dawka promieniowania rentgenowskiego, jaką absorbuje organizm w trakcie badania, jest mniejsza, gdy aparat jest cyfrowy?
W zasadzie można powiedzieć, że dawki promieniowania w obu badaniach są porównywalne.

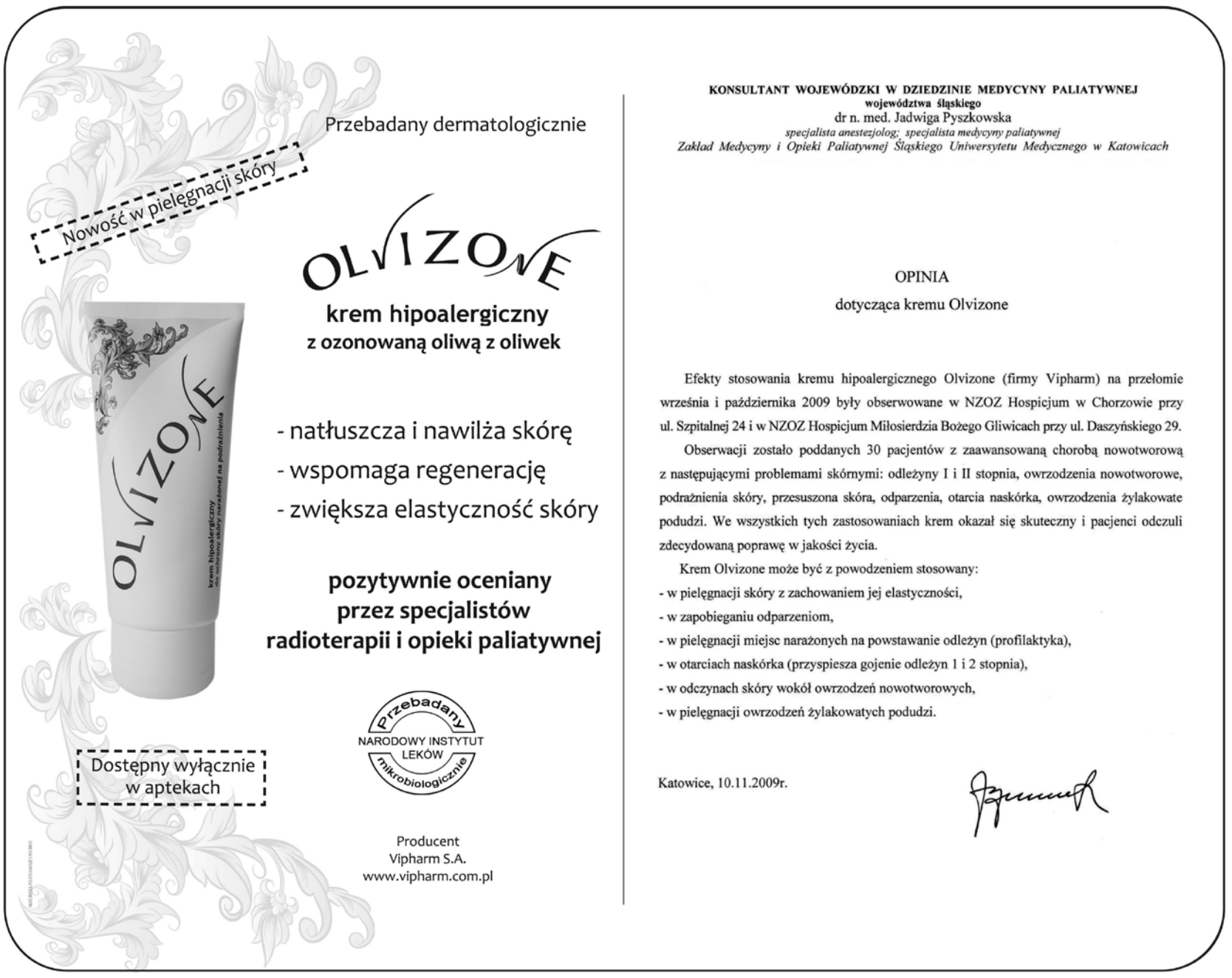
Wynik mammografii wykonanej aparatem analogowym otrzymujemy w formie zdjęć na kliszy i opisu. Jak to wygląda w przypadku mammografii cyfrowej?
Jeśli jest to potrzebne, wynik możemy na przykład przełożyć na płytę CD i wydrukować na papierze. Możemy go długo przechowywać w pamięci komputera lub na dowolnym nośniku informatycznym. To istotne, bowiem klisze z czasem niszczeją i trudno je po latach porównywać z nowszymi wynikami. W przypadku zdjęć z mammografu cyfrowego można nawet w komputerze nakładać stare zdjęcie na nowe i porównywać je. W ten sposób łatwiej jest znaleźć różnice, które mogą okazać się rozwijającymi się guzami.

W przypadku tradycyjnej mammografii zdarza się, że trzeba badanie powtórzyć. Czy takie powtórki są także konieczne w przypadku mammografii cyfrowej?
Nie są konieczne ponieważ już w trakcie badania technik widzi na monitorze komputera czy pierś jest dobrze ustawiona między szklanymi płytami i czy jej obraz będzie czytelny dla lekarza opisującego zdjęcie. Jeśli coś jest nie tak jak trzeba, to jeszcze zanim prześwietli się pierś można zmienić jej ułożenie.

Mammografia cyfrowa ma też pewien praktyczny walor dla lekarzy...
Z pewnością jest nim możliwość przesyłania obrazu na odległość. Jeśli na przykład lekarz z małego ośrodka chce szybko skonsultować jakiś przypadek z wybitnym specjalistą z ośrodka akademickiego, może błyskawicznie przesłać zdjęcie badanej piersi siecią do jego komputera.

Jaki jest dostęp do aparatów cyfrowych?
Na razie jeszcze niezbyt szeroki, bo takich urządzeń mamy za mało. Problemem są tu oczywiście pieniądze - sprzęt do wykonywania cyfrowej mammografii jest średnio cztery razy droższy niż ten do mammografii analogowej. Centrum Onkologii w Warszawie dysponuje dwoma aparatami cyfrowymi - jeden pracuje na miejscu, a drugi jest zainstalowany w mammobusie jeżdżącym do mniejszych miejscowości na Mazowszu, by badaniu mogły się poddać mieszkanki regionu.

Rozmawiała: Beata Prasałek
„Poradnik Domowy"



Oglądałam mammobus

Nie ma lepszego badania, pozwalającego na wykrycie wczesnego raka piersi, niż badanie mammograficzne. O tym wiedzą wszyscy. To znaczy wiemy my, Amazonki. Inni wiedzą tylko teoretycznie, bo jak wynika z danych Ministerstwa Zdrowia – Sprawozdania z realizacji Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, zaledwie 20 procent Polek znajduje czas na wykonanie mammografii. Jesteśmy bardzo dziwnym krajem.

Kobiety w wieku między 50. a 69. rokiem życia otrzymują imienne zaproszenia do wykonania badań przesiewowych i większość wyrzuca je do kosza. Dlaczego kobiety nie reagują na tego rodzaju zaproszenia? Zazwyczaj tłumaczą się brakiem czasu i zbyt dużą odległością między domem a przychodnią, niezbyt komfortowymi warunkami w przychodni czy w szpitalu. Służba zdrowia tłumaczy się fatalnie działającą pocztą i nieuczciwymi firmami pośredniczącymi, które worki z zaproszeniami wyrzucały na śmietnik. Ja dodałabym do tego jeszcze jedną polską specyfikę – strach przed diagnozą.

– I po co ja poszłam na tę mammografię! – usłyszałam niedawno od koleżanki – teraz jestem po operacji, biorę chemię, a tak żyłabym spokojnie jeszcze przez parę lat i nie musiałabym się męczyć.

Do aparatu mammograficznego jesteśmy przyzwyczajone. Badanie do przyjemnych nie należy, ale w końcu są gorsze. Ale tak jak wszędzie, technika idzie do przodu i mamy kolejny wynalazek. Mammografię cyfrową. Ważne jest to przede wszystkim w przypadku tzw. „gęstych" piersi – tu wzrost wykrywalności raka piersi sięga nawet 50. procent Nowoczesne oprogramowanie umożliwia lepsze eksponowanie fragmentów zdjęcia, w których lekarz podejrzewa zmiany. Aparat natychmiast generuje obraz, w ciągu 15. sekund radiolog otrzymuje podgląd zdjęcia. Dzięki mammografii cyfrowej można przebadać znacznie więcej pacjentek w ciągu godziny. Kolejnym atutem jest możliwość transferu obrazu – pacjentka otrzymuje CD z zapisem cyfrowym, lekarz ma możliwość przesłania drogą internetową obrazu do innej placówki medycznej, skonsultowania się z innym lekarzem w celu uzyskania drugiej opinii.

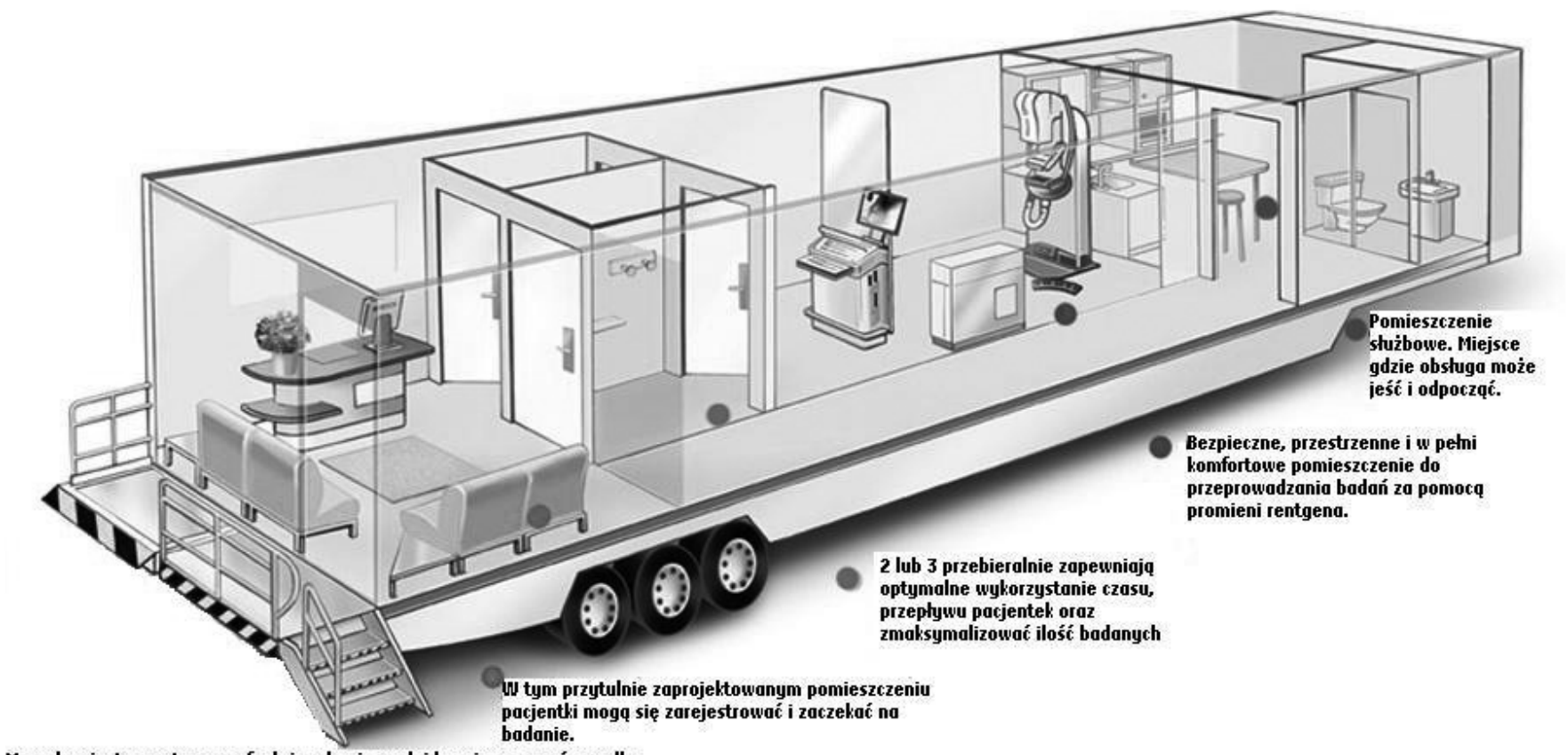
Mammografia cyfrowa w porównaniu z aparatem analogowym o 35 procent redukuje dawkę promieniowania. Być może ten aspekt warto podkreślać tłumacząc kobietom, że warto się badać. Ciągle jeszcze tkwimy w micie Czarnobyla i od niektórych kobiet słyszę taką wymówkę – nie będę się niepotrzebnie napromieniowywać. Ja wtedy odpowiadam, że standardowe zdjęcia mammograficzne dostarczają nam mniejszej dawki promieniowania niż trzykrotny przelot do Ameryki tam i z powrotem.

Ale to jeszcze nie koniec. Na świecie pojawiły się już mobilne mammografy cyfrowe. Miałam okazję zwiedzić taką 18-tonową ciężarówkę - mammobus z naczepą, a w niej jeden z najnowocześniejszych mobilnych mammografów cyfrowych. Rzeczywiście, wchodząc do mammobusa ma się wrażenie, że wsiada się do nowocześnie zaprojektowanego samolotu. Recepcja, garderoby i sala diagnostyczna jak w ośrodku dla kosmonautów. Jak stwierdził dr Jerzy Giermek z Centralnego Ośrodka Koordynacyjnego Populacyjnego Programu Wczesnego Wykrywania Raka Piersi Centrum Onkologii w Warszawie, mammobus wygląda o wiele lepiej niż niektóre przychodnie, w których przeprowadza się badania mammograficzne.

Mobilna mammografia cyfrowa ma same zalety. Przede wszystkim zwiększa dostępność do badań przesiewowych, ale o tym też już wiemy, w końcu kilkanaście tradycyjnych mammobusów krąży po Polsce, w tym cztery wyposażone w mammografy cyfrowe. (Sama byłam świadkiem, jak w podwarszawskiej Zielonce połączono wybory najpiękniejszej fotomodelki regionu Wołomin z szerokimi działaniami profilaktycznymi. Mammobus zaparkowany pod Klubem Galop przez cały dzień był oblężony.)

Rak piersi jest rakiem szczególnym – wczesne wykrycie zwiększa szanse wyleczenia nawet do 90 proc. To rak nadziei – powiedziała na konferencji Marie Macary, Product Manager w GE Healthcare, firmie, która prezentowała swój mammobus. (Jednym z współzałożycieli GE był Edison, jest to w końcu jakaś rekomendacja). Kosztuje – bagatela – pół miliona EURO, ale – i to też inni obliczyli już dawno – wpływ wczesnego wykrycia raka piersi może nawet o 30. procent obniżyć koszty leczenia. Ile razy trzeba tłumaczyć, że lepiej zapobiegać niż leczyć?

Anna Mazurkiewicz



I Forum Promocji Zdrowia Kobiet

Zorganizowane przez Fundację MSD dla Zdrowia Kobiet, odbyło się 13 maja 2010 roku, w Audytorium Dembego Biblioteki Narodowej w Warszawie. W organizacji Forum Fundacji MSD partnerowały: Federacja Stowarzyszeń „Amazonki", Fundacja „SOS Życie", Stowarzyszenie „Damy Radę", oraz Fundacja Instytut Praw Pacjenta.

Spotkanie przebiegało pod hasłem „Zdrowe Partnerstwo receptą na skuteczną profilaktykę". Organizatorzy pragnęli podkreślić rolę i znaczenie współpracy instytucji publicznych, samorządów terytorialnych i organizacji pozarządowych, która ma szansę stać się receptą na skuteczną profilaktykę i ochronę zdrowia polskich kobiet.

Gościem honorowym Forum była pani Hildrun Sundseth, członkini Zarządu Europejskiego Instytutu Zdrowia Kobiet. Ważne deklaracje padły ze strony gości konferencji: pani Wicemarszałek Sejmu, Ewy Kierzkowskiej; przedstawicielki Sejmowej Komisji Zdrowia, Beaty Małeckiej-Libery; Aleksandra Soplińskiego, przedstawiciela Sejmowej Podkomisji ds. Zdrowia Publicznego oraz Przemysława Bilińskiego, zastępcy Głównego Inspektora Sanitarnego. Ponadto udział wzięli przedstawiciele samorządów lokalnych, prezesi fundacji, a także scenarzystka Ilona Łepkowska, która mówiła o roli mediów w obalaniu tabu i przekazywaniu dobrych wzorców do naśladowania.

Kluczowymi punktami konferencji stały się panele dyskusyjne, skoncentrowane wokół trzech tematów:

1) Profilaktyka i promocja zdrowia – lokalnie znaczy skutecznie?

2) Zdrowa komunikacja – jak nie uśpić odbiorcy i nakłonić do działania?

3) Zdrowe partnerstwo – jak ułożyć współpracę wielosektorową?

Wśród poruszanych zagadnień najważniejszymi okazały się tematy związane ze skuteczną profilaktyką zdrowotną na poziomie lokalnym oraz potrzebą wykorzystania uniwersalnych modeli sprawdzonych na szczeblu ogólnokrajowym. Próbowano znaleźć odpowiedź na pytania: w jaki sposób zorganizować edukację zdrowotną i umiejętnie zaangażować w nią społeczność lokalną? Czy zinstytucjonalizowanie społecznych inicjatyw w zakresie promocji zdrowia jest warunkiem efektywnych działań, czy może będą barierą utrudniającą takie działanie? Próbowano również ocenić, w jakim stopniu oddolne inicjatywy mogą stać się inspiracją dla rozwiązań systemowych?

W gronie zaproszonych ekspertów dyskutowano o „zdrowej komunikacji", czyli najskuteczniejszych przekazach i narzędziach wykorzystywanych w prozdrowotnych kampaniach edukacyjnych. Wskazywano na konieczność decentralizacji źródeł komunikacji, na rzecz lokalnych autorytetów. Podkreślano ogromne znaczenie pozytywnego przekazu w kampaniach edukacyjnych, jako skutecznego narzędzia do walki ze stereotypami i mitami. Wskazywano na rolę ambasadorów akcji społecznych w skutecznym dotarciu do odbiorców i zastanawiano się nad odpowiednim doborem języka komunikatu, w przekazach kierowanych do kobiet.

W ostatnim panelu starano się skupić na zdrowych podstawach partnerstwa i budowaniu spójnej strategii. Pytano w jakim stopniu samorządowi pełnomocnicy ds. organizacji pozarządowych staną się szansą na wzrost zaangażowania NGO, w zadaniach samorządu terytorialnego. Wnikliwie analizowano zasadność tworzenia zespołów doradczych i inicjatywnych. Ponadto uwagę dyskutantów przykuwała kwestia sensownego podziału kompetencji w relacjach samorządów i organizacji pozarządowych, szczególnie w kwestiach profilaktyki zdrowotnej.

Grażyna Pawlak

Przyjazne miejsce

Właśnie otwarto w Warszawie nowy specjalistyczny sklep dla Amazonek.

Miłe, przyjazne miejsce i dostępność pełnej gamy produktów ma pomóc Paniom odzyskać pewność siebie i sprawić, że wizyta w sklepie będzie po prostu przyjemna.

Tu, pod okiem fachowego personelu, Panie znajdą produkty niemieckiej marki Silima, marki która na świecie kojarzona jest z nowoczesnością i innowacyjnymi rozwiązaniami dla kobiet po różnych zabiegach mastektomii.

Oferta składająca się m.in. z 11 typów protez, w tym najnowocześniejszej protezy przylepnej (unikalne rozwiązanie), protetycznej bielizny Contura Belle, czy też pięknej i stylowej kolekcji kostiumów kąpielowych Linea Aqua, jak również produkty kompresyjne stosowane w przypadku profilaktyki i leczenia obrzęku limfatycznego, dają możliwość kompleksowego zajęcia się kobietą po terapii raka piersi.

Każda z Pań, bez pośpiechu i przy fachowej pomocy personelu, będzie mogła dobrać, odpowiednią dla siebie protezę lub bieliznę.

Przy zakupie produktów Silima, każda klientka otrzyma miły upominek.

Sklep objęty został patronatem przez markę Silima.

Serdecznie zapraszamy!

SKLEP MEDISOFT

Warszawa ul. Dzielna 21 (róg Okopowej)

Godziny otwarcia pon. - pt. 9.00 - 17.00

Tel. 22 636 31 13

Kom. 509549040

Europa w Otwocku

Jestem onkologiem z 17. letnim stażem pracy. Przez prawie 16 lat zajmowałam się leczeniem Pacjentek chorych na raka piersi, pracując w Klinice Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej w Centrum Onkologii w Warszawie. Moje doświadczenie pokazuje, jak ważny w procesie leczenia, obok zastosowania najnowocześniejszych metod, jest komfort leczenia. Niestety, wielokrotnie obciążeni zbyt dużą ilością pacjentów, nie możemy zapewnić pacjentowi tego komfortu.

Nadzieją na poprawę sytuacji w polskiej onkologii jest tworzenie mniejszych, bardziej kameralnych ośrodków leczenia nowotworów. Takim miejscem jest nowy szpital Europejskie Centrum Onkologii Otwock, w którym mam przyjemność pracować.

Prowadzimy leczenie zabiegowe i chemioterapię wszystkich nowotworów. Leczenie może się odbywać w warunkach ambulatoryjnych, szpitalnych lub w trybie hospitalizacji jednodniowej.

Na oddziale chemioterapii jednodniowej znajduje się 18 stanowisk wyposażonych w najnowocześniejszy i niezwykle komfortowy dla pacjenta sprzęt. Leczenie odbywa się w ramach kontraktu z NFZ i jest bezpłatne dla pacjenta. Możemy zaproponować leczenie chemioterapeutykami w ramach obowiązujących standardów. Zapewniamy konsultacje doświadczonych specjalistów onkologii klinicznej. Nasz dodatkowy atut to szybka kwalifikacja i rozpoczęcie leczenia, kameralna atmosfera, unikalna lokalizacja ośrodka na terenie lasu, w samym środku Mazowieckiego Parku Krajobrazowego. Naszym pacjentom oferujemy również leczenie w ramach kontrolowanych badań klinicznych.

dr Anna Walaszkowska-Czyż

Pier(w)si w Polsce

Rozmawiamy z Rafałem Olejniczakiem, autorem zdjęć w albumie „Pier(w)si w Polsce", wydanym przez G+J Gruner + Jahr Polska. Album jest zupełnie nieprawdopodobny. Czterdzieści cztery znane i sławne polskie kobiety zdecydowały się pokazać biust przed obiektywem Rafała Olejniczaka. Wyłącznie po to, by zachęcić inne kobiety do badań profilaktycznych i do dbania o zdrowie swoich piersi. „Pokazujemy piękno, aby je chronić" – to motto albumu. Zysk z jego sprzedaży zostanie przekazany na budowę Centrum Profilaktyki Nowotworowej , które w maju 1011 roku Fundacja TVN odda do użytkowania Centrum Onkologii – Instytutowi.

Skąd się u pana wzięły te piersi? Poza oczywiście niewątpliwą przyjemnością ich oglądania.

To był stary pomysł Kasi Biegańskiej, która do niedawna dyrektorowała w G+J. Myślała o takim albumie kilka lat, tylko nie spotkała nikogo, kto zdecydowałby się na zrobienie takich zdjęć. Mnie też na początku pomysł wydał się „odjechany". Ale potem pomyślałem, a czemu nie?

Czy od początku pomysł sfotografowania sławnych kobiet z odkrytymi biustami był związany z profilaktyką raka piersi?

Tak, idea walki z rakiem była głównym powodem, dla którego gwiazdy miały pokazać nagie piersi. Od razu wiedzieliśmy, że nie chcemy zrobić zwykłego albumu „z cyckami na wierzchu".

W jaki sposób dokonał pan wyboru modelek? Sława? Uroda? Co było najważniejsze?

Kryterium wyboru miała być „dobra sława". Podchodziliśmy do tego wyboru z Kasią bardzo rzetelnie i ostrożnie. Nie chciałem, żeby na zdjęciach pojawiały się gwiazdy tylko znane z tego, że są znane, zwłaszcza w kontekście romansowo-tabloidowym. Miała to być ciekawa postać. Kobieta z charakterem.

Łatwo było namówić te czterdzieści cztery kobiety?

Nie ukrywam, że zacząłem od znajomych. Potem było trochę łatwiej, bo mówiłem: a tamta i tamta już się zgodziły! Większość kobiet godziła się od razu ze względu na cel, chociaż czasem namawianie trwało tygodniami. Były też bardzo poruszające momenty, na przykład gdy Anita Werner powiedziała, że jej udział w tym wydarzeniu jest szczególny, ponieważ jej mama umarła na raka piersi i tak naprawdę zgadza się dla mamy.

„Nie zależało mi na tym, żeby pokazać się bez koszuli, żeby zrobić sobie kilka kolejnych zdjęć. Ale zależało mi na tym, żeby rozliczyć się z rakiem. Oswoić go i przestać się bać. Podzielić się tym ze wszystkimi, którzy czują tak samo. Rak zabrał mi mamę, z którą nie zdążyłam załatwić jeszcze wielu spraw. Zrobiłam to dla niej i o niej myślałam, kiedy stałam przed aparatem." A dziennikarka, Marzena Chełminiak opowiedziała o swoim raku. I o tym, że „pierś została ze mną".

Ten album po prostu porusza. Ktoś odmówił?

Jedna dojrzała aktorka powiedziała, że strasznie by chciała, ale ma taką obsesję, że nigdy nie pojawia się w niczym, co jest związane z chorobą. Inna nie mogła wystąpić w tym projekcie, bo zabraniał jej wcześniej podpisany kontrakt. Ale żeby tak odmawiały dla zasady to nie… Raczej mówiły: nikt mi jeszcze takiego wariactwa nie zaproponował!

Jak długo pracował pan nad albumem?

Wymyślanie sytuacji i robienie zdjęć trwało ponad rok.

Aktorka Beata Rybotycka przy swojej fotografii.

Zdjęcia są tak stylizowane, że każda z bohaterek gra jakąś rolę, właściwie jest na planie filmowym. Są bardzo wysmakowane i wysublimowane. To pan miał pomysł na każdą sesję, czy aktorki podsuwały panu scenariusz?

Każda sytuacja musiała być wymyślona przed sesją. Na przykład Dorotę Wellman, która była moją sąsiadką, zawsze spotykałem na spacerze w lesie. Albo z psem, albo z mężem, albo i z psem, i z mężem. Od razu jej zaproponowałem, żeby wystąpiła jako „Zboczeniec Leśny". Edyta Jungowska z kolei właśnie wróciła z jakiegoś zimnego północnego kraju i sama wymyśliła, że chce zagrać w lodowej bieliźnie. Pewien artysta rzeźbiący w lodzie wyrzeźbił jej trzy rewelacyjne staniki lodowe.

Owszem, mówiła potem, że po trzech minutach czuła się tak, jakby w ogóle nie miała piersi. I założyła czapkę. Zdjęcia Beaty Tyszkiewicz to za to holenderskie obrazy. A bohaterka na wernisażu powiedziała, że miała taki świetny szlafrok: musiał zagrać.

Grażyna Wolszczak obawiała się, żeby to nie były piękne zdjęcia zrobione na siłę, jak do magazynu kobiecego z górnej półki. Dlatego wymyśliliśmy scenariusz: gwiazda wraca do domu limuzyną, ma rozmazany makijaż i nieszczęśliwe życie.

Czy kobiety wstydzą się swoich piersi?

Raczej wszystkie uważają, iż z ich piersiami jest coś nie tak. A to za duże, a to za małe, albo niesymetryczne. Bez względu na to, jak wyglądają w cudzych oczach, kobiety zawsze mają powód do niezadowolenia. Uważały, że musimy wspólnie wymyślić takie zdjęcie, żeby nie było widać, jak jest fatalnie. Podczas gdy oczywiście było super. Potem zobaczyły, że nie ma na co narzekać. I to ja niekiedy musiałem być tym, który je trochę ubierał na planie, bo niektóre podchodziły do sprawy bardzo porządnie. Także po to jest ten album: żeby te kobiety, które go kupią podeszły do lustra i powiedziały: nie jest źle.

Jakie są reakcje tych, którzy oglądali zdjęcia?

Mój młodszy syn na przykład zgłosił zapotrzebowanie na album w ramach prezentu imieninowego.

Wszystkie reakcje są pozytywne: że inaczej mówimy o chorobie, bez straszenia. Straszenie, jak wiadomo i tak nie odstrasza, jak wynika choćby z prezentowania zdjęć płuc palacza.

Jestem przeciw straszeniu.

A nie boi się pan zarzutu, że album ugruntowuje pewien stereotyp: pierś to kobiecość, a utrata piersi jest pozbawieniem kobiecości?

Owszem, to ważny atrybut kobiecości, ale nie jej wyznacznik. Nie robimy z piersi fetyszu. Raczej mówimy: zwracaj uwagę na zdrowie swoich piersi, ale nawet jak ci się zdarzy choroba, nie przestaniesz być kobietą. Badaj się, żebyś potem nie miała pretensji do samej siebie. Blizna na fotografii Marzeny Chełminiak jest widoczna, ale jest kompletnie nieważna. Myślę, że to jest album dla wszystkich: kobiety kupią, żeby zobaczyć, jak wyglądają gwiazdy, mężczyźni, żeby obejrzeć piękne kobiety. W taki właśnie sposób namawiamy do profilaktyki raka piersi.

Rozmawiała
Anna Mazurkiewicz

Rafał Olejniczak przez pierwsze lata zawodowego życia był fotoreporterem. Potem zostawił aparat dla Radia Zet, w którym przepracował kilkanaście lat. A jeszcze później postanowił wszystko zmienić i wrócić do tego, co lubi najbardziej: do fotografowania.

Zapraszamy do wzięcia udziału
w trzeciej edycji konkursu dla dziennikarzy pt.

RZECZNIK CHORYCH NA RAKA

1. **Organizatorzy konkursu**
   - ***Stowarzyszenie Amazonki Warszawa-Centrum***
   - ***Polskie Towarzystwo do Badań nad Rakiem Piersi***
2. **Mecenas konkursu**
   - Roche Polska
   - Polskie Radio (patronat medialny)
3. **Uczestnicy**
   - dziennikarze prasowi, telewizyjni, radiowi oraz internetowi - publicystyka w środkach masowego przekazu (media ogólnopolskie i regionalne)
4. **Czas trwania**
   - Ogłoszenie konkursu **– 11 czerwca 2010**
   - Nadsyłanie prac **– do 30 września 2010**
   - Rozwiązanie konkursu **– 19 listopada 2010**
5. **Zasady konkursu-kryteria formalne:**
   a) Długość pracy:
   - prasa (także internetowa) - min. ½ strony A4 (format PDF)
   - radio- min. 5 minut (format mp3)
   - TV - min. 2 minuty (format avi lub mpg)
   Brak ograniczenia maksymalnej długości materiału.
   b) Zgodność z tematem:
   „Obrona praw pacjentów chorych na raka".
   c) Materiał musiał być opublikowany lub wyemitowany w 2010 roku
   e) Autor pracy wyraża zgodę na jej powielanie
   f) Każdy uczestnik może przesłać dowolną liczbę prac
6. **Kryteria oceny prac**
   - dobór tematu
   - sposób przedstawienia problematyki
   - przesłanie społeczne i etyczne w materiale
   - oddźwięk społeczny jaki wywołał materiał po jego publikacji
7. **Informacja o nagrodach**
   - nagrody przyznawane są kategoriach:
   - Publikacja internetowa
   - Publikacja papierowa
   - Publikacja radiowa
   - Publikacja telewizyjna
   Każda kategoria obejmuje nagrodę + wyróżnienie
   Dodatkowo jury przyzna nagrody specjalne za całokształt dorobku
8. **Jury oceniające**
   - **skład jury:**
   1) Prof. Radosław Kułakowski (onkolog)
   2) Prof. Mieczysław Chorąży (onkolog)
   3) Prof. Marek Wojtukiewicz (onkolog)
   4) Elżbieta Kozik (Ruch Społeczny Amazonki)
   5) Doc. Tadeusz Pieńkowski (onkolog)
   6) Dr Barbara Czerska (filozof)
9. **Ogłoszenie wyników**
   - Finał konkursu (i ogłoszenie wyników) zostanie zorganizowany dnia **19 listopada 2010** w siedzibie Ruchu Społecznego Amazonki w warszawskim Centrum Onkologii.
10. **Miejsce nasyłania prac – biuro konkursu:**
    - biuro konkursu mieści się w siedzibie firmy

DIATRYBA
ul. Narbutta 20/49
02-541 Warszawa
tel. 22/646 33 20
tel. 0 604 65 99 33
@: diatryba@gmail.com

Prace prosimy nadsyłać z dopiskiem: KONKURS

„SPIS POWSZECHNY" CHORYCH Z RAKIEM PIERSI

Ile jest w Polsce kobiet i mężczyzn z rakiem piersi? Jak wygląda ich leczenie oraz poziom opieki onkologicznej? Na kluczowe pytania dotyczące sytuacji chorych mają odpowiedzieć sami pacjenci. W tym celu, Amazonki – Ruch Społeczny, przeprowadzają pierwszy w Polsce „Spis Przebiegu Leczenia Raka Piersi".

W ciągu ostatnich 10. lat dokonał się ogromny postęp w rozpoznawaniu i leczeniu tego nowotworu. Kluczem dla powodzenia terapii stało się indywidualne podejście do każdego pacjenta. Amazonki - Ruch Społeczny postanowił sprawdzić na ile podążamy za światowymi tendencjami w medycynie i jak wygląda faktyczny poziom diagnostyki i leczenia chorych z rakiem piersi w Polsce.

Zaprojektowana w tym celu ankieta jest całkowicie anonimowa i bezpłatna, a jej wypełnienie zajmuje tylko kilka minut.

Zachęcamy kobiety i mężczyzn z rakiem piersi, aby wzięli sprawy w swoje ręce. Udział w Spisie Powszechnym to realna możliwość wpływu na sytuację pacjentów w Polsce. Badania zostały rozpoczęte od opinii chorych zmagających się z rakiem piersi, natomiast w kolejnych latach planowane jest, by spisem zostali objęci inni chorzy. Uzyskane dane przekażemy w formie raportu do publicznej widomości. – mówi pani Elżbieta Kozik, prezes Zarządu Stowarzyszenia „Amazonki" Warszawa-Centrum.

„Spis Powszechny", reprezentujący głos pacjentów ma pokazać, które z obszarów opieki nad pacjentami z rakiem piersi nadal wymagają modyfikacji lub usprawnienia. Ruch Społeczny biorąc aktywny udział w dialogu pacjentów i urzędników, odwołuje się w swoich postulatach do potwierdzonych danych. Dlatego też wyniki ankiety zostaną przedstawione także do wiadomości decydentów.

Wierzymy, że ta inicjatywa przyczyni się do oczekiwanych zmian w obszarze opieki onkologicznej chorych na raka piersi – dodaje pani Elżbieta Kozik.

W ankiecie znajdują się dwa podstawowe punkty do uzupełnienia: metryka i przebieg choroby.
Metryka zawiera następujące dane: płeć, miejsce zamieszkania, rok urodzenia, wykształcenie. Natomiast przykładowe pytania w podpunkcie „przebieg leczenia" to:
- Kiedy dowiedziałeś/łaś się, że jesteś chory/a (...)?
- Czy znasz rodzaj swojego nowotworu (...)?
- W ilu szpitalach publicznej służby zdrowia byłeś/łaś (...)?

Udział w „Spisie" przyczyni się do znacznego polepszenia warunków leczenia wszystkich pacjentów z chorobą nowotworową. Polskie Amazonki są godnym partnerem w rozmowach z Ministerstwem Zdrowia, jednak potrzebne są konkretne dane statystyczne, by udowodnić, że problem niesatysfakcjonujących warunków leczenia chorych istnieje.

Ankieta dostępna jest w wersji elektronicznej na stronie www.ruchspoleczny.org.pl oraz w wersji drukowanej załączonej do Gazety Stowarzyszenia „Amazonki" Warszawa-Centrum, dystrybuowanej w siedzibie „Amazonek" w Centrum Onkologii w Warszawie.

Weź udział w „Spisie"! Dzięki temu policzymy, ile w Polsce żyje kobiet i mężczyzn z rakiem piersi oraz sprawdzimy przebieg ich leczenia i poziom otrzymanej opieki onkologicznej. Przyczyń się do zmian. Informacje uzyskane od Ciebie zbliżą nas do rzeczywistego obrazu leczenia chorych! By działać sprawnie, musimy wiedzieć.

Więcej informacji:

Biuro Stowarzyszenia Polskie Amazonki Ruch Społeczny
Centrum Onkologii, Zakład Rehabilitacji
ul. Roentgena 5, 02-781Warszawa
tel. 22 546-28-97, fax 22 546-31-71

„SPIS POWSZECHNY”
PRZEBIEGU LECZENIA RAKA PIERSI W POLSCE

Wstęp:

1. Celem Spisu jest policzenie osób (kobiet i mężczyzn) żyjących w Polsce z rakiem piersi i, co istotne, poznanie stanu faktycznego przebiegu jego leczenia oraz poziomu satysfakcji z tego leczenia.
2. Twój głos jest ważny! Może przyczynić się do zmian w opiece zdrowotnej. Za dwa lata wyniki Spisu zostaną podane do publicznej wiadomości. Zostaną opublikowane w formie raportu.
3. Wypełnij formularz, zaznaczając kwadraty do wyboru lub wpisując w polu odpowiedź.
4. Wypełnienie formularza jest anonimowe i nie wiąże się z Twoim dalszym zaangażowaniem.

Metryczka:

1. Płeć: ☐ K ☐ M

2. Miejsce zamieszkania:

☐ miasto poniżej 100 tys. mieszkańców
☐ miasto od 100 tys. do 500 tys. mieszkańców
☐ miasto powyżej 500 tys. mieszkańców
☐ wieś

województwo.....

3. Rok urodzenia.....

4. Wykształcenie:

☐ podstawowe
☐ ukończone zasadnicze zawodowe
☐ ukończone średnie
☐ ukończone wyższe

Przebieg leczenia:

1. Kiedy dowiedziałeś się, że jesteś chora/chory /*podaj rok*/?.....

2. Kto jako pierwszy wykrył u Ciebie objawy mogące świadczyć o tym, że jesteś chora/chory?

☐ lekarz onkolog ☐ lekarz rodzinny ☐ ja sam/a
☐ lekarz innej specjalizacji – /*jakiej*/?.....
☐ ktoś inny – /*kto*/?.....

3. Kto postawił diagnozę?

☐ lekarz onkolog ☐ lekarz rodzinny
☐ lekarz innej specjalizacji – /*jakiej*/?.....

4. Po jakim czasie od rozpoznania choroby (postawienia diagnozy) nastąpiło rozpoczęcie leczenia?

a) /*podaj liczbę tygodni*/..... lub /*podaj liczbę miesięcy*/.....

4. Co spowodowało, że czekałaś/eś tyle na rozpoczęcie leczenia?

☐ czekałem/am na miejsce w szpitalu ☐ bałem/am się leczenia
☐ mieszkam zbyt daleko od szpitala zajmującego się leczeniem raka piersi
☐ z innych powodów – /*jakich*/?.....

b) ☐ nie rozpocząłem/am jeszcze leczenia.

4. Dlaczego nie rozpoczęłaś/eś leczenia?

.....

.....

5. Czy wiesz na jakiego typu nowotwór chorujesz (np. Hormonozależny rak piersi, rak dziedziczny, HER2 dodatni, HER2 ujemny, HER2 potrójnie ujemny)?

☐ TAK ☐ NIE

6. Z porad których specjalistów korzystałaś/łeś podczas leczenia raka piersi?
/*w tym pytaniu można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź*/.

☐ Chirurg
☐ Onkolog
☐ Chemioterapeuta
☐ Radioterapeuta
☐ Internista
☐ Psycholog
☐ Rehabilitant
☐ Inny specjalista- /*jaki*/?.....

7. Z jakich świadczeń i gdzie korzystałaś/eś podczas leczenia raka piersi od momentu postawienia diagnozy? /*postaw krzyżyk przy świadczeniach z których korzystałaś/eś, uwzględniając rodzaj świadczeniodawcy: NFZ, tj bezpłatnie lub poza NFZ, tj. odpłatnie. Jeżeli z danego świadczenia korzystałaś/eś zarówno w NFZ, jak też poza NFZ – zaznacz krzyżykami obie możliwości*/.

Rodzaj świadczenia	Miejsce świadczenia	
	NFZ /bezpłatnie/	Poza NFZ /odpłatnie/
PORADY LEKARSKIE OGÓLNE	☐	☐
PORADY U SPECJALISTÓW	☐	☐
BADANIA LABORATORYJNE	☐	☐
USG PIERSI	☐	☐
MAMMOGRAFIA	☐	☐
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA	☐	☐
RECHABILITACJA	☐	☐
INNE ŚWIADCZENIA: np. badania, zabieg /*JAKIE*/? *wpisz poniżej*	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐

8. Jakie leczenie zastosował u Ciebie lekarz onkolog od momentu postawienia diagnozy o chorobie do chwili obecnej? /*w tym pytaniu można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź*/.

☐ operację ☐ radioterapię ☐ chemioterapię
☐ przepisał leki – /*jakie*/?.....

9. Jaki rodzaj operacji u Ciebie zastosowano?

a) oszczędzająca (usunięto tylko chorą tkankę z guzem, a nie całą pierś)

☐ z prawej piersi ☐ z lewej piersi

b) radykalna (mastektomia – usunięto całą pierś)

☐ prawą ☐ lewą

10. W którym roku została przeprowadzona operacja?.....

11. Czy zachorowałaś/łeś ponownie (miałeś/aś przerzuty)?

☐ TAK /*podaj rok wystąpienia pierwszych przerzutów*/.....
☐ NIE

12. W ilu szpitalach publicznej służby zdrowia byłeś/aś leczony/a? /*wpisz liczbę, jeśli w żadnym wpisz 0*/.....
a) w którym ośrodku/ ośrodkach się leczyłaś/łeś?
Wpisz nazwę ośrodka..... *Miasto*.....
b) jaki to był rodzaj szpitala?

☐ Centrum onkologii / szpital zajmujący się wyłącznie leczeniem chorób nowotworowych
☐ Szpital / ośrodek z oddziałem onkologicznym – zajmujący się nie tylko leczeniem chorób nowotworowych
☐ inny /*jaki*/?.....

13. Jak oceniasz przebieg swojego leczenia? Zaznacz swoją odpowiedź na skali poniżej.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

w ogóle niezadowolony/a ← → zadowolony/a

Jeżeli masz wokół siebie znajomych, którzy też przeszli przez proces leczenia raka piersi, zachęć ich do wypełnienia tego formularza. Jeśli nie mają oni dostępu do internetu – wydrukuj ten formularz, zachęć ich do wypełnienia. Wypełniony formularz można przesłać faxem lub pocztą na adres biura podany w stopce Gazety.

Dziękujemy za wypełnienie formularza,
Polskie Amazonki Ruch Społeczny

Nie mówimy już o rewolucji w leczeniu

SŁAWOMIR ZAGÓRSKI, szef działu naukowego „Gazety Wyborczej", co roku jako przedstawiciel GW bierze udział w najważniejszym onkologicznym wydarzeniu na świecie: to konferencja American Society of Clinical Oncology – ASCO, Amerykańskiego Stowarzyszenia Onkologii Klinicznej. To główny „ośrodek dowodzący" światowej walki z rakiem. Tu przedstawiane są najnowsze wyniki badań, tu okazuje się, ile tak naprawdę jest jeszcze do zrobienia. W konferencji biorą także udział polscy lekarze. W tym roku Zespół Kliniki Nowotworów Piersi i Chirurgii Rekonstrukcyjnej Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie przedstawił wyniki swoich zmagań z rakiem potrójnie negatywnym.

Pojawiają się nowe leki, np. na czerniaka i raka płuc, ale przełomu w leczeniu nowotworów ciągle nie ma. Tak można by podsumować obrady największego kongresu onkologicznego na świecie.

Na spotkanie Amerykańskiego Stowarzyszenia Onkologii Klinicznej zjechało do Chicago 30 tys. osób ze 125. krajów. Onkologia rozwija się szybko i jest łakomym kąskiem dla farmaceutycznych gigantów. Na nowotwory zapadają miliony. W Polsce są przyczyną jednej czwartej zgonów. Są na szczęście takie, z którymi dajemy sobie radę (np. pewne odmiany białaczki, ziarnica złośliwa, rak jądra, niektóre mięsaki, rak tarczycy). Ale są i takie, z którymi wciąż sromotnie przegrywamy - np. rak płuca, trzustki i czerniak. Tu za sukces uznaje się przedłużenie życia chorym o miesiące albo wręcz tygodnie. Niewiele lepiej jest z rakiem jajnika czy zaawansowanym rakiem jelita grubego i prostaty.

Metoda drobnych kroków

Onkologia zyskała potężny impuls kilkanaście lat temu dzięki biologii molekularnej. Zrozumieliśmy wreszcie niektóre z zawiłych mechanizmów sprawiających, że komórki wyrywają się spod kontroli organizmu i wściekle dzielą. Ich poznanie otworzyło drogę do stworzenia leków uderzających w samo serce raka, nieniszczących jednocześnie zdrowych komórek. Pierwszym rewolucyjnym lekiem był glivec (m.in. na pewne odmiany białaczki). Po nim pojawiła się herceptyna (na raka piersi) i wiele innych.

Dość szybko okazało się jednak, że leki biologiczne mają ograniczenia i trudno uznać je za magiczne środki. Dziś w onkologii pobrzmiewa nuta pokory: „Osiągnęliśmy wiele, ale dużo przed nami. Pojawiają się dziesiątki nowych, obiecujących badań, ale są i takie, które rozczarowują. Dziś nie mówi się już o rewolucji w leczeniu, ale raczej o mozolnym posuwaniu się metodą drobnych kroków". Taką stonowaną wypowiedź usłyszałem w specjalnej kongresowej telewizji.

Wspomniane rozczarowania mają jednak wartość. Jedne pozwalają zawrócić z niewłaściwej drogi. Inne dowodzą, że trzeba bardzo skrupulatnie dobierać chorych do badania. Im lepiej wyselekcjonuje się ich przed podjęciem leczenia, np. szukając pewnych uszkodzeń w genach, tym większa szansa, że lek zadziała.

Guz na głodzie

Walka o nowe leki toczy się na wielu frontach. Poszukuje się m.in. specyficznych receptorów na powierzchni komórek rakowych, dzięki którym można by je zniszczyć. Produkuje się coraz więcej wyspecjalizowanych przeciwciał hamujących wzrost nowotworu, poluje na cząsteczki potrafiące zmuszać chore komórki do samobójstwa, próbuje się głodzić guzy nowotworowe (by rosnąć, potrzebują tlenu i jedzenia).

Jeśli któraś z setek obiecujących substancji okazuje się przydatna w walce z konkretnym nowotworem, firmy farmaceutyczne natychmiast próbują, czy nie zadziała ona w przypadku innej choroby. Słynna herceptyna, pomocna w walce z rakiem piersi, okazała się przydatna także w leczeniu zaawansowanego raka żołądka (lek działa wyłącznie na tych pacjentów, którzy na powierzchni komórek nowotworowych mają szczególnie dużo tzw. receptorów HER2).

Podobnie jest z jednym ze środków próbujących zagłodzić raka - bevacizumabem. Lek ten zarejestrowano początkowo w terapii zaawansowanego raka jelita grubego, a następnie zaczęto stosować w leczeniu raka piersi, płuca, nerki i mózgu. Bevacizumab, jak poinformowano w Chicago, okazuje się również skuteczny w leczeniu zaawansowanego raka jajnika. - To ważna wiadomość. Do tej pory nasze możliwości terapeutyczne były tu bardzo ograniczone - przekonywał prof. Robert Burger z Fox Chase Cancer Center w Filadelfii.

Badaniem objęto 1,8 tys. pacjentek z USA, Kanady, Korei Południowej i Japonii. Część z nich dostawała standardowe leki, część dodatkowo bevacizumab, ostatnia grupa standardowe leki plus bevacizumab przez dłuższy okres. Najlepszy rezultat osiągnięto w ostatnim przypadku - chore żyły przeciętnie o prawie cztery miesiące dłużej niż te z grupy kontrolnej.

Czy cztery miesiące to rzeczywiście sukces? Pewnie wielu pomyśli inaczej, ale - na więcej po prostu nas dziś nie stać.

Skuteczne przeciwciało

Obiecujący był wynik innego, tym razem nowatorskiego badania dotyczącego kolejnego bardzo trudnego do leczenia nowotworu - zaawansowanego czerniaka. Średnia długość życia po rozpoznaniu tej choroby nie przekracza sześciu miesięcy, stąd rozpaczliwe poszukiwania jakichkolwiek nowych terapii. Oprócz nielicznych wyjątków wszystkie z nich spaliły na panewce.

W badaniu wzięło udział 676 pacjentów ze 125 ośrodków w 13 krajach. Część z nich testowała terapeutyczną szczepionkę zwaną gp 100, część - nowe przeciwciało mające (podobnie jak szczepionka) stymulować układ odpornościowy do niszczenia komórek czerniaka, ostatnia grupa chorych dostawała zarówno szczepionkę gp 100, jak i owo przeciwciało. Szczepionka zawiodła. Chorzy żyli średnio sześć i pół miesiąca, a więc tyle ile ci zażywający placebo.

Natomiast czas przeżycia pacjentów otrzymujących przeciwciało wynosił średnio dziesięć miesięcy. Część chorych zareagowała jeszcze lepiej: po roku żyło 46 proc. z nich, po samej szczepionce 25 proc.; po dwóch latach 24 proc., po szczepionce 14 proc.

Przeciwciało nazywa się ipilimumab. To bardzo silny lek, nie wszyscy chorzy znosili dobrze terapię, a bardzo nieznaczny odsetek przypłacił ją nawet życiem. - Pojawienie się ipilimumabu to jednak świetna wiadomość dla chorych na zaawansowanego czerniaka - mówił w Chicago dr Steven O`Day z The Angeles Clinic and Research Institute w Santa Monica w Kalifornii.

Guz zaczął się zmniejszać

Inna obiecująca wieść dotyczy nowatorskiej próby leczenia zaawansowanego raka płuc - kolejnej choroby, wobec której jesteśmy bezradni. Okazuje się, że u niewielkiego odsetka chorych choroba związana jest ze zmianą w genie ALK. Podanie tym pacjentom leku znoszącego efekt mutacji daje ogromną poprawę. U 87. proc. z nich rak się zatrzymał, a u 57. proc. guzy się zmniejszyły. Po raz kolejny potwierdzono, że terapie przyszłości będą coraz bardziej dopasowywane pod konkretnych pacjentów z taką a nie inną wadą.

Czy dalsze zmagania z rakiem będą szły równie mozolnie? Roche, jeden z farmaceutycznych potentatów, testuje dziś 22 nowe leki. Może choć część spełni pokładane w nich nadzieje.

Ale walka z rakiem to nie tylko nowe leki. W Chicago mowa jest także o tych, którzy wygrali wojnę i chcieliby cieszyć się pełnią życia. To właśnie im poświęcona była specjalna sesja dotycząca jakości ich życia seksualnego. – Mało który lekarz tym się zajmuje – mówiono w trakcie konferencji – Tymczasem wielu wyleczonych potrzebuje pomocy – wskazywano. Mężczyźni mogą mieć problemy z erekcją, kobiety zaś np. z suchością pochwy.

Sławomir Zagórski

Tekst udostępniła „Gazeta Wyborcza"

„Adam” – mężczyźni kontra rak piersi

Adam Ossoliński w otoczeniu modeli.

Od 1998 roku polski oddział firmy Avon we współpracy ze Stowarzyszeniem „Amazonki” Warszawa Centrum prowadzi w naszym kraju działania profilaktyczne i edukacyjne w ramach kampanii Avon kontra rak piersi – Wielka Kampania Życia. Dzięki nim wzrasta świadomość konieczności systematycznej profilaktyki i coraz więcej kobiet decyduje się na regularne badania USG piersi. W tym roku, w ramach kampanii, rozpoczęto prowadzenie wyjątkowej i nierealizowanej nigdzie poza Polską akcji, która ma na celu włączenie mężczyzn w walkę z rakiem piersi. Ambasadorem projektu „Adam”, bo tak została nazwana akcja, jest znany i ceniony projektant mody męskiej – Tomasz Ossoliński.

Problem raka piersi jeszcze kilkanaście lat temu był w Polsce tematem tabu. 6 na 10 dotkniętych chorobą kobiet umierała, gdyż zmiany wykrywane były w stadium uniemożliwiającym skuteczne leczenie. Kobiety chorowały w zaciszu domów i szpitalnych sal, walcząc w samotności z bólem, rozgoryczeniem, żalem.

Czternaście lat temu Avon Cosmetics Polska zaprosił do współpracy Stowarzyszenie „Amazonki” Warszawa Centrum do prowadzenia wspólnych działań w ramach globalnej akcji Avon kontra rak piersi Wielka Kampania Życia. W ramach tej współpracy przeprowadzono w Polsce szereg działań edukacyjnych, które miały na celu zmobilizowanie kobiet do regularnych badań – samobadania i profilaktycznych kontrolnych badań USG, a tym samym na wczesne wykrycie zmian w piersiach.

W tym roku postanowiono przygotować akcję, która ma na celu włączenie mężczyzn w walkę z rakiem piersi. To oni właśnie stanowić mają wsparcie dla tych wszystkich kobiet, które na badania nie przychodzą z powodu podświadomego strachu i potrzeby unikania ewentualnego problemu.

„Adam” to projekt skłaniający do chwili refleksji nad powrotem do ideałów i odpowiedzialnością za drugą osobę. To projekt mający zwrócić uwagę na problem dotykający co piątą kobietę na świecie, co piątą matkę, żonę i córkę.

„Adam” pragnie uświadomić mężczyznom jak ważna jest ich rola w życiu każdej kobiety, jak potrzebna jest ich troska i zaangażowanie. „Adam” chce inspirować mężczyzn do zmiany postaw i zmotywować ich do wzięcia na swoje barki odpowiedzialności za zdrowie drugiej osoby. Ma zachęcić mężczyzn do zabrania czynnego głosu w słusznej sprawie oraz mentalnego zaangażowania się w profilaktykę walki z rakiem piersi, bo „kochać to nie znaczy patrzeć na siebie nawzajem, lecz patrzeć razem w tym samym kierunku”.

3 września 2010 roku w Pałacu w Wilanowie odbył się wyjątkowy, ekskluzywny pokaz kolekcji zaprojektowanej przez Tomasza Ossolińskiego specjalnie na tę okazję, która w późniejszym czasie zostanie zlicytowana, a całkowity dochód zostanie przekazany na rzecz działań w ramach Wielkiej Kampanii Życia.

Na pokaz przyszło mnóstwo niezwykłych gości. Na uwagę zasługuje fakt, iż mężczyźni zgodnie wpięli różowe wstążki w klapy marynarek na znak poparcia akcji.

„Jestem zaszczycony tym, że Stowarzyszenie „Amazonki” Warszawa Centrum i Avon Cosmetics Polska zaproponowały mi - mężczyźnie, wzięcie udziału w tej akcji. Takie projekty jak ten, dodają skrzydeł artyście i udowadniają, że moda może służyć słusznej sprawie” mówi Tomasz Ossoliński.

Z Tomaszem Ossolińskim rozmawia Karolina Maria Siudyła

KMS: Czym jest dla Ciebie akcja „Adam”?

Tomasz Ossoliński: „Adam” jest dla mnie odważną próbą mającą na celu zwrócenie uwagi na prawdziwe wartości jak dobro, miłość, wzajemna troska. W dobie XXI wieku w relacje międzyludzkie wkradły się rutyna, pośpiech, bylejakość. Mam nadzieję, że ta akcja na powrót nauczy mężczyzn dbać o swoje kobiety - matki, żony, córki, przyjaciółki. Podczas pokazu miałem okazję rozmawiać z wieloma mężczyznami, którzy tę akcję popierają i otwarcie przyznają, że to swego rodzaju otrzeźwienie. Mam nadzieję, że rzeczywiście „Adam” otworzy oczy i serca mężczyzn w Polsce.

KMS: Myślisz, że moda jest dobrym sposobem wyrażenia przekazu tej akcji?

TO: Moda jest z jednej strony próżna, z drugiej pożądana i ciekawa. Dlatego wykorzystanie jej do zamanifestowania czegoś dobrego to wspaniała rzecz, która i mnie, jako projektanta niezmiernie cieszy. Naomi Campbell podczas Fashion Weeku w Nowym Jorku zbierała pieniądze na rzecz pomocy dla zrujnowanego trzęsieniem ziemi Haiti. John Galliano wypuścił limitowaną kolekcję t-shirtów z napisem „Dior, no war” przeciwko wojnie w Iraku. Dom mody Gucci przygotował kampanię na rzecz UNICEF i afrykańskich dzieci zarażonych wirusem HIV z Rihaną jako ambasadorką. Jak widać moda może być nie tylko piękna, ale i dobra.

KMS: Jakim Adamem jesteś? O kogo dbasz na co dzień?

Od kilku miesięcy, od kiedy zostałem ambasadorem tej akcji, staram się być Adamem niezwykle aktywnym. Pytam wszystkie kobiety, z którymi się przyjaźnie i z którymi pracuję o to, czy badają się regularnie. Wiem już, jak ważna jest profilaktyka i że wczesne wykrycie choroby wiąże się z uratowaniem życia. Dlatego zachęcam innych mężczyzn, by byli Adamami na co dzień.

KMS: Gdybyś miał w jednym zdaniu przekonać mężczyzn do wsparcia kobiet jeśli chodzi o profilaktykę raka piersi, co byś im powiedział?

To niezwykle trudne, aby w jednym zdaniu zawrzeć całą ideologię naszej akcji, ale na pewno warto powiedzieć: **„Nie pozwól, by rak odebrał Ci Ukochaną Kobietę. Dbaj o nią. Dbaj o Waszą rodzinę i Wasze życie…”.**

Modelka w sukience z różą - symbolem akcji.

Sobotnie gabinety z Różową Wstążką - akcja zakończona!

Już po raz czwarty sukcesem zakończyła się społeczna kampania Avon Cosmetics Polska oraz Stowarzyszenia „Amazonki" Warszawa-Centrum. W czerwcowe soboty w 81. gabinetach w całej Polsce przebadano ok. 4000 pacjentek. Po raz kolejny kobiety powiedziały NIE rakowi piersi, wybierając Wielką Kampanię Życia – Avon Kontra Rak Piersi.

Głównym celem kampanii jest przypominanie pacjentkom, lekarzom i pielegniarkom o konieczności regularnego przeprowadzania kontrolnych badań piersi.

Choć o tej chorobie mówi się wiele, to wciąż zbiera ona swoje żniwo. Co roku z jej powodu umiera 4,5 tys. kobiet, a co 16-sta może zachorować na raka piersi. Pomimo, że statystyki maleją, to wciąż wiele Polek nie wie jak badać swoje piersi.

„Gabinety z różową wstążką" mają być przykładem dla wszystkich gabinetów ginekologicznych w Polsce, pokazywać kobietom, że wcześnie wykryty rak piersi to nie wyrok, lecz walka o życie.

Oprócz gwarancji wysokiego standardu , „Gabinety" oferują każdej z pań:

1. kontrolne badania palpacyjne
2. naukę przeprowadzania samokontrolnego badania piersi
3. skierowanie na badania kontrolne piersi
4. materiały edukacyjne i informacyjne

Przez cały czerwiec ambasadorzy akcji: Irena Santor, Aleksandra Kwaśniewska, Joanna Racewicz oraz dr nauk medycznych ginekolog Paweł Guzik swoją postawą i wiedzą wspierali **Wielką Kampanię Życia – Avon Kontra Rak Piersi**, udzielając się publicznie, a także utożsamiając się z przesłaniem akcji. Panie pokazywały wszystkim kobietom w Polsce, że warto się badać, bez względu na wiek.

W całej Polsce funkcjonuje już blisko 200 gabinetów ginekologicznych zrzeszonych w sieci „Gabinety z różową wstążką".

Lista gabinetów na stronach:

www.amazonki.org.pl oraz

www.avon.pl.

Pożegnanie

Krysię Grabarczyk poznałyśmy bliżej podczas podróży na turnus rehabilitacyjny w Kołobrzegu w 2006, było to w „Protonie". Radość i optymizm, którym tryskała Krysia dało się poznać już w przedziale pociągu. Opowiadała różne kawały i anegdoty, więc podróż minęła nam bardzo szybko.

Wielką radością jej życia była wnusia Marysia. Jej rozwojem i powiedzonkami bardzo chętnie dzieliła się z Nami a szczególnie z Małgosią Rosą, wszystkimi osiągnięciami Marysi i Antka (wnuka Gosi). Te rozmowy babć mogły trwać bez końca.

Krysia mając dużą wiedzę na temat odżywiania się w naszej chorobie dzieliła się z nami wszystkimi przepisami m.in. na słynną Zupę z Dyni i Bigos Cygański.

Wiele tych przepisów otrzymała od swojej cioci, lekarza onkologa.

Jednym z naszych ostatnich dużych spotkań była Wielkanoc 2009. Mimo poważnego pogorszenia stanu choroby była nadal Tą uśmiechniętą radosną Krysią. Taką ją zawsze będziemy pamiętać i wspominać.

Gosia i Krystyna

Ludzie listy piszą...

Od 4. lat walczyliśmy z żoną (42 lata) z rakiem piersi. Od września zeszłego roku do walczących dołączyła moja mama. Mama przegrała walkę w kwietniu tego roku, a żona w sobotę po strasznych cierpieniach spowodowanych mnogimi przerzutami. Państwa Infolinia była dla mnie nieoceniona w pomaganiu i walce z tą bezlitosną chorobą. Chciałem bardzo podziękować za to, że jesteście i można na Was polegać. W sytuacji, gdy nie można dotrzeć do lekarza prowadzącego (Warszawa) w celu omówienia leczenia, pomocy, etc Wasza infolinia często była jedynym źródłem informacji za co jeszcze raz głęboko dziękuje.

M.K.

Załączam podziękowanie mojej Żony za umożliwienie Jej przez Panie spotkania i rozmowy ze wspaniałym lekarzem - dr W. Chmielarczykiem. Od czasu wykrycia u Niej choroby nowotworowej Żona pierwszy raz spotkała lekarza tak wnikliwie analizującego przebieg choroby, wyniki badań oraz zastosowane procedury i środki. Otrzymała także dopiero od Pana Doktora po raz pierwszy zrozumiały opis choroby, wytłumaczenie zachodzących w jej wyniku zmian i wiele cennych rad, dotyczących fizycznej, psychicznej i żywieniowej mobilizacji do walki z chorobą. Dr Chmielarczyk wyróżnia się spośród dotychczas spotykanych lekarzy, którzy traktowali Żonę jak przypadek a nie chorego, potrzebującego pomocy i wsparcia człowieka

Wdzięczny Mąż

Warszawa 12.07.2010 r.
Chciałabym podziękować Państwu za umożliwienie rozmowy z Panem doktorem Wiktorem Chmielarczykiem w dniu 8. lipca b.r. Jestem pacjentką Centrum Onkologii Instytutu w Warszawie z powodu raka piersi. W marcu 2009r. przeszłam operację. Mając na uwadze pogarszający się stan zdrowia i niejednoznaczne wyniki ostatnich badań, postanowiłam skorzystać z możliwości konsultacji z dr Wiktorem Chmielarczykiem w ramach Poradni Amazonki. Pierwszy raz w moim życiu spotkałam się z tak całościowym podejściem do chorej potrzebującej wsparcia. Doktor, po analizie dokumentacji w sposób przystępny, logicznie wyjaśnił mi niezrozumiałe pojęcia medyczne, spokojnie i kompleksowo przeprowadził badanie, otrzymałam pożyteczne wskazówki odnośnie odżywiania i stylu życia w chorobie. Była to dla mnie bezcenna rozmowa z prawdziwym lekarzem humanistą.

Z wyrazami szacunku
Wdzięczna pacjentka

Internauci o Poradni Amazonki

~Wdzięczna pacjentka
Wspaniałe jest to, że jeszcze istnieją ludzie i instytucje do których można zwrócić się o pomoc w razie potrzeby i natychmiast ją uzyskać. Jednym z tych miejsc jest bez wątpienia bezpłatna Poradnia Amazonki. Gorąco zachęcam do korzystania z niej, bo pracują tam ludzie bardzo oddani pacjentom. Sprawdziłam !

~Dorota
w ogóle pomoc drugiego, wyleczonego chorego jest bezcenna. Temu, kto chorował i żyje szczególnie ufamy i wierzymy

~tomek
jestem pod wrażeniem wszystkich działań – gabinety z różową wstążką, Poradnia, Dom Chorych i na dodatek nowy wspaniale zapowiadający sie Ruch Społeczny. gratuluję i życzę dalszego powodzenia!

Nic o nas bez nas

Agencja Oceny Technologii Medycznych pełni funkcje opiniowo-doradcze dla ministra zdrowia – to tu zapadają najważniejsze decyzje dotyczące rekomendacji leków. Agencja opracowuje i weryfikuje oceny technologii medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem tych, które są przedmiotem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Uważamy, że jako organizacja pacjencka z ponad 20 letnim stażem powinnyśmy podzielić się naszą wiedzą i doświadczeniem z instytucjami państwowymi, które działają w obszarze ochrony zdrowia, zwłaszcza w tak ważnej sprawie jaką jest rekomendacja leków. Dlatego postanowiłyśmy działać ! Napisałyśmy list !

Stowarzyszenie „AMAZONKI" Warszawa-Centrum
ORGANIZACJA POŻYTKU PUBLICZNEGO NON-PROFIT

Warszawa, 30 sierpnia 2010r.

Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych
dr Wojciech Matusewicz

Szanowny Panie Prezesie,

Stowarzyszenie „Amazonki" Warszawa – Centrum zwraca się z prośbą o umożliwienie udziału przedstawicielek naszego klubu w spotkaniach Rady Konsultacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych dotyczących leczenia raka piersi.

Stały kontakt z pacjentkami będącymi na różnym etapie choroby, wyposażył nas w wiedzę na temat Ich codziennego funkcjonowania, tego, co ułatwia kobietom walkę z chorobą, a co stanowi utrudnienie. Jesteśmy przekonane, że ta wiedza i doświadczenie mogą być pomocne w rozważanych przez Państwa zagadnieniach dotyczących skutecznego leczenia raka piersi. Dlatego też prosimy o umożliwienie udziału w Państwa spotkaniach i podzielenia się wnioskami płynącymi z kontaktu z osobami chorymi.

Warszawskie „Amazonki" to centralny odział Ogólnopolskiej Federacji Stowarzyszeń „Amazonki", zrzeszającej około 15 tys. kobiet w całej Polsce. Każdego dnia aktywnie wspieramy chore na ten nowotwór. Członkinie naszego ruchu towarzyszą pacjentkom od momentu diagnozy, przez pobyt w szpitalu jak i po zakończeniu leczenia. Naszym celem jest dostarczanie chorym na raka piersi emocjonalnego i praktycznego wsparcia, ułatwienia im podejmowania osobistych decyzji i znalezienia motywacji powrotu do zdrowia oraz uzyskania możliwie najlepszej jakości życia.

Wierzymy, że cele naszego stowarzyszenia są także bliskie Państwu z uwagi na fakt, iż odnoszą się do nadrzędnej wartości jaką jest dobro pacjenta. Dlatego też, będziemy bardzo zobowiązane za możliwość współpracy, wymiany opinii i doświadczeń na temat raka piersi, podczas najbliższej narady dedykowanej temu obszarowi terapeutycznemu.

Z poważaniem,

Elżbieta Kozik
Prezes Zarządu Stowarzyszenia Amazonki Warszawa-Centrum

02-781 WARSZAWA
ul. W.K. ROENTGENA 5
tel. (22)546-25-86
fax (22)643-91-85
e-mail: amazonki@free.ngo.pl
http://amazonki.com.pl
KONTO: PKO BP V O/WARSZAWA
83 1020 1055 0000 9402 0016 6280
REGON 016117936
NIP 951-19-58-281, KRS 23411

Więcej marchewki!

Mgr Małgorzata Desmond, ukończyła kierunek Medycyna Żywienia na University of West London, kierunek Dietetyka na Warszawskim Uniwersytecie Medycznym oraz kurs Epidemiologii Żywienia w Imperial College London; na co dzień zajmuje się poradnictwem dietetycznym w Dublinie, obecnie prowadzi badania w Klinice Pediatrii Centrum Zdrowia Dziecka weryfikujące wpływ diet roślinnych na rozwój dzieci.

Kiedy słyszymy diagnozę „rak", natychmiast zaczynamy się zastanawiać: co zrobiłam nie tak, może w jakiś sposób mogłam zapobiec chorobie? Może się źle odżywiałam? Jadłam czegoś za dużo albo za mało? Czyli szukamy winnego.

Czy dieta wegańska lub wegetariańska może nas uchronić przed zachorowaniem na nowotwory bardziej niż np. dieta śródziemnomorska, uznawana dotychczas za najzdrowszą dietę? Czy poza odżywianiem istotny jest styl życia?

Dieta jest komponentem szeroko rozumianego stylu życia, do którego zalicza się również poziom aktywności fizycznej, ale również stopień narażenia na stres, poziom wsparcia społecznego itd. Wszystkie te elementy są ważne dla utrzymania zdrowia. Ja, z racji mojego wykształcenia, mogę wypowiadać się na temat diety. Od dawna już zauważono, że mieszkańcy krajów śródziemnomorskich mają niższą niż ich północnoeuropejscy sąsiedzi zachorowalność na choroby cywilizacyjne, takie jak nowotwory, cukrzyca czy choroby krążenia. Uważa się, że jednym z czynników przyczyniających się do tych lepszych wyników jest ich dieta. Jednak pojęcie tzw. diety śródziemnomorskiej może być szeroko rozumiane. Po pierwsze, w różnych regionach basenu morza śródziemnomorskiego dieta ta wygląda trochę inaczej. Ponadto, wraz z upływem czasu, dieta śródziemnomorska zaczęła ewoluować, choć niekoniecznie w dobrym kierunku. Np. w latach 50. i 60. na Krecie choroba niedokrwienna serca była zjawiskiem wyjątkowo rzadkim. Dziś mieszkańcy tej wyspy doganiają w tej kwesti mieszkańców Europy północnej. 50 lat temu jadłospis mieszkńców Krety był bogaty w warzywa, owoce, z niskim udziałem produktów przetworzonych i mięsa. Obecnie ich posiłki coraz bardziej przypominają te północnoeuropejskie. Dlatego też specjaliści postanowili zbadać dokładnie, jakie elementy z tzw. diety śródziemnomorskiej są najzdrowsze. Naukowcy z Uniwersytetu Harwarda opublikowali wyniki ponad 10-letniego badania przeprowadzonego wśród 23 000 Greków, w którym dowiedli, jakie aspekty diety śródziemnomorskiej mają najbardziej pozytywny wpływ na niewystępowanie wielu chorób, w tym raka. Okazało się, że to wysokie spożycie owoców, warzyw, roślin strączkowych oraz orzechów w tego typu dietach, oraz niskie spożycie mięsa jest odpowiedzialne za ochronny wpływ tego typu diet. Co ciekawe, w tym badaniu wykazano również, że spożycie ryb nie miało większego znaczenia w prewencji chorób cywilizayjnych.

Dla osób śledzących uważnie światową literaturę naukową, to badanie nie będzie żadnym zaskoczeniem. Populacje, w których występowanie nowotworów piersi, prostaty, jelita grubego czy jajnika, jest najniższe na świecie, spożywają diety jeszcze bogatsze w nieprzetworzone produkty roślinne niż tzw. dieta śródziemnomorska. Taką populacją są mieszkańcy japońskiej wyspy Okinawa, gdzie żyją najbardziej długowieczni oraz najzdrowsi ludzie do tej pory opisani przez współczesną medycynę. Od prawie 30. lat japońscy i amerykańscy naukowcy prowadzą nad nimi badania i wnioskują, że jednym z sekretów ich zdrowia jest dieta oparta głównie o produkty pochodzenia roślinnego z marginalnym spożyciem produktów pochodzenia zwierzęcego. Tak naprawdę ich dieta jest zbliżona do diety wegańskiej - nie występuje w niej prawie w ogóle mięso i nabiał, a ryby spożywane są w bardzo umiarkowanych ilościach. Co ciekawe, młodsze pokolenie mieszkańców Okinawy, którzy przejęli po stacjonujących tam po II wojnie światowej wojskach amerykańskich zwyczaje żywieniowe, chorują na choroby cywilizacyjne, w tym nowotwory, w stopniu zbliżonym do społeczeństw Zachodu. Podobnie sytuacja wygląda z emigrantami z Okinawy do Stanów Zjednoczonych czy Brazylii.

Innym przykładem ochronnego wpływu stylu życia, w tym diety, są badania prowadzone od 1958 r. przez Amerykański Narodowy Instytut Zdrowia nad 60 000. Adwentystami Dnia Siódmego w Kalifornii. Wykazują one, że Adwentyści żyją przeciętnie o 7-9 lat dłużej niż ich kalifornijscy sąsiedzi i ich zachorowalność na nowotwory jest o ok. 50% niższą niż reszty społeczeństwa amerykańskiego. Sekretem ich zdrowia jest wg. naukowców m.in dieta wegetariańska lub semiwegetariańska, której z racji swoich przekonań religijnych przestrzegają od urodzenia.

Nie można jednak powiedzieć, że jakakolwiek dieta może nas w stu procentach uchronić przed nowotworem. Ale diety oparte o nieprzetworzone produkty roślinne zmniejszają ryzyko zachorowania na pewne nowotwory oraz, według najnowszych badań, zwiększają szansę przeżywalności w niektórych nowotworach. Jest to oficjalne stanowisko największych organizacji zajmujących się badaniem przyczyn nowotworów, tj. World Cancer Research Fund czy American Institute for Cancer Research.

Soja jest produktem kojarzonym z dietą wegetariańską. Ostatnie badania wskazały jednak, że jej nadmierne spożycie może wpływać stymulująco na raka piersi. Jak to tłumaczymy?

Myślę, że tutaj mieszamy wyniki badań z pewnymi stereotypami na temat soi. Regularne spożycie produktów sojowych, szczególnie w dzieciństwie, zmniejsza ryzyko wystąpienia raka piersi. Efekt ten jest wyraźny w wielu populacjach azjatyckich. W badaniach osoby jedzące największą ilość soi (kilkanaście porcji na tydzien) miały od 25 do 50% niższe ryzyko zachorowania na nowotwory prostaty, piersi czy macicy w porównaniu do osób jedzących minimalne ilości soi, lub niejedzących jej w ogóle. Jednak w kilku tych badaniach protekcyjny efekt soi znikał, gdy uwzględniano również poziom aktywności fizycznej badanych, ich spożycie warzyw, stopień unikania mięsa czy stopień otyłości, co może sugerować, że to nie sama soja, tylko ogólny skład diety azjatyckiej miał większe znaczenie. Dosyć dużo kontrowersji natomiast budzi spożycie produktów sojowych przez osoby ze zdiagnozowanym nowotworem. Soja zawiera pewne substancje, tzw fitoestrogeny, które w pewnych sytuacjach osłabiają działanie naszych endogennych estrogenów, a w innych sytuacjach mogą je potęgować. Ochronne działanie diety soi w wieku dojrzewania polega właśnie m.in. na zmiejszeniu poziomu stężenia estrogenów, co zmniejsza późniejsze ryzyko zachorowania na raka piersi. Z drugiej strony, pewne badania przeprowadzone w warunkach laboratoryjnych wykazują, że fitoestrogeny sojowe mogą przyspieszyć podziały komórek nowotworowych zależnych od estrogenów, w tym raka piersi. Jednak trudno wyciągać z tego typu badań jednoznaczne wnioski dla osób z nowotworem. Oficjalne stanowisko World Cancer Research Fund oraz American Institute for Cancer Research jest takie, że spożywanie produktów sojowych jest wskazane nawet przez osoby z rakiem piersi, jako zdrowe źródło białka, błonnika, wielu witamin i minerałów z niskim udziałem tłuszczów nasyconych oraz brakiem niekorzystnych substancji obecnych w mięsie. Natomiast powinno to

być spożycie umiarkowane, nie więcej niż raz dziennie oraz soja powinna być jak najmniej przetworzona, np: tofu, mleko sojowe czy orzeszki sojowe, czyli w takiej postaci, w jakiej spożywa się ją w Azji. Spożycie wysoko przetworzonych produktów jak wyizolowane białko sojowe, batony sojowe, itd. może mieć inny efekt, dlatego należy tutaj zachować umiar. Jedynym wyjątkiem są tutaj kobiety biorące leki antyestrogenowe, takie jak Tamoxifen czy inhibitory aromatazy. W tym wypadku zaleca się zaprzestanie spożycia soi, aż do czasu, gdy będziemy więcej na ten temat wiedzieli. Trzeba jednak zaznaczyć, że soja nie jest jedynym źródłem białka w diecie wegetariańskiej, i można się bez niej łatwo obyć.

Jakie pokarmy wegetariańskie stymulują nasz układ odpornościowy?

Trzeba zaznaczyć, że nie każda dieta wegetariańska jest dietą zdrową i jest wiele pokarmów wegetariańskich jak np. frytki, czipsy, czy słodycze, które na pewno naszemu zdrowiu nie służą. Gdy mówimy o pozytywnych działaniu diet wegetariańskich, mamy na myśli dietę, opartą przede wszystkim na warzywach, owocach, pełnych ziarnach zbóż oraz roślinach strączkowych. Kilka badań wykazało, że wegetarianie odżywiający się w ten sposób mają wyższą aktywność NK-komórek układu immunologicznego m.in. odpowiedzialnych za niszczenie komórek nowotworowych. Wykazano również, że dieta wegetariańska może zapobiec zwiększeniu się uszkodzeń DNA, które normalnie postępują wraz z wiekiem, oraz sprzyja naprawie DNA.(uszkodzenia DNA mogą zapoczątkować zmiany nowotworowe). Naukowcy tak naprawdę nie wiedzą, który z komponentów diety wegetariańskiej gra w tej kwestii najważniejszą rolę. Na pewno jest to wysokie spożycie owoców i warzyw, które zapewnia nam dużo witamin, składników mineralnych ale też i tzw. fitozwiązków, które mogą wspomagać nasz układ immunologiczny. W takich dietach zminimalizowane jest również spożycie czynników mogących zapoczątkować rozwój nowotworów, tzw karcynogenów, które występują w mięsie poddanym obróbce termicznej jak również czynników mogących stymulować rozwój już istniejących nowotworów jak nadmiar tłuszczów nasyconych, nadmiar białka zwierzęcego, czy nadmiar żelaza hemowego.

W taki razie jak najprościej przygotować najzdrowszy wg pani koktajl warzywny?

Nie polecałabym koktajli opartych na samych warzywach. Nie są za bardzo smaczne (w odróżnieniu od niektórych soków warzywnych). Wyjątkiem jest np. koktajl oparty na bazie świeżych pomidorów z niewielkim dodatkiem selera naciowego, który może być bardzo smaczny, szczególnie jak się go troszkę doprawi pieprzem czy innymi ziołami. Ja jestem natomiast fanką koktajli owocowych, które – jeśli się pozna kilka prostych zasad przygotowywania - są po prostu przepyszne. Zaznaczam-koktajli, nie soków! W sokach nie ma błonnika i zdecydowanie łatwiej wtedy spożyć więcej cukru niż nastąpiłoby to gdyby ktoś spożywał owoce razem z błonnikiem. W Polsce, nawet wśród niektórych dietetyków, panuje zupełnie nieuzasadnione przekonanie, że owoce tuczą, czy wręcz sprzyjają podwyższeniu trójglicerydów. Można to powiedzieć o wyizolowanym cukrze owocowym, natomiast nie o całych owocach, które prócz naturalnego cukru zawierają dużo wody, błonnika i innych związków, które temu zapobiegają. Odsyłam zawsze takie osoby do literatury naukowej, w której argumentów antyowocowych się po prostu nie znajdzie. Wręcz odwrotnie, badania wykazują wyraźnie, że osoby spożywające największe ilości owoców (i warzyw) są szczuplejsze niż osoby spożywające ich mniej. Jeśli chodzi o występowanie nowotworów, owoce wraz z warzywami zajmują czołowe miejsce jako czynniki protekcyjne. Bazą naszych koktajli powinny być dojrzałe banany, najlepiej takie z kropkami. Do tego można dodawać różne dodatki, takie jak np truskawki, maliny, jagody, lub w wersji egzotycznej - ananas wraz z owocem passiflory. Często taki koktajl jest świetnym sposobem aby przekonać dzieci do spożywania większej ilości owoców, zamiast słodyczy.

Ba, jak przekonać dzieci, żeby pokochały warzywa zamiast chipsów?

Myślę, że tu nie ma uniwersalnego sposobu, ponieważ każde dziecko jest inne. Natomiast co do jednej rzeczy nie ma wątpliwości. Jeżeli będziemy w dziecko wmuszać warzywa, samemu zagryzając frytkami, to nasze starania pójdą na marne. Dziecko musi mieć w domu przede wszystkim przykład zdrowo odżywiających się rodziców. Zmiany musimy przede wszystkim zacząć od siebie.

Jaka jest dopuszczalna/zalecana dzienna dawka tłuszczu, którą dorosły człowiek może przyjąć? Jak wyliczyć faktyczną ilość tłuszczu w spożywanych pokarmach, np. w trzyprocentowym serku albo w batonie czekoladowym, który ma 9% tłuszczu?

Na to pytanie nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Ogólnie zalecenia są takie, aby nie spożywać więcej niż 30-35% kalorii pochodzących z tłuszczów. Czyli jeżeli spożywamy 2000 kcal dziennie, to nie więcej niż 600-700kcal powinno pochodzić z tłuszczów. W tym nie więcej niż 7% (140kcal) powinno pochodzić z tłuszczów nasyconych (czyli tych znajdujących się w mięsie, nabiale, ale też w niektórych słodyczach). Natomiast istnieje wiele dowodów na to, że dieta z niższym udziałem tłuszczów może zmniejszać ryzyko wystąpienia, a nawet rozwoju pewnych rodzajów nowotworów. Już dawno zauważono, że mieszkańcy pewnych krajów azjatyckich, takich jak Japonia, Chiny, Tajlandia, Wietnam spożywający tradycyjną dietę opartą na produktach roślinnych z udziałem tłuszczu nie wyższym niż 10-15% mają zdecydowanie niższą zachorowalność na nowotwory piersi prostaty czy jelita grubego jak również choroby serca. Gdy tylko Azjaci migrują do Stanów Zjednoczonych i przejmują amerykańskie zwyczaje żywieniowe z większym udziałem tłuszczu, ich zachorowalność gwałtownie wzrasta.

Pod wpływem tych obserwacji, naukowcy postanowili sprawdzić, czy obniżając poziom tłuszczu w diecie kobiet amerykańskich, obniży się ich zachorowalność na nowotwory czy choroby serca. Szeroko zakrojone badania The Nurses Health Study, czy Women'sHealth Initiative, badały tysiące kobiet na przestrzeni co namniej 10 lat. Okazało się, że mniejsze ilości tłuszczu w diecie Amerykanek nie miały żadnego znaczenia. Gazety na całym świecie przeganiały się w nagłowkach typu: „dieta niskotłuszczowa nie chroni przed nowotworami czy rakiem piersi!" Ale tutaj zaczynają się trudności interpretacyjne. Kobiety w tych badaniach zmiejszyły poziom spożywanego tłuszczu z 40% spożywanych kalorii do około 28%. Dla nich był to duży postęp, ponieważ zrezygnowały w dużej części z czerwonego mięsa, masła, tłustych sosów, jadły więcej warzyw i owoców. Natomiast tak czy inaczej spożywały 2 do 3 razy więcej tłuszczu niż kobiety na tradycyjnej diecie japońskiej. A o tym gazety już nie napisały. Najnowsze badania w centrach onkologicznych Uniwersytetu Kalifornijskiego San Francisco i San Diego, w których spożycie tłuszczu u pacjentów zredukowane zostało do poniżej 20%, a posiłki przypominały tradycyjną dietę azjatycką, potwierdziły skuteczność takiej diety w redukowaniu nawrotów nowotworu piersi czy nawet w zwalnianiu rozwoju nowotworu prostaty. Natomiast problem polega na tym, że tego typu dieta dla większości mieszkańców krajów uprzemysowionych jest dość dużym wyzwaniem. Nie wystarczy tylko spożywać więcej marchewki i jeść mniej hamburgerów. Aby odtworzyć efekt wywierany przez dietę mieszkańców Okinawy, trzeba zjadać nie 5, ale 8-10 porcji owoców i warzyw, 6-11 porcji pełnych ziaren zbóż, 2-3 porcji roślin stączkowych i ich produktów, oraz niewielkie ilości orzechów i pestek dziennie. Na nabiał oraz mięso nie ma w takiej diecie miejsca, chyba że tylko od święta. Jednocześnie tego typu diety mają wiele innych zalet. Wykazują się one wyjątkową skutecznością w terapii chorób układu krążenia oraz cukrzycy. Skuteczność tych diet może odzwierciedlać zastosowanie ich w terapii chorób sercowo-naczyniowych w szpitalach Pensylwanii i Zachodniej Wirginii oraz oferowanie ich, jako alternatywy dla operacji chirurgicznych przez niektóre prywatne fundusze ubezpieczeń zdrowotnych w USA. Muszę jednak tutaj zaznaczyć, że jeśli ktoś chce przejść na tego typu dietę, trzeba zasięgnąć porady dietetyka, który ma wiedzę w tym zakresie. W przypadku całkowitego zrezygnowania z produktów zwierzęcych trzeba wiedzieć, jak komponować taką dietę, aby zapewnić sobie wszystkie potrzebne składniki. Wbrew powszechnie panującym w Polsce poglądom, nie jest to trudne, ale wymaga to pewnego przeszkolenia. Wracając do pytania - jednoznacznych wniosków co do zalecanego poziomu spożycia tłuszczów w prewencji chorób nowotworowych jeszcze nie ma. Jednak wielu naukowców, m.in. tych badających narody azjatyckie jest zdania, że dieta z udziałem tłuszczu nie

większym niż 20%, a jednocześnie oparta na nieprzetworzonych produktach roślinnych, jest dla nas najkorzystniejsza. I tutaj muszę podkreślić słowo: nieprzetworzonych. Niskotłuszczowe diety z wysokim udziałem węglowodanów przetworzonych, czyli np. rafinowanego cukru, napojów słodkich, itp., są dla nas niekorzystne, ponieważ mogą podwyższać trójglicerydy, lipoproteinę A oraz cholesterol LDL typu B-podwyższając nasze ryzyko miażdżcy czy curzycy.

Czy to prawda, że Francuzi piją coraz mniej wina? Czy lampka wina dziennie przestała być zdrowa?

Nie wydaje mi się, aby Francuzi pili mniej wina, natomiast ich Ministerstwo Zdrowia wydało niedawno broszurkę ostrzegającą swoich obywateli przed tak dużym spożyciem wina, jakie jest obecnie praktykowane w tym kraju. Jest prawdą, że umiarkowane spożycie wina może chronić przed chorobami krążenia. Jednocześnie najnowsze badania sugerują, że to samo umiarkowane spożycie może istotnie zwiększyć ryzyko wielu nowotworów, w tym piersi. Nie jest to znów taka niespodzianka. Francuzi mają jedną z najwięszych zachorowalności na nowotwory związane ze spożywaniem alkoholu w Europie.

A jak z jedzeniem ryb? Czy rzeczywiście są zdrowe? Czy to prawda, że duże ryby, które są na końcu łańcucha pokarmowego są też najbardziej zanieczyszczone?

To jest również kwestia bardzo kontrowersyjna. Zacznijmy może od zanieczyszczenia ryb, które jest obecnie problemem globalnym. Bardzo dokładne informacje na ten temat dostępne są Amerykanom poprzez ich rządowe organizacje, takie jak The Food and Drug Administration (FDA) and the Environmental Protection Agency (EPA), które wyraźnie na swoich stronach informują o ryzyku spożywania pewnych rodzajów ryb, szczególnie przez kobiety w ciąży, karmiące i małe dzieci. W Polsce nie ma jeszcze wiarygodnych i oficjalnych informacji na ten temat. Ostatnio ukazało się badanie polskich naukowców, które potwierdziło, że nasze bałtyckie ryby są również zanieczyszczone. Natomiast badanie to zostało opublikowane w czasopiśmie anglojęzycznym i nie wiadomo mi, aby były jakiekolwiek polskie wytyczne w tej sprawie. Jeśli chodzi o spożywanie ryb (abstrahując od problemu zanieczyszczeń) to nie ma wątpliwości, że dla ludzi odżywiających się w sposób typowy dla krajów zachodnich, zastąpienie części mięsa w diecie rybami ma działanie pozytywne. Jest to związane m.in. z tym, że ryby zawierają mniej tłuszczów nasyconych niż mięso i w zamian za to posiadają zdrowsze wielonienasycone kwasy tłuszczowe. Jednak, jak kiedyś zauważyła prof. Marion Nestle, kierownik Katedy Żywienia Człowieka na Uniwersytecie Nowego Jorku, „zdrowotność" jedzenia ryb jest względna. Dla osób na dobrze zbilansowanej diecie wegetariańskiej, włączenie ryb do jadłospisu, który i tak nie obfituje w pokarmy związane z dużym ryzykiem zachorowania na choroby cywilizacyjne, jak czerwone mięso, nie będzie miało tych samych pozytywnych efektów. Zobrazowane to zostało świetnie w badaniu na 20 000 Japończyków, których dieta oprócz ryb, nie zawierała prawie w ogóle żadnych produktów zwierzęcych (czyli nabiału, mięsa, drobiu). W tej grupie osób, jedynym czynnikiem istotnie zwiększającym zachorowalność na raka prostaty było właśnie wysokie spożycie ryb. Pamiętajmy o tym, że pomimo tego, iż ryby zawierają wielonienasycone kwasy tłuszczowe, około 17-20% tłuszczu rybiego to tłuszcz nasycony. Ponadto poddawanie obróbce termicznej ryby, szczególnie te wędzone, zawierają podobnie jak mięso, substancje karcynogenne. Nie chcę tutaj siać paniki. Dla przeciętnego Polaka włączenie ryb do jadłospisu dwa razy w tygodniu jest mądrym posunięciem dietetycznym. Natomiast nie przekonujmy wegetarian, aby włączyli ryby do swojej diety ze względów zdrowotnych.

Dlaczego dieta mieszkańców Okinawy okazuje się być najzdrowsza? Badania wskazują, że w porównaniu z krajami europejskimi niewiele osób choruje tam na nowotwory, jednakże nie dotyczy to raka jajnika (statystyka porównywalna do Włoch). Jak to tłumaczymy?

Proszę spojrzeć na tabelkę. Rak jajnika występuje tam również w niższym stopniu niż w innych krajach. Proszę zauważyć, że kraje gdzie występowanie tego nowotworu jest na podobnym poziomie to Hongkong, Japonia – gdzie różnice w diecie nie będą aż tak duże jak np. różnica między dietą szwedzką , amerykańską a japońską.

Powyższe informacje potwierdzają, że spożywane przez nas pokarmy mogą nam pomóc uchronić się przed nowotworami ale ważny jest tez styl życia i nasze podejście do samych siebie czyli chrupmy marchewkę i czosnek z uśmiechem!

Rozmawiała Justyna Rosłoniak

Hormone-Dependent Cancer Risk
Yearly Cancer Deaths (per 100,000 people)

Location	Life Expectancy	Breast	Ovarian	Prostate	Colon
Okinawa	81.2	6	3	4	8
Japan	79.9	11	3	8	16
Hong Kong	79.1	11	3	4	11
Sweden	79.0	34	10	52	19
Italy	78.3	37	4	23	17
Greece	78.1	29	3	20	13
USA	76.8	33	7	28	19

Adapted from World Health Organization 1996; Japan Ministry of Health and Welfare 1996

Co drzemie w pigułce na sen

Apteki oferują rozmaite preparaty – zarówno na receptę jak i bez, które mają ułatwiać zasypianie. Czy są bezpieczne? Czy można się od nich uzależnić? O wyjaśnienia poprosiliśmy doktora Michała Skalskiego, psychiatrę z Poradni Zaburzeń Snu w Warszawie.

Leki nasenne leczą bezsenność.

Nie leczą; one jedynie pomagają zasnąć. Są jednym z elementów terapii, ale nie głównym. By wyleczyć bezsenność, najpierw trzeba znaleźć jej przyczynę. A przyczyn jest sporo, przede wszystkim są to zaburzenia psychiczne (np. depresje, stany lękowe, stresy), zaburzenia somatyczne, które utrudniają sen (np. zespół niespokojnych nóg), zażywanie różnych leków, bezdechy w czasie snu, zaburzenia rytmu snu i czuwania (np. podczas pracy na zmiany), różnego rodzaju choroby (np. u mężczyzn – przerost prostaty, który zmusza do wstawania w nocy i oddawania moczu). Gdy znajdzie się przyczynę bezsenności i można się jej pozbyć, leki nasenne przestają być potrzebne.

Dostępne bez recepty specyfiki ułatwiające zasypianie są bezpieczne.

Nie ma leków, także nasennych, w stu procentach bezpiecznych. My, Polacy, powinniśmy o tym szczególnie pamiętać, bo – jak pokazują badania epidemiologiczne – należymy do grupy krajów o największym zużyciu środków nasennych. Tymczasem nawet te z pozoru „niewinne", ziołowe, też mogą dawać skutki uboczne. Na przykład do leków zawierających walerianę (kozłek lekarski) bardzo ostrożnie powinny podchodzić osoby w podeszłym wieku. U nich łatwo ten środek przedawkować, a wówczas mogą się pojawić nie tylko zawroty głowy, ale nawet zaburzenia świadomości.

Dobrym sposobem na przespanie nocy jest zażycie środka uspokajającego.

Nie zawsze. Jeśli dzień pełen był emocji i wieczorem jesteśmy niespokojni, problemy z zaśnięciem są niemal nieuniknione. Wtedy pomóc mogą łagodne środki uspokajające, np. Melisana Klosterfrau, Valused, Passispasmol, Nervendragees-ratiopharm, Persen, Kalms. Jeśli przyczyną bezsenności nie jest podenerwowanie – te środki nie zaszkodzą, ale i nie pomogą zasnąć.

Preparaty homeopatyczne sprawdzają się jako leki nasenne.

Nie ma badań klinicznych potwierdzających ich skuteczność. Wiadomo jednak, że w medycynie istnieje tzw. efekt placebo. To znaczy, że jeśli ktoś wierzy w skuteczność terapii, bywa ona u niego skuteczna.

Melatonina, naśladująca naturalny hormon snu, pomaga pokonać bezsenność.
Naśladuje hormon, to prawda, ale nie leczy bezsenności. Odgrywa ona rolę regulatora rytmu okołodobowego. Co to znaczy? Otóż, melatonina wydzielana jest przez szyszynkę tylko w ciemności; jej zadanie polega na przekazywaniu mózgowi sygnału, że jest ciemno, należy obniżyć temperaturę organizmu, zmniejszyć aktywność, wydzielać odpowiednie hormony, itd. Gdy robi się jasno, poziom melatoniny spada – to sygnał, że można wstać i działać. Melatonina odgrywa więc w wywoływaniu snu jedynie rolę pośrednią. Sprawdza się, gdy np. pracujemy na zmiany i po nocnej zmianie kładziemy się spać. Jest jasno, więc poziom naturalnej melatoniny w organizmie jest niski. Ta zażyta w pigułce oszukuje mózg, że nadszedł wieczór i pora spać. Podobnie rzecz się ma, gdy odbywamy dalekie podróże i przekraczamy strefy czasowe.
Natomiast systematyczne zażywanie tabletek melatoniny przy kłopotach z zasypianiem ma większy sens u ludzi starszych, bowiem wraz z wiekiem nasz organizm wydziela coraz mniej tego hormonu. Trzeba tylko pamiętać, że efekty działania leku zwykle widać dopiero po 2-4 tygodniach regularnego stosowania.

Łatwo można ulec mechanizmowi psychicznego uzależnienia się od środków nasennych.
Tak, zwłaszcza, gdy lek stanie się elementem rytuału związanego z zasypianiem. U zdrowych osób rytuał związany z kładzeniem się do łóżka – mycie zębów, ścielenie łóżka, gaszenie światła – uruchamia mechanizm zasypiania. Jeśli jednak z jakichś powodów nie możemy zasnąć, po kilku nieprzespanych nocach te same czynności zaczynają się nam kojarzyć z niemożnością zapadnięcia w sen i mechanizm zasypiania zaczyna działać na opak. Gdy nadchodzi wieczór, napięcie związane z obawą przed kolejną nieprzespaną nocą skutecznie udaremnia próby zaśnięcia. Następnego dnia obawy są jeszcze bardziej nasilone, sięgamy więc, np. po dostępny bez recepty lek nasenny. Jeśli udało się nam zasnąć, lek stał się elementem wieczornego rytuału – po pewnym czasie zaśnięcie bez niego staje się niemożliwe. Mało tego, po niedługim czasie dawka leku staje się zbyt mała, by zasnąć. Zwiększamy ją i… pojawia się problem uzależnienia od leku i tzw. utrwalenia bezsenności. Tabletka, zamiast pomóc, staje się powodem kolejnego problemu.

Leki nasenne wydawane na receptę powodują silne uzależnienie fizyczne.
Kiedyś tak było i do dzisiaj – bywa. Środki starszej generacji (barbiturany, np. Veronal, Luminal) już po kilku tygodniach przyjmowania uzależniały tak samo, jak narkotyki. Potrzebne były coraz wyższe dawki, a następnego dnia po ich zażyciu pacjent czuł się rozbity. Nagłe odstawienie leku powodowało objawy abstynencyjne - neurologiczne (drżenie, napady drgawkowe), psychiczne (niepokój, lęki, omamy) i fizyczne (zaburzenia krążenia, silne pocenie, bóle brzucha). Środki te kumulowały się w organizmie, co bywało powodem zatruć. Na szczęście dziś środki te odchodzą do lamusa. Ich miejsce zajęły pochodne benzodwuazepiny (np. Nitrazepam, Flurazepam). Do leków z tej grupy nie przyzwyczajamy się tak silnie, jak do barbituranów, ale i one po jakimś czasie uzależniają i pogarszają jakość snu – spłycają efektywny sen głęboki, co powoduje, że następnego dnia jesteśmy rozbici, zdekoncentrowani. Na szczęście mamy już do dyspozycji leki nowej generacji, które nie uzależniają. Niestety, lekarze ciągle jeszcze zbyt często przepisują starsze preparaty.

Preparaty nowej generacji są skuteczne i łagodniejsze dla organizmu.
To prawda, bo zaczynają działać dość szybko po zażyciu, działają przez 5-7 godzin bez pozostawiania uczucia rozbicia na następny dzień i nie kumulują się w organizmie. Preparaty nowej generacji (np. Zopiklon, Zolpidem, Zaleplon) nie spłycają snu głębokiego i nie ma po nich tzw. efektu odstawienia. Uzależniają o tyle, że przy dłuższym codziennym zażywaniu może się w nas wyrobić odruch „nie wezmę – nie zasnę". Godne polecenia jest przyjmowanie tych leków tylko w sytuacji koniecznej - najpierw trzeba postarać się zasnąć, a jeśli to nie wychodzi, można zażyć tabletkę (byle nie nad ranem, bo lek będzie działał jeszcze przed południem). Pacjenci często mówią, że wystarczy im świadomość, że mają w domu lekarstwo, które pozwala zasnąć, wyspać się i nie uzależnia, by wpaść w objęcia Morfeusza. Nie muszą nawet zażywać wieczorem pigułki.

Leczenie bezsenności rozpoczyna się od podania leku w najniższej dawce.
Często tak jest, ale to sprawa indywidualna. Terapia ma być przede wszystkim skuteczna oraz bezpieczna i pod tym kątem dobiera się dawkę leku. Ponieważ przyczyn bezsenności jest dużo i mamy sporo leków do wyboru, dobranie odpowiedniej dawki nie zawsze udaje się po jednej czy dwóch wizytach u lekarza. Jeśli lek nie pomaga, nie trzeba godzić się z sytuacją, mówiąc sobie, że „widać tak ma być". Trzeba o problemach informować swojego lekarza, bo – być może – lek lub dawka nie są dobrze dobrane.

Opracowała: Beata Prasałek
„Poradnik Domowy"

Fot.: IKEA

18 stycznia 2010 „Poszło w diabły" wieczór autorski Ani Mazurkiewicz.
Tym razem nie u nas w Klubie ale i tak przybyłyśmy tłumnie żeby pogratulować autorce świetnej książki a przy okazji poprosić o autograf.

3 lutego 2010 Spotkanie integracyjno-edukacyjne.
Wykład pani dr Elżbiety Dudzińskiej na temat sposobów radzenia sobie ze stresem.

6 lutego 2010 „Dzień Otwartych Drzwi" w Centrum Onkologii
Już po raz dziesiąty w ramach obchodów Światowego Dnia Walki z Rakiem, Polska Unia Onkologii zorganizowała Dzień Otwartych Drzwi na terenie całego kraju.
Tego dnia w Centrum Onkologii na warszawskim Ursynowie, bez tłoku, pośpiechu i czekania w kolejce można było nie tylko porozmawiać z lekarzem ale nawet zapisać się na specjalistyczne badania.

10-11 lutego 2010. „Światowy Dzień Chorego"

Agnieszka Dąbrowska, ks. Arkadiusz Nowak, Elżbieta Kozik

IV Konferencja – spotkanie liderów organizacji pacjentów z okazji Światowego Dnia Chorego – zorganizowana przez Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej we współpracy z Zakonem Posługujących Chorym – Ojcowie Kamilianie. Na zakończenie spotkania, w przepięknej Galerii Porczyńskich, odbyła się wspaniała uroczystość wręczenia corocznych nagród Świetego Kamila – patrona chorych.
Główną ideą nagrody jest przybliżanie i promowanie osób oraz instytucji, które w sposób szczególny przyczyniły się do budowania kultury miłosierdzia, akceptacji i solidarności z osobami cierpiącymi i ich rodzinami. Jest przyznawana co roku w innej dziedzinie medycyny; w tym została przyznana za opiekę nad matką i dzieckiem. Fundacja „Rodzić po ludzku", prof. Krzysztof Niemiec, Katarzyna Pinkosz, Fundacja TVN "Nie jesteś Sam" i Fundacja "Porozumienie bez Barier" – to tylko niektórzy tegoroczni laureaci.

7 kwietnia 2010 „Spotkanie przy HERbacie"

Grupa teatralna z autorką, Katarzyną Korpolewską.

Integracyjno-edukacyjne spotkanie przy HERbacie, poświęcone nowoczesnym metodom leczenia raka. Na zakończenie: przedstawienie teatralne. Sztuka pt „Wietrzni" autorstwa psycholog Katarzyny Korpolewskiej. „Wietrzni to ludzie potrzebujący pomocy. Wiatr zwiał ich z drogi, którą szli. Nie pytaj, skąd ten wiatr. Pomyśl, jak im pomóc".

22 kwietnia 2010 Kampania „Życie po mastektomii"
Powstał nowy serwis internetowy www.pomastektomii.pl. , którego celem jest przekazanie kobietom z rakiem piersi praktycznej wiedzy medycznej i psychologicznej. Ma być również platformą komunikacyjną dla wymiany myśli i doświadczeń. Akcję wsparły trzy kobiety: Irena Santor – gwiazda polskiej piosenki, Elżbieta Kozik – prezes stowarzyszenia Polskie Amazonki Ruch Społeczny oraz Anna Popek- dziennikarka Telewizji Polskiej.

26 kwietnia 2010 Uroczysta Gala „Złotego Otisa" w Teatrze Syrena w Warszawie.
Kapituła Nagrody Zaufania wręczyła statuetki laureatom siódmej edycji. Honorową Nagrodę Zaufania w tym roku zostało uhonorowane Polskie Towarzystwo Chrób Nerwowo-Mięśniowych (PTCH-NM), założone przez rodziców dzieci cierpiących na te choroby.

28 kwietnia 2010 „Polskie Amazonki Ruch Społeczny"- inauguracja działalności.

Konferencja prasowa w Centrum Foksal w Warszawie.

W zamierzeniu Ruch ma stanowić szeroką platformę dialogu społecznego i współpracy. Chcemy, aby Polskie Amazonki Ruch Społeczny stał się silnym, poważnym i reprezentatywnym partnerem w rozmowach z przedstawicielami administracji państwowej na różnych szczeblach oraz innych instytucji działających w systemie opieki zdrowotnej, by proponował rozwiązania systemowe, informował o potrzebach chorych na nowotwory i należnych im standardach leczenia, by pobudzał do aktywności obywatelskiej w sferze polityki zdrowotnej. Podczas spotkania zaprezentowana została strona internetowa Ruchu.
Więcej na: www.ruchspoleczny.org.pl

5–6 maja 2010 Konferencja w Rzymie na temat czerniaka
Zorganizowana została przez koncern BMS. W spotkaniu uczestniczyli przedstawiciele organizacji pacjenckich nowotworów skóry z krajów europejskich, w tym: Hiszpanii, Francji, Wielkiej Brytanii, Danii, Holandii i Włoch. Amazonki zostały na nią zaproszone jako największa i najstarsza organizacja mogąca służyć innym grupom pacjenckim swą wiedzą i doświadczeniem.

20 maja 2010 Album „Pier(w)si w Polsce" autorstwa Rafała Olejniczaka
Twórcy albumu pragnęli zwrócić uwagę na problem raka piersi w inny niż tradycyjny, sposób.
Więcej na temat tego niezwykłego albumu – w Gazecie na str.11

1-8 maja 2010 Pobyt w Sanktuarium Pani Ziemi Świętokrzyskiej w Kałkowie-Godowie.
„Pojechałyśmy tam już po raz trzeci. Żeby się wyciszyć, umocnić wiarę i miłość do Boga oraz bliźnich i jaśniej patrzeć w przyszłość. Chociaż pogoda nie dopisała, pobyt okazał się bardzo udany a wrażenia pozostaną długo w naszej pamięci” - mówiły uczestniczki.

Maj 2010 Wyjazd do Krynicy Zdrój

Zadbałyśmy o naszą aktywność fizyczną i bawiłyśmy się przy tym świetnie.

31 maja 2010 Gala Wolontariatu

Zosia Michalska wśród koleżanek ze Stowarzyszenia
Więcej na ten temat w Gazecie na str.1.

11 czerwca 2010 Promocja książki Krystyny Kofty „Fausta”

Krystyna Kofta, autorka książki „Fausta”

Spotkanie prowadził Roman Kurkiewicz. Jacek Kleyff śpiewał i grał na gitarze. Wybrane fragmenty czytała sama Krystyna Kofta.

19 czerwca 2010 „Dni Ursynowa”
Festyn rodzinny pod hasłem: Amazonki dla Zdrowia Mieszkańców Ursynowa.
Nie mogło nas tam zabraknąć nie tylko dlatego, że nasza siedziba mieści sie na Ursynowie.

Czerwiec 2010 Jurata – turnus rehabilitacyjny
Czas odpocząć a przy okazji zrobić coś dla siebie.

26 czerwca 2010 Bieg „Samsung Irena Women`s Run”
No i ...pobiegłyśmy. Bieg przerodził się wręcz w imprezę masową. Były tłumy. Biegł nawet piesek (ściślej mówiąc suczka !) wraz ze swoja panią.
Wiecej informacji w Gazecie na str. 2

11 sierpnia 2010

Prezes firmy SAMSUNG Kyung Sik Choi podpisuje symboliczny czek.

Konferencja prasowa i uroczyste przekazanie, przez firmę Samsung, środków, zebranych w czasie Biegu, na budowę Domu Chorych na Raka

30 sierpnia 2010
Wystosowałyśmy pismo do Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych dr Wojciecha Matusewicza z prośbą o umożliwienie udziału przedstawicielek naszego stowarzyszenia w spotkaniach Rady Konsultacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych, dotyczących leczenia raka piersi.

1 września 2010 „Spotkanie przy HERbacie”
Spotkanie integracyjno-edukacyjne i dwa niezwykle interesujące wykłady na temat:
„Potrójnie ujemnego raka piersi” dr Anny Niwińskiej oraz
„Rozmawiać o trudnej diagnozie – po co i jak ?”pani Oliwii Szczuki-Rodzeń z Instytutu Psychoimmunologii IPSI
Wydaje się, że otwarte rozmowy w kryzysowych sytuacjach, takich jak diagnoza potrójnie ujemnego raka piersi to sprawa bezdyskusyjna. Jednak gdy w praktyce spotykamy się z taką sytuacją, mogą dojść do głosu wątpliwości – *po co o tym mówić – tylko będzie płacz i lament* czy *nie ma sensu roztrząsać trudnych tematów, może same się ułożą* i tak dalej. Dlatego warto pamiętać o tym jakie wartości kryją się za wysiłkiem podejmowania trudnych rozmów. Okazuje się, również w badaniach, że gdy jesteśmy rzetelnie poinformowane łatwiej radzimy sobie z wyzwaniami, ze stresem diagnozy.

3 września 2010 Pokaz kolekcji Tomasza Ossolińskiego
W ogrodach Pałacu w Wilanowie odbyła się uroczystośc rozpoczynająca projekt „Adam – mężczyźni kontra rak piersi” w ramach kampanii Avon kontra Rak Piersi – Wielka Kampania Życia, współorganizatorem akcji jest Stowarzyszenie „Amazonki Warszawa-Centrum”.
Więcej na ten temat, w Gazecie na str. 15.

AKTUALNE INFORMACJE O STOWARZYSZENIU

Zarząd Stowarzyszenia

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

Telefon zaufania

664-75-70-50 - czynny od pon. do sob., godz. 9.00-17.00

Biuro

22/546-28-97 - czynne od pon. do pt., godz. 10.00-13.00

Największe osiągnięcia 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 przez 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. Roentgena 5.

Instytucje oraz organizacje wspierające i współpracujące ze Stowarzyszeniem

A New Therapy, Amgen, 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
Zofia LIPSKA
Teresa MACIEJOWSKA
Zofia MICHALSKA
Krystyna NADER
Irena OPŁOCZYŃSKA
Wanda PĘCONEK
Margarita PIĄTKIEWICZ
Albina PIEKARNIAK
Albina RADZIKOWSKA
Halina RODZIEWICZ
Elżbieta SAMSELSKA
Regina SWARCEWICZ-BALICKA
Łucja SZCZAWIŃSKA
Maria SZELĄGO WSKA
Jolanta TOPOLSKA-GŁOWACKA
Elżbieta WOJCIECHOWSKA

W Poradni Amazonki na terenie Centrum Onkologii przyjmują:

Lekarze: dr Wiktor Chmielarczyk – konsultant – czw., od godz. 15.30 do ostatniego pacjenta, pok. nr 1,
dr.n. med.Jadwiga Barylak – lekarz Centrum Nadzoru Kardiologicznego, specjalista chorób wewnętrznych – pon. – pt. godz., 8.30-11.30, pok. nr 1
Rehabilitanci: dr Hanna Tchórzewska – specjalista II stopnia, konsultacje – wt., godz. 14.00-18.00, pok. nr 9
Rehabilitacja ruchowa: mgr Krystyna Puto - śr., godz. 14.30-15.15, duża sala gimnastyczna
mgr Justyna Krzyż-Grodecka – wt. i czw., godz.14.30-15.30, duża sala gimnastyczna
Psycholog: mgr Agnieszka Waluszko – śr., godz. 14.00-16.00, pok. nr 3
Dyżury Ochotniczek z Ochotniczką możesz porozmawiać o wszystkim – wt. i śr., 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
Radca prawny tel. 696 099 700, śr., godz. 17.00-19.00
Ochotniczka tel. 664 757 050, pon. – sob., godz. 9.00-17.00
Psycholog tel. 510 319 528, pon.,godz. 10.00-13.00
Biuro Amazonki tel. 22 546 28 97, pon. – pt., godz. 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.com.pl lub www.poradniaamazonki.pl

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

www.amazonki.com.pl
e-mail: amazonki@free.ngo.pl, amazonki@coi.waw.pl

O charakterze gazety i treści artykułów decydują członkinie Stowarzyszenia.
Redakcja:
Beata Drzewosowska
współpraca:
Iwona Kmita, Anna Mazurkiewicz
Fot. Ewa Grabiec-Raczak

Konto bankowe:
83 1020 1055 0000 9402 0016 6280
KRS 0000023411

Wydawca
“ALEKSANDRIA” Aleksandra Rudnicka
aleksandria@zigzag.pl